

## CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE E SUAS BASES: COMPASSOS E DESCOMPASSOS

**Lêda Maria Leal de Oliveira**\*

**Fabiana Érica de Souza**\*\*

**Rubiane de Souza Ribeiro**\*\*

### RESUMO

O artigo constitui-se em um esforço de trazer à tona algumas das reflexões produzidas a partir da pesquisa “Conselhos Locais de Saúde de Juiz de Fora: articulação com as bases?” A pesquisa, realizada no ano de 2005, foi desenvolvida com o apoio da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPQ. O propósito do estudo é refletir sobre a articulação dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs) de Juiz de Fora com suas bases. Trabalhamos com entrevistas semi-estruturadas, dirigidas a 43 conselheiros, distribuídos em 24 Conselhos Locais. Verificamos que a articulação dos Conselhos com suas bases têm sofrido “ameaças” que têm fragilizado a legitimidade da representação dos Conselheiros Locais eleitos por suas comunidades para defender seus interesses no CMS – espaço privilegiado de formulação e deliberação da política municipal de saúde.

Palavras-chave: conselhos de saúde, controle social, participação, representação popular.

### ABSTRACT

The article focuses on some of the reflections that arose from the study: “Local Health Councils in Juiz de Fora: articulation with the bases?” This study, carried out in 2005, was developed with support from the Federal University of Juiz de Fora and the National Council of Scientific and Technologic Development (CNPQ – Brazil). This objective is to reflect on the framework of the Local Health Councils (CLSs) in Juiz de Fora and their bases.. Semi-structured interviews were performed with 43 councilors, from among 24 Local Councils. We have observed that the articulation of the councils with their bases has been threatened, which has weakened the legitimacy of representation by the Local Councils who were elected by their communities in order to act on behalf of their interests at the CMS – a space reserved for formulating and deliberating on the municipal health policies.

Key words: health councils, social control, participation, community participation.

### INTRODUÇÃO

O final dos anos de 1970 e o início de 1980 foram marcados pelo surgimento de formas expressivas de organização social. Novos atores entraram em cena para contribuir com o movimento de participação popular em busca da democratização das relações entre Estado e

\* Doutora em Serviço Social.

\*\* Assistente social.

sociedade. A lógica centralista, as disparidades no acesso de diferentes grupos sociais aos serviços e bens públicos, aliados à grave crise econômica que se instalara, impulsionaram o surgimento destes atores que se empenharam em pressionar o Estado por políticas sociais mais igualitárias.

Em termos políticos, a primeira metade da década de 1980 caracterizou-se pelo processo de "abertura", sendo também marcado por intensa mobilização dos trabalhadores que desembocou em grandes greves, lutas pela terra e, mais, pela retomada das lutas por direitos sociais básicos – educação, moradia, creches, habitação, saúde, dentre outras.

O processo de "abertura" culminou com o movimento pelas "Diretas Já", em 1984. O governo federal, forçado pelos anseios populares, que lotaram as ruas e praças das capitais brasileiras, começou a delinear a política de saúde sob nova concepção: a que defende "a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado".

Partindo desta premissa e atendendo aos reclamos dos trabalhadores de saúde, partidos políticos, representações de classe, enfim, da sociedade civil organizada, o governo da Nova República convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde, para março de 1986. Envolvendo não somente profissionais da área da saúde, mas grupos e organizações populares, a VIII Conferência significou um marco em relação à reorientação do setor e lançou as bases políticas e técnicas para o debate sobre a saúde na Constituinte.

Com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte em 1987, o Movimento Sanitário – conjunto organizado de pessoas, grupos, partidários ou não, movimentos populares e sindicais, articulados em torno da construção de um projeto comum, de um processo político de tornar realidade uma transformação setorial: a Reforma Sanitária – se aliou com a frente parlamentar ligada à saúde, conseguindo, assim, a aprovação do texto constitucional que afirma ser a "**Saúde um Direito de todos e Dever do Estado**", prevendo a participação dos movimentos sociais na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução e a descentralização dos serviços pela instalação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 contemplou grande parte das reivindicações do movimento pela Reforma Sanitária, dentre elas a constituição dos Conselhos de Saúde. Estes, juntamente com as Conferências de Saúde estão regulamentados na Lei Federal 8.142/90 que estabelece em seu Artigo 1º que cada esfera do governo contará com as duas instâncias colegiadas de participação da sociedade civil.

As Conferências de Saúde têm como objetivo propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo - municipal, estadual e federal e os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados constituídos em caráter permanente e deliberativo, compostos paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros em cada nível de governo correspondente.

