

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PRPPG
Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas - MAPP

ANTÔNIO CLEYTON MARTINS MAGALHÃES

**CONTRA-HEGEMONIA E LEGITIMAÇÃO NO CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE: Avaliando os percursos e contradições do
Conselho Regional de Saúde V em Fortaleza/Ce**



Fortaleza – CE
2013

ANTÔNIO CLEYTON MARTINS MAGALHÃES

CONTRA-HEGEMONIA E LEGITIMAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL NA
SAÚDE: Avaliando os percursos e contradições do Conselho Regional de Saúde
V em Fortaleza/Ce

Relatório Dissertativo da pesquisa avaliativa apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Elza Maria Franco Braga.

Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais

Fortaleza – CE
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PRPPG
Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas - MAPP

ANTÔNIO CLEYTON MARTINS MAGALHÃES

**CONTRA-HEGEMONIA E LEGITIMAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL
NA SAÚDE: Avaliando os percursos e contradições do Conselho Regional
de Saúde V em Fortaleza/Ce**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elza Maria Franco Braga – UFC
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Rosângela Maria Costa Fernandes – UECE
Examinadora Externa

Prof.^a Dr.^a Alba Maria Pinho de Carvalho – UFC
Examinadora

A meus pais, Vânder (*in memoriam*) e Graça, verdadeiros exemplos de vida, perseverança, dedicação à família, amor e força, responsáveis pelos ensinamentos sobre respeito profundo às pessoas e ao trato dos assuntos públicos.

À Maria, esposa, amiga e companheira de todas as batalhas por uma vida mais justa e digna, pelos incontáveis diálogos e reflexões acadêmicas que muito contribuíram para elucidar os rumos desse trabalho e por compartilhar comigo todos os dias as tristezas, as alegrias e os sonhos de uma vida em família.

Aos meus filhos, Samuel e Rafael, pela compreensão das ausências ante as sobrecargas de pai envolvido com o labor profissional, político, acadêmico e doméstico e, principalmente, pela forma como têm me ensinado a enfrentar os desafios da vida e a cultivar a esperança de dias melhores.

A meus irmãos, Valeska e Gustavo, pelo apoio e incentivo para continuar os estudos e por me mostrarem que posso ser cada dia uma pessoa melhor.

Aos conselheiros do CRS V que, mesmo sob fortes pressões estruturais e conjunturais, procuraram resistir à força hegemônica do projeto neoliberal em curso no mundo, não poupando energia e coragem para viabilizar, no período em estudo, um processo participativo e controle social sobre as políticas públicas em Fortaleza, em especial no campo da saúde pública, buscando promover o engrandecimento dessa nova e complexa instituição no sentido de evidenciar e fomentar a viabilidade da atividade política e atuação direta de coletivos heterogêneos no SUS.

AGRADECIMENTOS

No transcorrer dessa caminhada acadêmica muitos desafios e dificuldades foram superados e, reconhecidamente, não os teria feito sem a valorosa colaboração de algumas pessoas muito especiais, às quais devo reverência e gratidão imensa.

À minha orientadora, Prof.^a Elza Maria Franco Braga, por ter aceitado me acompanhar nesse mestrado, assumindo o papel como profissional competente, crítica e coerente e por ter trazido luz nos momentos de maior obscuridade, sempre respeitando as minhas opiniões e posições sem deixar de apontar os caminhos necessários.

À minha esposa, Maria, exemplo de mulher que sempre luta com garra e determinação para sobreviver e resistir em meio à opressão imposta e por me ajudar e compartilhar na concretização desse sonho, sempre me incentivando a não desistir diante de incontáveis adversidades, não medindo esforços para me orientar no sentido de valorizar a luta pela apropriação do saber, sempre reconhecendo e ratificando a educação como fonte e caminho para a emancipação humana.

Aos amigos(as) Célio Campos, Franzé Silva e Adriana Ximenes, aos quais tive o prazer em dividir a companhia e gestão enquanto membros da mesa diretora do CRS V, pelo apoio e estímulo para a realização desse trabalho e inestimável satisfação de desfrutar momentos prazerosos, angustiantes, dissabores e pelas várias oportunidades de reflexões e aprendizado durante a atividade de controle social.

À Prof.^a Alba Maria Pinho de Carvalho, a quem tenho profunda admiração e respeito como acadêmica e profissional, pelas contribuições e sugestões apresentadas ao estudo e por ajudar a guiar, de forma confiante, meus passos como aluno, desde a seleção para o mestrado, as disciplinas curriculares e extracurriculares até o dia da defesa final da dissertação, como membro cativa da comissão de qualificação e examinadora.

À Prof.^a Rosângela Maria Costa Fernandes pela sua prestimosa disponibilidade em colaborar com a construção final desse estudo, com sugestões e críticas pertinentes, como membro da comissão de qualificação e examinadora.

Ao amigo Célio Campos, exemplo de probidade, integridade, compromisso e respeito aos princípios da administração pública, por seu relevante apoio profissional na organi-

zação e transcrição do material coletado na pesquisa empírica e nas contribuições para a formatação do trabalho final.

Aos conselheiros de saúde do Sistema de Controle Social na saúde da Secretaria Executiva Regional V, especialmente, aos que contribuíram diretamente com a elaboração desse trabalho, particularmente na pesquisa de campo, pelo notado espírito público, responsabilidade cívica, ética da solidariedade, rebeldia contestatória e espírito de justiça que caracterizaram suas atuações na dinâmica do CRS V na busca pelo complexo exercício democrático, muitas vezes, fazendo-o sob circunstâncias adversas e, sobretudo, face aos dilemas e limites da ação coletiva em uma sociedade de classe perpassada por desigualdades como a fortalezen-se, principalmente, em sua área mais vulnerável: a SER V.

Aos professores e amigos do MAPP, pela dedicação, profissionalismo e prontidão em transmitir os ensinamentos essenciais para o aprimoramento da formação profissional, trazendo luz nos momentos de maior obscuridade e incertezas.

Aos(às) amigos(as) e colegas de curso, a quem tive a grata satisfação de conviver desde o mestrado, sobretudo, Tereza Serra, Tiago, Jarbas, César, Gildomar, Sarah, Jaylson, Ivana, Blesser, Valberg, Wagner, Mártir, Luciana, Hamilton, Cleiane, Glaucia, Neusa, Áurea, Katarina, Sandra, Silvana, Yolita ...

À coordenação do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, especialmente, ao Prof^o. Alcides Gussi e às funcionárias Ana Paula, Marta e Vânia pela auxílio e atenção dispensados durante a realização do curso.

À minha cunhada, Celina, pela inestimável colaboração com a cotidiana “lida doméstica” e atenção dispensadas às minhas crianças, Samuel e Rafael, no transcurso dessa jornada.

Aos demais cidadãos que mesmo sem condições materiais não perderam a capacidade de se indignar e, cada qual ao seu modo, continuam resistindo às injustiças e alienação social, lutando pela construção de uma nova gramática social como substrato para remodelar a vida política e as poderosas restrições que a história e contexto social impõem ao êxito institucional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza	80
Figura 2 – Organograma da Prefeitura Municipal de Fortaleza	81
Figura 3 – Organograma das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza	82
Figura 4 – Mapa da Secretaria Executiva Regional V	85
Figura 5 – Organograma do Sistema de Conselhos de Saúde de Fortaleza	90
Figura 6 – Georreferenciamento das unidades de saúde e dos CLSs na SER V	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABO	- Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ASTEC	- Assessoria Técnica
BID	- Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial Geral
CEB	- Comunidades Eclesiais de Base
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CESAU	- Conselho Estadual de Saúde do Estado do Ceará
CF/1988	- Constituição Federal de 1988
CGM	- Controladoria Geral do Município
CGU	- Controladoria Geral da União
CIMS	- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CLS	- Conselho Local de Saúde
CMSF	- Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CRO	- Conselho Regional de Odontologia
CRS I	- Conselho Regional de Saúde da Secretária Executiva Regional I
CRS II	- Conselho Regional de Saúde da Secretária Executiva Regional II
CRS III	- Conselho Regional de Saúde da Secretária Executiva Regional III
CRS IV	- Conselho Regional de Saúde da Secretária Executiva Regional IV
CRS V	- Conselho Regional de Saúde da Secretária Executiva Regional V
CRS VI	- Conselho Regional de Saúde da Secretária Executiva Regional VI
CSF	- Centro de Saúde da Família
DOM	- Diário Oficial do Município
DIFIN	- Divisão Financeira do DRAF
DRAF	- Departamento Regional Administrativo e Financeiro
DS	- Distrito de saúde
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
FMS	- Fundo Municipal de Saúde
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente

IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LRF	- Lei de Responsabilidade Fiscal
MAPP	- Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas
MOPS	- Movimento Popular de Saúde
MRS	- Movimento de Reforma Sanitária
MS	- Ministério da Saúde
OAB	- Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONGs	- Organizações não governamentais
OSs	- Organizações sociais
OSCIPs	- Organizações Sociais e Comunitárias de Interesse Público
ParticipaSUS	- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PCdoB	- Partido Comunista do Brasil
PIB	- Produto Interno Bruto
PLP	- Projeto de Lei Popular
PMDB	- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMF	- Prefeitura Municipal de Fortaleza
PPP	- Parcerias Público Privadas
PPs	- Políticas Públicas
PSDB	- Partido Social Democrático Brasileiro
PSF	- Programa Saúde da Família
PT	- Partido dos Trabalhadores
RAF	- Relatório Avaliativo Final
RI	- Regimento Interno
RMF	- Região Metropolitana de Fortaleza
RSB	- Reforma Sanitária Brasileira
SINDIODONTO	- Sindicato dos Odontólogos do Estado do Ceará
SMS	- Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza
SMSE	- Sistema Municipal Saúde Escola da SMS
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SERCEFOP	- Secretária Executiva Regional do Centro de Fortaleza
SER V	- Secretaria Executiva Regional V

TCM	- Tribunal de Contas dos Municípios
TCE	- Tribunal de Contas do Estado
UECE	- Universidade Estadual do Ceará
UFC	- Universidade Federal do Ceará