A Carta Constitucional de 1988 demarca, portanto, a possibilidade de construção de uma nova ordem. A partir do momento em que determina como uma das garantias para a sociedade civil, o direito de formular e controlar políticas propicia a possibilidade de um redimensionamento nas tradicionais relações de poder com o aparato estatal. Assim, aponta para uma dinâmica social, em que, segundo Telles (1994: 8), há "problemas e desafios atuais, mas também os sinais de uma sociedade civil emergente, construída por meio de práticas de representação e negociação de atores coletivos reconhecidos na legitimidade de seus direitos reivindicados".

O Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) foi criado em maio de 1992, após um intenso processo de discussão e mobilização social, iniciado em 1991. Neste ano, surgiu o Fórum Popular de Saúde, ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde e a proposta de Projeto de Lei de criação do Conselho começou a tramitar na Câmara Municipal. Paralelamente à movimentação política e social em torno da criação do Conselho, o poder público municipal adiantou-se e, em função das determinações legais em nível federal que previam a constituição de Conselhos de Saúde, propôs a criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs).

Os CLSs surgiram como uma estratégia, proposta pelo poder público municipal, para garantir a "participação popular" no CMS/JF. São a partir destes espaços de caráter consultivo, onde são eleitos os Conselheiros representantes dos usuários que terão assento no CMS, que as demandas por saúde da população devem ser discutidas e encaminhadas aos CRS e, posteriormente ao CMS, este sim de caráter deliberativo.

Assegurar a legitimidade desta representação implica, dentre outros, que estes CLSs estejam articulados às suas bases, às suas comunidades. A articulação com as bases é um princípio que vale não somente para os Conselheiros representantes dos usuários, mas para todos os demais que têm assento no Conselho Municipal. Daniel em entrevista concedida em

2000, ao Instituto de Estudos e Assessoria e Formação em Políticas Públicas, argumenta que a legitimidade e a força política da representação nos Conselhos somente serão asseguradas a partir do que chamou “presença qualificada”. As reflexões de Gohn (2001) igualmente informam que a representatividade nos Conselhos constitui um problema crucial a ser definido e que a legitimidade da representação somente será garantida quando os representantes que atuam nos Conselho tiverem “vínculos permanentes com a comunidade que os elegeu”. Teixeira (2000) também discorre sobre o tema ponderando que como a responsabilidade pela representação é delegada para o representante e não há um vínculo deste com suas bases, não é possível falar na “efetividade na representação”.

Foi também acreditando na importância desta articulação com as bases que nos propusemos a realizar a pesquisa. “Conselhos Locais de Saúde de Juiz de Fora: Articulação com as Bases?” Nela propomos um debate sobre as relações que os CLSs estabelecem com suas comunidades, já que, pelo menos a princípio, são elas que devem definir e priorizar as lutas populares ou dos usuários dos serviços públicos por saúde.

Observamos por dados divulgados em recentes pesquisas que esta articulação dos CLSs com as comunidades tem ocorrido de forma fragilizada. Em seu estudo, Braga (2002) identifica que 71% dos Conselheiros representantes dos usuários admite que “às vezes” discutem com suas bases os problemas e necessidades de saúde que são por eles encaminhadas ao CMS/JF. Oliveira (2003: 143) também tece ponderações nesta direção, argumentando, com base no relato de Conselheiros/usuários que “falta um maior envolvimento dos Conselheiros com suas comunidades”, ou ainda que “as demandas que são encaminhadas ao CMS/JF não são produzidas a partir de suas bases”.

Estes dados são reveladores de que é necessário refletir sobre como os representantes dos usuários vêm se articulando com suas bases, suas comunidades, como vêm ou não criando estratégias de discussão sobre os problemas de saúde de suas comunidades, como e partir do que vêm estabelecendo as prioridades de saúde que encaminham e defendem no CMS/JF.

Neste artigo abordamos algumas reflexões produzidas a partir da pesquisa, em especial a discussão sobre a participação das comunidades nas lutas comunitárias e grupos organizados e sobre a articulação dos CLSs com suas bases, buscando compreender como os Conselhos se relacionam com suas bases e as tensões presentes nesta relação; onde e como são produzidas as demandas por saúde que serão encaminhadas e defendidas no Conselho Municipal de

Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) e quais as estratégias de mobilização social propostas pelos CLSs no sentido de assegurar a participação das comunidades.

## METODOLOGIA

Como mencionado, o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) foi criado em maio de 1992. Sua composição e representação foram definidas pela Lei nº 8.076 que prevê um total de 54 Conselheiros, sendo 50% (27) de representantes de usuários e os outros 50% (27) divididos paritariamente entre representantes do governo (9), profissionais de saúde (9) e prestadores de serviços (9). Além do CMS a estrutura institucional para representação e participação conta hoje com 49 CLSs na zona urbana e 14 na zona rural do município. Conta ainda com 12 Conselhos Regionais de Saúde (CRSs), que, vinculados às Regiões Sanitárias, são formados por representantes oriundos dos CLSs que pertencem a cada uma das 12 Regiões Sanitárias que compõem a divisão sanitária do Município de Juiz de Fora.