RESUMO

O estudo aborda a participação e o exercício do controle social na política pública (PP) de saúde implementada em Fortaleza, em sua região de menor IDH, a SER V, a partir de dois aspectos analítico-conceituais: a noção de controle social como fenômeno teórico-político e o Conselho Regional de Saúde V como campo de pesquisa e objeto empírico. No primeiro aspecto, analiso a mundialização do capital com dominância financeira e repercussões no Estado, PPs e exercício do controle social, considerando que a política de saúde traz os reflexos das crises, desigualdades e exclusões imperantes na sociedade atual. No segundo aspecto, investigo o CRS V como instância privilegiada de participação e controle social no SUS, no período de 2008 a 2012, uma vez que dentro do sistema de controle social na saúde de Fortaleza tem oposto resistência aos limites impostos pela conjuntura atual. Elejo como categorias analíticas a democratização brasileira, cidadania e direitos, Estado e PPs, participação e controle social. O objeto central da investigação é compreender e avaliar a dinâmica participativa e o exercício do controle social no contexto da confluência contraditória entre os processos democráticos e de ajuste estrutural decorrente da (re)formatação do Estado brasileiro. O embasamento teórico-analítico se respalda em autores, tais como: Karl Marx, Boaventura Santos, Istiván Mészáros, Zigmund Bauman, Pierre Bourdieu, Antonio Gramsci, Gilberto Freyre, Sérgio Buarque de Holanda, Florestan Fernandes, Glória Gohn, Luciana Tatagiba, Elenaldo Teixeira, Alba Carvalho, Lea Carvalho. A pesquisa avaliativa se delinea a partir da abordagem qualitativa e crítico-analítica se constituindo num estudo de caso com o uso de técnicas de tipo etnográficas, utilizando os seguintes instrumentos de pesquisa: observações, registros no diário de campo, questionários abertos/fechados e grupos focais com os conselheiros. O desenho metodológico abrange a caracterização do perfil sociopolítico dos sujeitos conselheiros integrantes do sistema de controle social da SER V, a compreensão da dinâmica de funcionamento do CRS V a partir do entrelaçamento da pluralidade de seus olhares, a explicitação dos limites, dilemas, contradições e possibilidades de atuação, reconhecendo o processo avaliativo como resultado das interpretações do avaliador e das posições dos diferentes sujeitos avaliados. Em termos conclusivos, o estudo (re)afirma, de modo mais estrutural, que as reconfigurações sociais e políticas neoliberais revelam uma tendência de minar os espaços de representação coletiva e controle social. Não obstante o CRS V despontar no sistema de conselhos de saúde de Fortaleza com autonomia e independência perante o governo regional, demonstrando ser possível a viabilidade do exercício do controle social no SUS local, apresenta-se mais como espaço estratégico, potencial e desafiador em face às ações governamentais e menos como efetivo *locus* de controle social e fortalecimento da sociedade civil. O Conselho se firma como legítimo espaço formativo de quadros políticos, instância receptora de denúncias e promotora de *accountability* na SER V, contribuindo para pressionar pela implementação da política de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chave: Democratização; cidadania e direitos; Estado e Políticas Públicas; Participação e Controle Social; Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

The study approach the participation and the exercise of social control in the public politics (PP) of health care implemented in Fortaleza in SER V which is the region with the lowest IDH rate, starting from two analytical-concepts aspects: the notion of social control as the political-theoretical phenomenon and the Regional Council of Health V as the object of empirical research. In the first aspect, it is analyzed the globalization of wealth with financial domain and the repercussion in the State, in the PPs and in exercise of social control, considering that the health care politics bring effects of economic crises, social inequality and exclusion prevailing in the current society. At the second aspect, its investigated the CRS V as a privileged instance in social control and participation in the SUS system, in the period of 2008 to 2012, since that the social control system of Fortaleza have the opposite resistance to the limits imposed by the current conjuncture. It is elected as analytical categories the Brazilian democratization, citizenship and rights, State and PPs, participation and social control. The central object of investigation is to understand and to evaluate the participatory dynamics and the exercise of social control in the context of contradictory confluence of the democratic processes and of the structural adjustments due of the reformulation of the Brazilian state. The theoretical-analytic basement supports itself in authors, such as: Karl Marx, Boaventura Santos, Istiván Mészáros, Zigmund Bauman, Pierre Bourdieu, Antonio Gramsci, Gilberto Freyre, Sérgio Buarque de Holanda, Florestan Fernandes, Glória Gohn, Luciana Tatagiba, Elenaldo Teixeira, Alba Carvalho, Lea Carvalho. The evaluative research is outlined from a qualitative and critical-analytical approach and constitute in a case study with the using of type ethnographic techniques, using the followings research instruments: observations, field diary records, opened/closed forms and groups with the advisors. The methodological sketch covers the characterization of the sociopolitical profile of the subject advisors that compose the system of social control of the SER V, the comprehension of the dynamic running of the CRS V from the entanglement of the plurality of their looks, the explicitation of the boundaries, dilemmas, contradictions and possibilities of the performance recognizing the evaluative process as results of the interpretations of the evaluator and the positions of the different subjects evaluated. In conclusive terms, the study says, in a more structural way, that the social reconfiguration and neoliberal politics reveal a trend to undermine the spaces of collective representation and of social control. Nevertheless the CRS V dawn in the advisor system of health of Fortaleza with autonomy and independence from the regional government, showing be possible the viability of exercise of social control in the local SUS, presents itself more like strategic space, with potential and defiant in face of the govern actions and less as an effective place of social control and strengthening civil society. Moreover the Council firm up as legit space that format political contexts, instance receiving complaints and promoting accountability in SER V, which contributes to press for the implementation of political health care in line with the principles and guidelines of SUS.

Keywords: Democracy, citizenship and rights, State and Public Policy, Participation and Social Control; Boards of Health

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	16
1 A POLÍTICA PÚBLICA EM ESTUDO: CONSTRUINDO UM REFERENCIAL PARA A ANÁLISE	30
1.1 A PP de Saúde no Brasil: o vanguardismo do movimento sanitário e a construção do SUS	30
1.2 O Estado e as políticas sociais brasileiras nos circuitos financeiros globais: a caminho do desenvolvimento ou doce ilusão?	36
1.3 A emergência de novas institucionalidades e o (des) caminho da saúde no Brasil: a inflexão das conquistas democráticas populares em meio ao avanço da mercantilização na saúde.	45
1.4 A participação e o exercício do controle social na saúde: mas, afinal, de que estamos falando?	52
2 O PERCURSO METODOLÓGICO: DESVELANDO O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE ATRAVÉS DO CRS V	633
2.1 A problematização das questões investigativas, objetivos e categorias analíticas	63
2.2 Concepções norteadoras da avaliação de PPs: de que avaliação estamos tratando?!.....	68
2.3 Explicitando os procedimentos metodológicos para a avaliação	70
3 CIRCUNSCREVENDO O CAMPO EMPÍRICO, O OBJETO E OS SUJEITOS DA PESQUISA	76
3.1 Aspectos sócio-econômico-demográficos e político-administrativos de Fortaleza	76
3.2 Realidades e dinâmicas do território da SER V	85
3.3 A política de saúde e o sistema de controle social de Fortaleza: o CRS V em foco.	87
3.4 Os conselheiros de saúde da SER V: caracterizando os sujeitos da pesquisa.....	94
4 AVALIAÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA DA PARTICIPAÇÃO E EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE ATRAVÉS DO CRS V	102
4.1 A avaliação do CRS V: entrelaçando olhares e percepções	103
Temática 1: avaliando significados e implicações da institucionalização do CRS V	103
Temática 2: avaliando a compreensão da categoria controle social e o significado da função pública de conselheiro de saúde	108
Temática 3: avaliando a dinâmica participativa e o exercício do controle social no CRS V: avanços, disputas, enfrentamentos, limites, resultados	114
Temática 4: avaliando o CRS V como espaço de formação de novos quadros políticos e as possibilidades de aprimoramento da participação e exercício do controle social	138
4.2. Interpretando as temáticas e vivências no CRS V: (re) pensando o controle social na saúde	146
CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
ANEXOS	169

APRESENTAÇÃO

Estruturada sob a lógica capitalista e marcada pelas raízes históricas do patrimonialismo, corporativismo, desigualdade, dominação, subordinação que expressam as continuidades autoritárias e conservadoras em nossa cultura e prática política, nas três últimas décadas, porém, outros valores e atitudes têm emergido da sociedade civil no Brasil, sobretudo, concernentes às novas formas de convivência e sociabilidade com o poder político. O cenário contemporâneo aponta para a constituição de uma cultura política mais participativa e cidadã.

Na resistência à ditadura e redemocratização do país, estudantes, operários, intelectuais, artistas, diversos segmentos sociais tiveram grande relevância ao desafiar a repressão vigente e a criar fatos políticos – inicialmente, limitados e setorialmente reivindicativos no campo dos direitos sindicais, reforma agrária, saúde, educação, salário, custo de vida e outros – que posteriormente se entrelaçaram, ampliando-se por todo território nacional em torno de questões mais institucionais e políticas como anistia, censura à imprensa, pluripartidarismo, tortura de presos políticos e a própria questão da democracia que desemboca nas “Diretas Já”.

Na década de 1980, o caráter associativo-mobilizatório e a exposição midiática desses segmentos sociais possibilitam a construção de espaços públicos para debater novas temáticas antes ausentes da cena pública. Fóruns, plenárias, encontros setoriais contribuíam com o processo de interlocução e pactuação entre os diversos setores e seus interesses, fortalecendo a sociedade civil.

A presença de uma sociedade civil organizada, viva, pulsante na política nacional, na segunda metade da década de 80, fez com que algumas de suas demandas fossem recepcionadas na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), institucionalizando importantes conquistas obtidas na ação direta, mas dependente dos atos governamentais, como por exemplo: direito à consulta, à informação, à participação em planos, à criação de espaços de participação na gestão estatal como Conferências e Conselhos, dentre outras. Isso significa o estabelecimento de regras e procedimentos que regulem as relações dos cidadãos e organizações com o poder público, independente da “boa vontade ou do arbítrio de cada governante local”, o que possibilita consolidar uma prática participativa e nova relação entre Estado, sociedade e mercado.

O Estado brasileiro, como organização político-administrativa por meio dos seus diferentes níveis de governo – municipal, estadual e federal –, tem entre suas atribuições o dever de construir políticas públicas (PPs) em determinado território para atender às necessidades da população, tendo em vista tanto o desenvolvimento econômico e social do país quan-

to os novos princípios e diretrizes constitucionais. Dentre estes, os que preceituam a descentralização administrativa, a transferência de recursos financeiros da esfera federal para as subnacionais e a criação de fóruns participatórios na administração pública, bem como a institucionalização de obrigações municipais, tornam esse ente federativo instância importante na formulação e gestão das PPs.

A criação dos fundos públicos setoriais para receber recursos federais e a criação de conselhos gestores organizados visando propiciar a participação na definição de estratégias, implementação, monitoramento e avaliação das PPs além da fiscalização da alocação financeira em nível local representam novas diretrizes constitucionais descentralizadoras e participativas como requisitos legais para a municipalização.

Considerando, no entanto, a norma constitucional, a elaboração das PPs não tem a exclusividade do Estado, embora seja essa a lógica aparente. De acordo com o Art. 1º, parágrafo único, ele o faz em nome de alguém. A CF/1988 compreende e reconhece a sociedade civil organizada como agente fundamental e protagonista legítimo na formulação das PPs nas mais diversas áreas setoriais, bem como usufrutuária dos direitos decorrentes, compreendidos como caminho para a construção da cidadania e para o aprofundamento da democracia não só do Estado, mas também da vida social. A Carta Magna cria e institucionaliza diversos mecanismos de participação nas decisões políticas do país, tais como: plebiscito e referendo popular, Orçamento Participativo (OP), as Conferências e Conselhos gestores de PPs.