Para a consecução dos objetivos propostos optamos por trabalhar com todos os CLSs da zona urbana. Excluimos os da zona rural por acreditarmos que se inserem numa realidade diferente dos circunscritos na zona urbana. Assim delimitamos que trabalharíamos com os CLSs urbanos distribuídos nas 12 Regiões Sanitárias.

Inicialmente buscamos identificar, através de contatos com a Secretaria Executiva do CMS/JF estes CLSs, sua localização e composição. Com base nos dados fornecidos por este órgão verificamos, como mencionado, que Juiz de Fora conta atualmente com 49 CLSs na zona urbana, distribuídos entre as 12 Regiões Sanitárias. Mesmo considerando que é um número elevado optamos por trabalhar com 2 CLSs por Região Sanitária, realizando entrevistas semi-estruturadas com os presidentes de cada Conselho – escolhidos aleatoriamente por sorteio – e, ainda com mais um membro da diretoria dos mesmos Conselhos – também escolhidos aleatoriamente. Isto significa que nossa proposta foi trabalhar com 24 CLSs realizando 48 entrevistas.

Após identificar os CLSs e definirmos os 24 que contribuiriam com nossa investigação, procedemos a um estudo teórico sobre temas que consideramos importantes no sentido de melhor nos preparar para discutir nosso objeto de pesquisa e, mais para nos ajudar a pensar em nossas entrevistas. Assim, discutimos sobre produções teóricas elaboradas por diferentes autores que versavam em especial sobre o Sistema Único de Saúde (SUS); a

construção da cidadania, participação e representação popular; controle social. Este “momento” de estudo nos acompanhou em todo nosso percurso da pesquisa, significando para nós elemento imprescindível para nosso diálogo com os entrevistados.

No roteiro das entrevistas procuramos contemplar questões que nos possibilitassem identificar o Conselheiro; sua relação com seu respectivo Conselho Local; sua vinculação com movimentos comunitários e/ou populares; o processo de inserção no Conselho; como compreende seu papel de Conselheiro Local; como compreende o papel do CLS; como avalia a participação de sua comunidade no Conselho, na definição das demandas de saúde a serem encaminhadas ao CMS/JF; qual estratégia acredita que poderiam ser criadas no sentido de estimular a participação da comunidade no processo de discussão sobre os problemas de saúde que ocorrem no interior dos CLSs.

As entrevistas iniciaram-se em março de 2003, estendendo-se até junho de 2004. Esclarecemos que apesar de nos propormos a trabalhar com 48 entrevistas não foi possível localizar 03 Conselheiros e 02 não se disponibilizaram a participar da pesquisa. Isto significou restringir em 43 o número de entrevistas.

Priorizamos tratar os dados coletados numa abordagem qualitativa a partir da perspectiva histórico dialética que propõe captar o movimento, as contradições, os condicionamentos históricos e reconhecer conforme Minayo (1993: 232) “como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social, conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas”. Ressaltamos, contudo, que por acreditarmos que a pesquisa qualitativa não se opõe a quantitativa e que esta permite enriquecer a primeira, posto que possibilita compreender a extensividade dos processos sociais, recorreremos, em alguns momentos, a uma abordagem quantitativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentamos os resultados das análises dos dados coletados na pesquisa de campo, explicitando as reflexões que emergiram da fala dos entrevistados sobre a participação das comunidades nos grupos organizados e lutas comunitárias e sobre a articulação dos CLSs com suas bases.

#### a) NOSSOS PARCEIROS

Inicialmente consideramos importante identificar quem são os nossos entrevistados, tendo em vista que são nossos principais parceiros na construção da pesquisa. Observando a faixa etária, verificamos que a idade média é de aproximadamente 55 anos, sendo que as idades variam de 33 a 79 anos. Quanto ao sexo, identificamos que 58% são do sexo masculino.

No que se refere ao nível de escolaridade dos conselheiros entrevistados, podemos observar que 49% cursaram apenas o ensino fundamental; 35% o ensino médio; 12% o ensino superior e 4% são analfabetos. Um dado que nos chamou a atenção foi que a metade de nossos entrevistados possui vínculo empregatício. Esta informação nos leva a pensar que estes Conselheiros devem se "desdobrar" para conciliar suas atividades no trabalho e a representação em seus CLSs e utilizarem grande parte de seu tempo livre para dedicarem-se as atividades junto aos Conselhos.