Considerando essa nova cultura política de participação e com o objetivo de viabilizar encontros entre Estado, sociedade civil e mercado em espaços públicos, é que emerge o termo “controle social”, compreendido como a prática sociopolítica de controle das ações estatais pela sociedade brasileira, uma característica dessas novas relações entre o instituído e o instituinte, ou seja, entre governos e cidadãos. Evidentemente, os organismos colegiados gestores ou conselhos de PPs, nas várias áreas setoriais, por excelência, representam um *locus* privilegiado, porém, não exclusivo, que pode viabilizar e legitimar a participação cidadã oportunizando a construção de políticas verdadeiramente públicas para atender os interesses e os direitos dos grupos sociais tradicionalmente mais excluídos nos processos decisórios.

A bem dos preceitos constitucionais, no entanto, a participação e o controle social nas PPs ainda é exercido com muitos limites, seja porque é implantado numa sociedade que continua subjugada aos interesses do capital, e que dificilmente favorece a classe trabalhadora, mas continuamente atende os interesses de elites dominantes, seja porque não se consegue romper com as práticas históricas desenvolvidas na sociedade e no Estado brasileiro, cujo

desenho autoritário e clientelista permanece largamente intocado e resistente aos impulsos participativos democratizantes.

Apesar de uma série de fatores limitantes o controle social como processo político é o resultado de complexas relações de forças heterogêneas que envolvem diversos atores na disputa entre projetos políticos diferenciados, caracterizando-se como espaço tenso de conflitos e disputas de interesses de classes. Em meio a essas disputas é importante seu fortalecimento, por ser conquista histórica de um projeto democrático-popular, mas principalmente, por possibilitar a participação, a expressão de diversas identidades e seus interesses, tensionando para o exercício da gestão democrática na formulação das PPs e no controle das ações em todos os níveis das políticas sociais.

Além disso, uma multiplicidade de fatores intervenientes que acarretam uma subserviência aos governos e que resultam numa dominação pelo poder público sobre os conselhos, terminam por burocratizá-los, podendo levá-los à postura de conveniência com a manutenção de políticas clientelistas e centralização do poder decisório, reproduzindo, com uma fachada democrática e discurso progressista, práticas tradicionais hierárquicas e excludentes que, em tese, tais órgãos colegiados deveriam se contrapor. Esses desvios acabam comprometendo a ampliação da cidadania e, de forma mais perversa, naturalizam uma cultura social historicamente desigual que contribuem para inviabilizar o aprofundamento democrático da (co)gestão e participação coletiva nas decisões/atendimentos às demandas sociais e populares.

Em face desses argumentos iniciais, nesse trabalho dissertativo, que ora encerra, formalmente, o Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), procuro desvelar, no período de 2008 a 2012, os sentidos e significados para avaliar a participação e o exercício do controle social na área da saúde, precisamente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado em Fortaleza/CE, especificamente em sua região territorial de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a Secretaria Executiva Regional V (SER V), tendo como campo empírico o Conselho Regional de Saúde V (CRS V).

O esforço, portanto, concentra-se em investigar como a participação e o controle social na saúde tem se efetivado, por meio do CRS V, como órgão (co)gestor regional, quais os limites enfrentados diante dos interesses do poder executivo, quais as reais possibilidades de atuação e interlocução com essa esfera de poder e como ocorre a dinâmica de funcionamento em prol da melhoria das ações/serviços de saúde para os usuários residentes nessa região periférica de Fortaleza.

INTRODUÇÃO

A discussão e pesquisa sobre os Conselhos de Saúde como organismos colegiados institucionais de exercício do controle social no Brasil, em pleno início da segunda década do século XXI, inserem-se no avanço desenfreado do projeto global neoliberal de caráter neo-conservador que tem produzido profundas e vertiginosas transformações socioeconômicas e políticoculturais na sociedade capitalista contemporânea e Estados nacionais.

A rapidez com que se processam essas transformações e a complexidade dos processos de mediação e articulação que se conformam entre os níveis locais e global vêm desafiando tanto as reflexões quanto as práticas dos intelectuais acadêmicos, pesquisadores, trabalhadores e demais membros da sociedade civil e política, enfim, todos os atores sociais comprometidos com a criação de uma nova ordem democrática, que valoriza a luta pela universalização dos direitos sociais como caminho para a cidadania e desenvolvimento social.

É possível observar que na conjuntura atual de modernização dos Estados nacionais na América Latina vêm se disseminando a ideia de assimilação e incorporação, nas propostas e projetos reformistas, de uma nova concepção de desenvolvimento sócio-econômico e político-cultural baseado na democratização das relações entre Estado, sociedade civil e mercado, embora, na prática, os resultados alcançados apresentem um quadro problemático, como no caso brasileiro, inclusive, caminhando na contramão das conquistas constitucionais de 1988. Isso porque no campo da luta político-ideológica pela conquista efetiva da democratização se evidenciam relações de fragilidade, desinteresse e incapacidade de ação dos governantes e autoridades visando atender aos interesses públicos e sociais. Não raro, são os interesses privatistas que se destacam e preponderam no espaço público, por mais que se tente publicizar a visão de que a prioridade são os anseios e necessidades populares.

As demandas sociais e as formas como são recepcionadas, incorporadas e processadas pelo aparelho estatal ganham mais visibilidade e centralidade nas discussões e formulação das PPs, a partir das décadas de 80 e 90 do século XX, na medida em que os movimentos sociais reivindicatórios passam a lutar e exigir, progressivamente, a criação de canais participativos de controle e ligações mais orgânicas, compreendendo o Estado como espaço da sociedade política; mas, também, da sociedade civil, aproximando-se do conceito gramsciano de “Estado Ampliado”, como um norte para consolidar o avanço na democratização e representação dos interesses da maioria da população nas decisões políticas.

Isso requer uma articulação entre o Estado e sociedade civil por meio da criação de novos formatos de representação e deliberação, para abrigar a participação de novos sujeitos sociais, especialmente no período pós-ditadura militar. Isso pode possibilitar a existência de novos embates políticos e sociais, bem como a (re)discussão das concepções e práticas que refletem as fragilidades teóricas e a subserviência passiva, por conta das tímidas respostas governamentais diante do agravamento dos problemas sociais e imperiosa necessidade de partilha nos processos decisórios das PPs.

Em meio ao padrão centralizador e autoritário que caracteriza a relação do Estado com os beneficiários das PPs, e em virtude de sua incapacidade de responder às exigências sociais diante da crise econômica observada desde o final da década de 70, nos períodos posteriores aflora uma nova cultura política oriunda de setores progressistas da sociedade civil nas ações estatais, visando o progressivo atendimento dos interesses majoritários da população. Ressalta-se que nas lutas pelos direitos sociais tem sido essencial a aproximação e estabelecimento de novas relações entre o Estado brasileiro, sociedade civil organizada e mercado visando propiciar um compartilhamento democrático na definição das prioridades, alocação dos recursos públicos e seu efetivo controle.

Desde a redemocratização iniciada na década de 80 do século XX, observa-se o protagonismo dos movimentos sociais no cenário político, seus esforços reformadores recepcionados no texto constitucional com base em princípios democráticos para a construção de uma nova gramática sociocultural com importantes alterações nos formatos institucionais das PPs, resultando na criação de espaços públicos de participação e controle social mantidos pelo Estado. A participação da sociedade na formulação das PPs e no exercício do controle social, associados à ideia de descentralização foram explicitados como diretrizes normatizadoras da intervenção estatal, tratados como requisitos organizacionais em várias áreas setoriais na CF/1988¹.

¹ Várias disposições reguladoras evidenciam essa inovação da participação da sociedade civil nas ações de governo. Pode-se destacar, por exemplo, o Art. 10 que estabelece: “é assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objetos de discussão e deliberação”. No Art. 37, § 3º consta “[...] a lei disciplinará a forma de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente as reclamações relativas à prestação de serviços públicos, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna da qualidade dos serviços; acesso dos usuários a registros administrativos e a informação dos atos do governo; a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo do cargo, emprego ou função pública”. O Art. 14 preconiza que: “a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal [...] e, nos termos da lei, mediante: I – plebiscito; II – referendo; III – iniciativa popular”. No capítulo sobre seguridade social, o Art. 194 estabelece: “Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) com base nos seguintes objetivos: [...] VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite com participação dos trabalhadores, dos empregadores,

A área da saúde foi pioneira na constituição e regulamentação desses dispositivos constitucionais participatórios, mediante a criação de novos espaços públicos - os conselhos de PPs -, chamados por Avritzer (2005) de instituições híbridas², constituindo um amplo e articulado sistema, organizado em rede, descentralizado e hierarquizado interfederativamente.

A participação e o exercício do controle social é um princípio estratégico estruturante do SUS, conquista de um projeto democrático-popular para a saúde, posteriormente regulamentado em legislação específica - Lei Federal nº 8.142/90 -, que estabelece e normatiza a participação da comunidade organizada na gestão da Saúde como subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle e, ao mesmo tempo, disciplinando a transferência de recursos arrecadados pela União para os fundos públicos dos Estados, Distrito Federal e municípios.

Tal princípio legal se materializa por meio da institucionalização das Conferências e Conselhos de Saúde, constituindo-se na principal inovação no âmbito da Política de Saúde, pautando-se no conceito de pactuação política entre grupos e forças heterogêneas, penetrando nas próprias relações intergovernamentais.

Para Gohn (2001) os conselhos gestores setoriais constituem a principal novidade e institucionalidade política em termos de PPs neste novo milênio. Para Raicheles (1998) e Tatagiba (2002) os conselhos poderiam facilitar a expressão e negociação de propostas de grupos sociais, sobretudo, dos subalternizados, com o Estado dificultando a eventual (con)fusão entre o interesse público e os privatistas/particularistas que gravitam e exercem influência direta sobre ele e as PPs. Ademais, as referidas autoras afirmam que o ato participativo pode propiciar algum efeito pedagógico sobre os próprios atores sociais, fato que contribui para o fomento da construção da cidadania como prática efetiva e cotidiana.