Buscando compreender porque estes homens e mulheres, mesmo com pouca disponibilidade de tempo para as atividades do Conselho, se interessaram em participar deste Fórum, observamos, ao indagar sobre os motivos que os impulsionaram a ingressarem nos Conselhos, que o desejo de "ajudar um pouco a comunidade... procurar melhorar o bairro da gente" aliado à história de envolvimento em outros movimentos de luta nos bairros e o incentivo de outras lideranças comunitárias foram fundamentais para aceitarem o desafio de tomarem assento, enquanto representantes de suas comunidades em seus respectivos CLSs.

Quanto à participação dos conselheiros em outros movimentos sociais, podemos verificar que a grande maioria (86%) participa ou participou de outros movimentos. Apesar de praticamente todos já terem uma vivência comunitária, através da participação em associações e/ou organizações como time de futebol, grupos de Igreja (grupos de jovens, grupos de evangelização, etc), as organizações de moradores - as Sociedades Pró-Melhoramentos de Bairros (SPMs) - surgiram com destaque nos relatos.

Foi, sobretudo a partir da inserção e/ou criação de SPMs em seus bairros que foram solidificando seus laços com suas comunidades. Foi através destas organizações de moradores que foram ampliando sua consciência, passando a dirigir suas ações tendo como referência os problemas e dificuldades vividas no cotidiano de suas comunidades.

As experiências de luta e reivindicações em torno das carências em termos de infraestrutura básica como calçamento, redes de captação de águas pluviais, esgoto etc e em torno de bens e serviços públicos como escolas, creches, unidades de saúde etc, partilhadas pelo conjunto de moradores, foram forjando uma consciência política nestes sujeitos.

#### b) DEBATENDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DAS COMUNIDADES

Ao se posicionarem sobre a participação das comunidades nos diferentes grupos e lutas comunitárias, mais da metade dos entrevistados (58%) consideraram-na ruim sendo que deste total 48% justificaram sua resposta argumentando que “a população não comparece às reuniões”. Ponderações desta natureza sugerem que a participação é medida pela frequência às reuniões, sendo, portanto uma variável quantitativa. Pensar na participação pelo viés quantitativo obscurece questões que consideramos importantes quando tratamos do tema, por exemplo, a capacidade de estas comunidades estarem discutindo seus problemas e necessidades e, principalmente decidindo e/ou propondo alternativas de ação. Parece-nos que associar a idéia da participação com a frequência às reuniões minimiza, limita e despolitiza a discussão sobre seu significado.

Apesar da maioria dos entrevistados ter trabalhado com a vinculação participação x presença nas reuniões, encontramos algumas falas que apontaram para outras questões, que para nós polemizam e abrem uma possibilidade mais ampla para a discussão da participação. Assim, houve aqueles que ao avaliarem a participação das comunidades como ruim defenderam que isto ocorre porque as pessoas estão “desacreditadas nos governos” ou que “a comunidade é dispersa, egoísta, é cada um por si”. Estar “desacreditado no governo” e ser “cada um por si” são argumentos interdependentes e parecem significar que se as comunidades já estão cansadas de despender seu tempo livre para discutir sobre questões que, na maioria das vezes, para serem operacionalizadas dependem da vontade política dos governantes, é mais fácil ou produtivo buscar alternativas individuais para suas dificuldades e problemas ao invés de se inserir em movimentos de luta coletiva que dependem, via de regra, de uma intervenção mais contundente dos governos, no sentido de garantir, por exemplo, o acesso a bens e serviços públicos.



Talvez esta descrença nos governos e este sentimento de “cada um por si” possam explicar a infreqüência às reuniões abordada por grande parte dos entrevistados.

Se, de um lado mais de 50% dos entrevistados classificou a participação como ruim, por outro, um número também expressivo (32%) definiu-a como boa. Dentre as questões que emergiram de suas falas uma nos chamou atenção: articular a noção de participação com a necessidade de resolver “um problema que afeta diretamente a população do bairro” ou ainda com “a comunidade participa quando tem algum interesse”. Parece-nos que a participação trás em si um forte sentimento de pertencimento, isto é, as comunidades se mobilizam para lutar sobre problemas que ocorrem no seu cotidiano, nos bairros que “escolheram” para viver. São as dificuldades e carências vivenciadas no dia-a-dia que impulsionam os moradores a participarem de movimentos que se empenhem em “melhorar” as condições de vida das localidades onde moram. Acreditamos que este sentimento de pertencimento pode também estar relacionado com o tempo que os entrevistados residem nos bairros, posto que verificamos que todos residem no bairro há mais de dez anos, sendo que destes 54% há mais de vinte e seis anos, e muitos nasceram e construíram toda sua vida nas comunidades em que atuam.