Autores como Correia (2006, 2010), Bravo (2007), Santos (2000), Carvalho (2005) e Dagnino (1994, 2002, 2004, 2005, 2006), referem-se ao controle social como uma forma de participação que visa o compartilhamento de poder entre o Estado e a sociedade na definição, implementação e avaliação das políticas e orçamento público. Esse controle se fundamenta numa concepção ampliada de política e democracia que procura romper com o caráter elitista liberal-democrático do sistema político representativo tradicional, possibilitando a

dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”. No Art. 198, inciso III: “As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] III – participação da comunidade”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

²Para Avritzer (2005) órgãos híbridos representam uma nova forma institucional que envolve a partilha de espaços de deliberação entre representações estatais e as entidades da sociedade civil. É o caso dos conselhos de políticas que instituem as parcerias entre Estado e sociedade civil como forma de gestão no âmbito das PPs, sobretudo, nas áreas de habitação, preservação do meio ambiente e políticas sociais.

emergência de novas arenas políticas, palco de novas temáticas e disputa de determinações – visões de mundo, relações, práticas, comportamentos, normas e leis –, a fim de possibilitar a discussão sobre as desigualdades (classes, gêneros, raças, territórios, educação, saúde, dentre outros) como caminho para constituir uma nova realidade econômica, política, social e cultural que radicalize a democracia e contemple a pluralidade das formas de vida, as experiências dos diferentes atores na esfera pública³ na definição de seus horizontes.

Em meados dos anos 90 aporta tardiamente no Brasil, embora de forma muito intensa, a proposta de reforma estrutural do aparelho estatal imposta pelo Consenso de Washington⁴ aos países em desenvolvimento, atribuindo ao Estado um esforço pela responsabilidade fiscal e administração pública centrada na eficiência técnica-gerencial do setor privado pautado nas economias em escalas, com o aumento da produção e do lucro, aproveitando o máximo da força produtiva do trabalhador sem acréscimo dos custos e gastos.

De acordo com Alvarez, Dagnino e Escobar (2000) os projetos de reforma inspirados no neoliberalismo se fundam num novo tipo de relação entre Estado, sociedade civil e mercado, defendendo uma esfera pública baseada numa concepção minimalista de Estado e elitismo liberal-democrático que se faz mínimo para as responsabilidades sociais, enquanto a sociedade é obrigada a assumi-la por seus próprios meios e esforços particulares. A cidadania é (re) significada e reduzida ao ajustamento individual ao mercado via consumo, resultando na individualização das pessoas, perda dos sentimentos de coletividade e solidariedade, consumismo exagerado, descartabilidades e hipermercantilização, inclusive, a saúde, a vida humana e o cidadão, detentor de deveres e direitos, em consumidor/cliente.

Na América Latina e no Brasil, no campo de ação das lutas democratizantes, os movimentos sociais desempenham papel relevante ao criar arenas públicas de disputa, buscando subverter simbólica e culturalmente os valores hegemônicos e se contrapondo à lógica do capital, em alguns casos, como na saúde, com potencialidade para questioná-los e desnatu-

³ Para Santos (2000) a esfera pública seria o espaço no qual os indivíduos, inclusive, os subalternizados – trabalhadores, negros, mulheres, homossexuais e outros (as) – podem problematizar em público uma condição de desigualdade na esfera privada.

⁴ Dias Carcanholo (1998) esclarece que, em 1989, realizou-se uma reunião entre membros dos organismos financeiros internacionais (Banco Mundial, BID, FMI), funcionários do Governo americano e economistas latino-americanos, com o objetivo de avaliar as reformas econômicas empreendidas na América Latina. Suas conclusões ficaram conhecidas como "Consenso de Washington". Segundo Carcanholo, "apesar de possuir um caráter estritamente acadêmico e não deliberativo, não é preciso muita sagacidade para perceber que essas conclusões serviram como diretrizes para a atuação dos participantes" (p. 25).

realizá-los ensejando uma nova política cultural⁵, novas referências, novas cidadanias, novos valores, traduzindo suas agendas e demandas em PPs recepcionadas pelo Estado.

A institucionalização do SUS e suas instâncias colegiadas participativas, as Conferências e Conselhos de Saúde exemplificam e evidenciam fortes potencialidades de contraponto à lógica mercantilista e à sociabilidade do capital, embora contemporaneamente sejam palcos de tensões, disputas de sentidos, significados e reformas para favorecer a lógica hegemônica e avanço do capital, que compreende a saúde não como um direito de cidadania e dever do Estado, mas como mercadoria e promissora fonte de acumulação de capital⁶.

Os Conselhos de Saúde como canais de participação da sociedade onde seus representantes têm acesso aos espaços onde se tomam as decisões sobre a política de saúde, podem, em tese, propiciar um novo padrão de relacionamento entre Estado, sociedade e mercado viabilizando a presença de diferentes segmentos sociais no cenário de formulação da política, além de resultar numa espécie de sistema de vigilância sobre a gestão pública. Constituem-se, pois, em órgãos públicos mantidos pelo Estado, de composição paritária entre sociedade e governo, devendo atuar de forma transparente, autônoma, independente, com regulamento próprio aprovado em plenário, de caráter compulsório, uma vez que os repasses financeiros entre os entes federativos ficam condicionados à sua existência e funcionamento regular, assumindo funções deliberativas e controle dos governos devendo se pautar na defesa dos princípios democráticos de alta intensidade e pelo interesse público na área da saúde.

A participação e o exercício do controle social através dos organismos colegiados (co)gestores devem ser compreendidos como um processo sócio-histórico-político de alta complexidade, não linear, envolvendo uma multiplicidade de relações entre diversas forças e fatores políticos heterogêneos, tanto do Estado, quanto da sociedade, considerando as particu-

⁵ As autoras chamam atenção para o laço constitutivo entre cultura e política. A cultura é compreendida como a concepção de mundo, como conjunto de significados que integram práticas sociais, não podendo ser entendida adequadamente sem a consideração das relações de poder embutidas nessas práticas. A expressão política cultural refere-se então ao processo pelo qual o cultural se torna fato político. (ALVAREZ, DAGNINO, ESCOBAR, 2000).