### c) ARTICULAÇÃO DOS CLSs COM SUAS BASES

Para corresponder ao debate proposto por pensadores como Gohn (2001), Teixeira (2000) e Daniel (2000) sobre a importância da articulação dos Conselhos de Saúde com suas bases, consideramos que é indispensável evidenciar a relação que se estabelece entre os CLSs e as comunidades.

Sob esta ótica, observamos que 58% dos entrevistados consideraram que a comunidade tem uma boa relação com os CLSs. Justificaram a posição tecendo algumas ponderações que nos pareceram significativas. Assim surgiram argumentos como, por exemplo, “a participação é boa... comunidade conversa e reclama com os Conselheiros” ou “a comunidade procura a gente nas ruas ou em qualquer outro lugar pra reclamar”. Estas falas sugerem que os Conselheiros consideram que as comunidades têm uma relação ou um envolvimento maior com o CLSs quando reclamam e não quando discutem e buscam alternativas de ação junto com os Conselheiros. Parece-nos, sob este ponto de vista, que os

Conselhos Locais, em sua maioria, se restringem a meros órgãos de reclamações e não de reflexão e debate em torno dos problemas de saúde enfrentados pelas comunidades.

Outro argumento, justificando a boa relação entre comunidade x CLS, foi, por exemplo, "a minha relação com a comunidade é boa.... a comunidade me procura muito" ou "os usuários reclamam, quando têm dúvidas ligam pra mim". Estas ponderações tecidas pelos entrevistados nos levam a pensar que, em alguns casos, as comunidades mantêm uma relação personalista com os CLSs. Isto parece significar que as comunidades não identificam os Conselhos como espaços privilegiados para discussão e debate de seus problemas de saúde e, mais, sugere que alguns Conselheiros compartilham com este entendimento, na medida em que justificam a boa relação entre CLSs X comunidade tendo como referência o fato da comunidade "procurar" um determinado membro do Conselho e não o Conselho enquanto uma instituição.

Dentre aqueles que classificaram a relação da comunidade com os CLSs como ruim, algumas posições merecem destaque. Inicialmente, chamou nossa atenção ponderações que salientaram que "o conselho é taxado como fechado" e "só convidam para participar do Conselho as entidades". As duas questões abordadas sugerem que os CLSs podem estar se transformando em feudos, impedindo uma alternância de membros e, conseqüentemente uma circulação de debates, idéias e projetos.

Este quadro ficou mais claro e grave para nós quando observamos que 36% dos entrevistados afirmaram que, mesmo havendo eleições periódicas - que ocorrem por votação ou aclamação em reunião ou assembléia de moradores - não há mudanças expressivas na composição dos CLSs. Argumentaram que esta "manutenção" dos conselheiros ocorre porque "não há concorrentes"; "a comunidade não participa da eleição"; "quem decide são os próprios conselheiros que já estão na função". Esta situação sinaliza um "desinteresse" das comunidades que se manifesta de um lado por não participarem do processo eleitoral como votantes e/ou candidatos e, por outro, por aceitarem que os próprios conselheiros definam os nomes que irão integrar a nova gestão do CLS. Sinaliza ainda que alguns conselheiros têm uma prática extremamente autoritária em relação à comunidade que representam. Também intrigante foi a fala de um entrevistado que afirmou que "o secretário municipal de saúde dirigiu a eleição". Esta é uma prática que indica claramente a ingerência do poder público em

um espaço da comunidade. Prática que pode significar o estabelecimento de relações clientelistas tão comuns e, ainda arraigadas na sociedade brasileira.

Situações como a mencionada acima leva-nos a pensar até que ponto conselheiros que são eleitos nestes moldes representam de fato a comunidade, isto é, até que ponto são legítimos? Compartilhando com Lima (2001: 34) questionamos “a representatividade de um líder escolhido por poucos, onde o conjunto de sua entidade está alheio ao processo de escolha de seu representante. Esta situação desautoriza o representante a falar em nome de seus representados”.

Recuperando o que chamamos de “desinteresse” das comunidades em relação ao processo eleitoral nos CLSs, pensamos que isto pode estar relacionado ao próprio processo de criação dos CLSs .

Verificamos que 44% dos entrevistados não souberam informar como os conselhos foram constituídos. Isto significa que quase a metade não conhece a história de formação do Conselho que tem assento. Acreditamos que se os próprios conselheiros não têm informação sobre o processo de constituição dos conselhos podemos estender, com poucas chances de erro, a mesma assertiva para os demais membros das comunidades. Se este raciocínio é válido podemos tentar desvendar um, dentre tantos outros, motivos para o “desinteresse” que mencionamos. A fórmula é simples, mas ao mesmo tempo complexa pelo seu significado: se a comunidade não conhece a história de criação do CLS significa que não participou deste processo e se não participou isto pode significar que não reconhece este espaço de discussão e debate. O não reconhecimento dos CLSs pode, por sua vez, gerar este distanciamento da comunidade. Distanciamento que pode manifestar-se através do que chamamos “desinteresse”.

Ainda com relação ao processo de criação dos CLSs, verificamos que 25% dos entrevistados relacionam a criação dos Conselhos com as Unidades básicas de Saúde, quer no sentido de terem sido criados para lutar pela construção de uma UBS no bairro, quer no sentido inverso, isto é, por já contarem com a UBS foi necessário constituir um Conselho. É interessante verificar como os Conselhos já nascem extremamente vinculados as UBS.

Entendemos que esta vinculação dos CLSs com as UBSs é positiva, já que é fundamental que os Conselhos acompanhem diretamente toda a dinâmica de funcionamento e atendimento das Unidades Básicas e tenham nos profissionais das equipes de saúde parceiros

que em muito podem contribuir para o fortalecimento dos Conselhos e de suas lutas pela saúde de suas comunidades.

Porém, pareceu-nos que esta vinculação com as UBSs tem caminhado num sentido, se não oposto, bastante diferenciado. Levantamos a questão a partir dos relatos obtidos quando os entrevistados refletiram sobre o papel dos CLSs. Observamos que 45% dos entrevistados sinalizaram que o CLSs tem como função atuar junto a UBS. Atuação que se expressou, em especial, em uma concepção restrita de trabalhar somente ou principalmente em relação a questões relativas ao funcionamento da Unidade Básica, limitando o papel em “fiscalizar o atendimento”, “fiscalizar os horários dos funcionários”. Cremos que esta centralidade no funcionamento da Unidade de Saúde constitui-se em forte obstáculo para que ultrapassem este caráter fiscalizador e caminhem na construção dos Conselhos como espaços de discussão dos reais problemas de saúde da população. Compactuamos com Feuerwerker e Sena (2004: 231) de que atuar sobre os problemas reais permite “mobilizar outros recursos, outros parceiros, ampliando a capacidade de intervenção”. Possibilita adotar “uma concepção mais ampla da saúde, chegando à necessidade de pensar e agir com enfoque intersetorial e incorporar a busca pela qualidade de vida como estratégia de mobilização”.

Ainda com relação ao papel dos CLSs obtivemos um percentual de 23% que identificaram que cabe aos Conselhos orientar a comunidade, sobretudo os mais carentes sobre os cuidados com a saúde. Pareceu-nos que os Conselheiros se encaram como membros das equipes de saúde, posto que alguns justificaram esta “responsabilidade” de cuidar da saúde das comunidades sugerindo que cabe ao Conselheiro “desempenhar o papel de funcionário da UBS” ou, ainda, atuar “como um Agente Comunitário de Saúde”. Foi também sinalizando que são membros das equipes de saúde que alguns entrevistados (12%) ponderaram que os CLSs têm como função primordial “lutar por melhorias nas UBSs” e/ou “atuar sobre os problemas da UBS”.

Acreditamos que as questões acima abordadas revelam uma confusão entre os espaços e atribuições das UBSs e dos CLSs, o que pode trazer conseqüências como, por exemplo, a autonomia do Conselho Local em relação à Unidade de Saúde e vice-versa. Em contrapartida, alguns relatos (20%) apontaram para uma perspectiva diferenciada, alertando que cabe ao CLS informar, discutir, reivindicar ou “o conselho é a forma de exercer a cidadania, lutar pelo direito inerente à saúde, processo educativo de conscientização, maneira de reivindicar”.

Parece-nos que concepções desta natureza avançam ao incorporarem que mais do que fiscalizar a UBS, lutar por melhorias nas Unidades, orientar a comunidade sobre problemas de saúde, os CLSs são espaços privilegiados de reflexão e luta pela qualidade de vida e ampliação da cidadania.

Retomando a discussão em torno dos argumentos apresentados pelo entrevistados que consideraram a relação CLS x comunidade ruim encontramos justificativas que sustentavam que o principal obstáculo que dificulta a interlocução entre os Conselhos e comunidade reside na carência de insumos e medicamentos nas UBSs, pois os Conselhos ficam desacreditados, tendo em vista que as “as pessoas ficam desanimadas diante do não atendimento de suas demandas”. Por outro lado, estas mesmas dificuldades vivenciadas, não somente no município, mas no sistema da saúde como um todo foram identificadas como algo que deveria incitar a participação e mobilização dos usuários.

O não atendimento das demandas da população pode ser compreendido como recurso de condução da política neoliberal que vem sucateando o SUS. Bravo e Matos (2001: 212), versando sobre os rebatimentos da proposta neoliberal, na política de saúde a partir dos anos 90, consideram que para fazer frente ao desmonte do SUS que se vem operando, é necessário haver o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados da sociedade brasileira. Só a partir disto poderá tecer-se um projeto que tenha forças para enfrentar o “neoliberalismo que naturaliza a questão social, enfocando-a de forma individual, personalizada e focalista”.

Reportando-nos ao processo de produção das demandas que são encaminhadas pelos CLSs ao CMS, percebemos que este ocorre de forma diferenciada. De uma forma geral os entrevistados relataram que, preferencialmente as demandas são definidas e discutidas em reuniões dos CLSs, porém, em muitas das vezes, em virtude da dificuldade em garantir a participação da população nas reuniões e da própria desarticulação dos conselheiros, não conseguem garantir este espaço de discussão. A dificuldade em assegurar o processo de discussão tem significado uma descaracterização destes Fóruns enquanto *locus* privilegiado de debate e definição das demandas, na medida em que outros sujeitos têm tomado para si este papel. Esta descaracterização ficou claramente estampada em relatos que revelam, por exemplo, que “a gerente da UBS faz um balanço das principais necessidades da UBS e isso é repassado ao CLSs”; “os agentes comunitários e que repassam as necessidades de saúde da

população”. Ademais, salientaram que é comum “descobrirem” as demandas em contatos informais porque “as pessoas saem falando pela rua e a gente acaba sabendo”. cremos que definir as necessidades de saúde de uma comunidade a partir de contatos informais é uma questão preocupante, posto que inviabiliza a construção social da demanda, por meio do debate, da troca de idéias entre o coletivo de moradores de uma determinada área.

Se, por um lado, a restrita participação do conjunto dos moradores nas reuniões dos Conselhos Locais foi apontada como uma dificuldade no processo de construção das demandas, por outro, também tem comprometido o retorno do encaminhamento dado a elas no CMS. Como o retorno, via de regra, é feito nas reuniões dos CLSs e a comunidade participa pouco deste espaço de discussão, as deliberações ocorridas no CMS não são chegam à grande maioria dos moradores.

Observamos, assim, que ambos os processos – construção e retorno das demandas – estão comprometidos, haja vista os mecanismos e/ou estratégias utilizadas pelos CLSs não têm garantido a discussão coletiva, ficando muitas vezes restrito ao âmbito do próprio Conselho e/ou a alguns membros das comunidades. Compreendemos que fortalecer e ampliar a participação das comunidades nos dois processos é fundamental se se pretende assegurar a legitimidade dos conselheiros “eleitos” para representar os interesses das comunidades.

Refletindo sobre esta dificuldade dos Conselhos em mobilizar as comunidades no sentido de ocupar de forma mais compromissada os espaços dos Conselhos, Lima (2001) contribui com o debate salientando que muitas vezes a população, a partir do momento que elege seus representantes, joga nas mãos do líder toda a responsabilidade pela condução dos trabalhos e discussões. Sob esta perspectiva o autor adverte é preciso que os Conselhos tenham clareza disto e trabalhem com a população de forma a fomentar uma tomada de consciência de que somente mobilizados conseguirão alcançar espaços de poder. É necessário ainda que as comunidades desenvolvam um espírito de identidade cultural e que se sintam portadoras de um projeto comum.

Demo (1991) tece considerações a este respeito argumentando que quando toda a base não participa e as lideranças tomam para si toda a responsabilidade, surge, por parte dos representados, a internalização da tutela. Tutela que se manifesta quando as comunidades esperam que as lideranças solucionem todos seus problemas.

Apesar das dificuldades apontadas os CLSs têm criado estratégias no sentido de ampliar a articulação com suas bases. De uma forma geral os entrevistados citaram os anúncios em rádios, cartazes e panfletos, a divulgação nas missas e os contatos pessoais como os meios mais utilizados para estabelecer um contato com suas comunidades. Destacamos que, apesar de não ser uma prática que prevaleça no conjunto dos CLSs, há experiências que incorporaram a Ouvidoria Local de Saúde como mais um mecanismo capaz de facilitar a interlocução dos Conselhos com suas comunidade.

Este quadro demonstra que os CLSs têm buscado criar estratégias no sentido de mobilizar suas comunidades visando uma maior aproximação com os Conselhos. Cremos que este é um trabalho fundamental, tendo em vista que consideramos que garantir a legitimidade da representação dos Conselheiros Locais somente será possível se os Conselhos criarem alternativas que garantam um maior envolvimento, participação das comunidades, que estimulem debates sobre suas carências, necessidades e prioridades para que a delegação de responsabilidades flua diretamente para os sujeitos que as representarão no Conselho, para que estes sujeitos contem com uma retaguarda de mobilização que respalde sua legitimidade social. É assegurar a "presença qualificada" proposta por Daniel (2000), em que os representantes, ao falarem em nome daqueles que lhes delegaram esta tarefa, se fortalecem enquanto força política e fortalecem seu poder de argumentação, sua representatividade nas negociações.

## CONCLUSÕES

A existência dos Conselhos de Saúde, na realidade brasileira é fruto de um longo processo de construção contra-hegemônico à prática assistencial dominante, que ainda persiste no cenário das políticas governamentais. Resultam de um processo de luta corporificado pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira que defendia, dentre outros, que o Estado deveria aproximar-se da sociedade usuária e permeabilizar suas demandas. Neste contexto é que a participação da sociedade civil – através dos Conselhos e Conferências de Saúde – surge como um dos aspectos centrais da remodelagem institucional prevista pelo projeto reformista e concretizadas na Constituição de 1988.

Os Conselhos passaram, juntamente com as Conferências de Saúde, a compor um sistema nacional de órgãos colegiados, com poderes legais para formular estratégias e

controlar a execução da política de saúde e com representação paritária dos usuários dos serviços de saúde em relação aos prestadores e governo. Os Conselhos apresentam-se assim, como espaço público de ação política capaz de evidenciar diversos e, não raro diferentes interesses, do governo e da sociedade civil, que implicam em valores culturais que circulam, argumentos que se articulam, opiniões que se formam no seu interior visando o exercício do poder que lhes é atinente.

Os Conselhos organizam-se em diferentes níveis – nacional, estadual e municipal -, sendo que alguns municípios, como é o caso de Juiz de Fora/MG, incorporam na estrutura do controle social os chamados Conselhos Locais de Saúde. Foi sobre este espaço do controle social que construímos nosso estudo, mais especificamente sobre como estes Conselhos Locais se articulam com suas bases.

Ao chegarmos ao final de nossa investigação percebemos que mais do que respostas prontas e acabadas o estudo oportunizou problematizar e apontar alguns obstáculos enfrentados pelos CLSs e as comunidades no sentido firmar uma relação que se pautar por um processo permanente de discussão coletiva dos problemas, necessidades e/ou demandas por saúde. Processo que é imprescindível se se pretende assegurar a legitimidade daqueles que foram eleitos para representar e lutar pelos interesses das comunidades no CMS/JF.

As questões que emergiram no diálogo estabelecido entre pesquisadores e entrevistados expressaram que a articulação dos Conselhos com suas bases tem sofrido “ameaças”, que têm suas origens, por exemplo, na restrita participação das comunidades nas reuniões dos CLSs; na compreensão do Conselhos como meros órgãos de reclamações; na identificação dos Conselhos como “extensão” das Unidades Básicas de Saúde; na relação personalista das comunidades com os CLSs; nas dificuldades em mobilizar as comunidades, no processo eleitoral dos CLSs; no processo de produção social das demandas e necessidades de saúde definidas; no caráter autoritário de alguns Conselhos, na descrença das comunidades, dentre outros. Este quadro tem significado a fragilização da legitimidade da representação dos Conselheiros Locais eleitos por suas comunidades para defender seus interesses no Conselho Municipal de Saúde – espaço privilegiado de formulação e deliberação da política municipal de saúde. Fragilização que em última instância compromete a possibilidade de uma real articulação destes espaços políticos de discussão e debate com suas bases.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, A.A.T. *Conselho Municipal de Saúde: cidadania e controle democrático*. Juiz de Fora, 2002. Monografia (Especialização), Escola de Governo de Minas Gerais (EGMG) da Fundação João Pinheiro e Escola de Governo da Prefeitura de Juiz de Fora..

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: *Política social e democracia*. Niterói: Cortez, UERJ, 2001.

DANIEL, C. *O papel dos conselhos de políticas públicas*. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/publicacoes/artigosemanal.html>> Acesso em: 07 jun. 2004.

DEMO, P. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: *VER-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2004.

GOHN, M.da G. *Conselhos gestores e participação sóciopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001 (Coleção Questões de Nossa Época).

LIMA, J.de 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, set/dez. 2001.

MINAYO, M. C.de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

OLIVEIRA, L.M.L. Rumos e desafios da representação popular no Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG: experiências e narrativas de conselheiros/usuários (1992-2000). Assis, 2003. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Estadual Paulista – UNESP/Assis.

TEIXEIRA, E.C. Sistematização e eficácia dos conselhos. In: CARVALHO, M.do C.; TEIXEIRA, A.C.C. (org.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Instituto de Estudos Assessoria e Formação em Políticas Públicas – POLIS, 2000.

TELLES, V.da S. Sociedade civil e os caminhos (incertos) da cidadania. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.8, n.2, 1994.