⁶ O americano Robert Fogel, um dos mais renomados economistas em atividade, ganhador do Premio Nobel de 1993 e diretor do Centro de Economia Populacional da Universidade de Chicago, notabiliza-se pela objetividade com que se debruça sobre uma montanha de dados para decifrar questões surgidas do crescimento econômico, tanto de países desenvolvidos quanto de nações emergentes. Em entrevista concedida à Revista Veja, edição nº 2238, de 12out2011, Fogel – que atualmente vem se dedicando a analisar o setor saúde – a compreende como “uma das molas propulsoras do capitalismo moderno”, uma vez que a demanda por serviços na área de saúde seguirá em trajetória ascendente, seja em países desenvolvidos, seja em países emergentes por questões demográficas e por incorporação de novas tecnologias que traduzir-se-á em instalações e equipamentos mais dispendiosos. Para o estudioso, a cadeia produtiva nessa área é uma das mais extensas, embora reconheça que “infelizmente nunca haverá igualdade absoluta entre ricos e pobres.”

laridades dos diversos cenários. Em sua atuação política, traz a marca/reflexo das crises, desigualdades e exclusões estruturais que atravessam a atual sociedade capitalista.

Considerando a temática e objeto de investigação – participação e o exercício do controle social nos Conselhos de Saúde – que norteiam essa dissertação, empreendo esforço para o estudo, análise e avaliação da dinâmica de funcionamento e grau de abrangência/influência dos conselhos de saúde diante do poder executivo municipal e sociedade, na tentativa de evidenciar como o CRS V tem se portado enquanto instância de controle social sobre a política de saúde em Fortaleza.

Enfatizo, portanto, que o foco central é a avaliação do exercício do controle social, tomando como referência empírica a PP de saúde e o CRS V como espaço de participativo e controle social na SER V⁷, no contexto da confluência contraditória dos processos democráticos e de ajuste estrutural decorrentes da (re)formatação do Estado brasileiro contemporâneo ao mercado, a partir do período pós-88 até o início da segunda década do século XXI.

Argumento que os Conselhos são espaços inovadores de participação, expressão/negociação de conflitos, formação de novos atores políticos devendo pautar-se pela defesa/radicalização da democracia viva, dos princípios e diretrizes constitucionais, dos mandamentos norteadores do Movimento de Reforma Sanitário brasileiro (MRS) e dos mandamentos orientadores do SUS sendo o controle social uma possibilidade, embora o contexto da sociedade capitalista atual seja marcado pela (hiper) mercantilização da saúde e (re) freamento dos movimentos sociais, representando um grande obstáculo a ser suplantado.

O embasamento teórico-analítico da investigação se respalda em autores tais como: Karl Marx (1993; 1996; 2001; 2008), Dagnino (1994; 2000; 2002; 2004; 2005; 2006), Aldaíza Sposati (1992), Boaventura de Souza Santos (2000), István Mészáros (2003; 2002), Zigmund Bauman (2001), Pierre Bourdieu (*apud* Carvalho 2009), Antonio Gramsci (*apud* Carvalho 2008), Norberto Bobbio (2004), Alba Maria P. de Carvalho (2006; 2008; 2009, 2010), Gilberto Freyre (2006), Paolli e Telles (1994), Sérgio Buarque de Holanda (1993), Florestan Fernandes (1976), Maria Inês Bravo (2007), Maria da Glória Gohn (2008), Luciana Tatagiba (2002), Maria Valéria Correia (2006; 2010), Raquel Raicheles (1998), Gilson Carvalho (2007), Antonio Ivo de Carvalho (1997), Harvey (2011), dentre outros.

A partir da leitura realizada e investigação no campo empírico destaco as seguintes categorias analíticas: i) centrais: Democratização, Cidadania e Direitos; Estado e PPs; Par-

⁷ A estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) se divide em SERs e será abordado adiante.

ticipação e Controle social; ii) Operacionais: MRS, SUS, Conselhos de Saúde, Cultura política brasileira e iii) Metodológicas: Avaliação em profundidade e crítico-reflexiva.

Compreendendo que a avaliação de PPs é uma pesquisa social aplicada com a pretensão de captar sentidos, significados, contradições, valores, motivações e atitudes que permeiam e influenciam a configuração e resultados das políticas e programas, a pesquisa em questão se delinea a partir da abordagem qualitativa, constituindo um estudo de caso com o uso de técnicas de tipo etnográficas, como observações/registros no diário de campo, conversas (in)formais, questionários semiestruturados abertos/fechados, grupos focais e análise de conteúdo do material institucional. A abordagem abrange a caracterização/problematização das relações sócio-político-cultural dos sujeitos da pesquisa, cidadãos(ãs) na condição de conselheiros(as) de saúde componentes do CRS V.

A par dessas considerações é primordial situar e caracterizar não apenas o pesquisador, mas também o sujeito social, militante, trabalhador e conselheiro de saúde, suas concepções de mundo e intencionalidades construídas a partir de vivências e experiências – algumas teóricas, outras empíricas –, determinantes para o interesse e afinidade com o exercício do controle social na saúde. Outrossim, é importante constituir os parâmetros iniciais referenciadores, concepções, valores, visão de mundo e lugar de onde o pesquisador, que também foi sujeito do processo, vê, analisa e problematiza o objeto de estudo.

Neste estudo, longe de propor uma abordagem autobiográfica do pesquisador como membro integrante do sistema de Conselhos de Saúde de Fortaleza, a pretensão é evidenciar a experiência de participação e do exercício do controle social na saúde nos últimos quatro anos (2008-2012), aproveitando, também, a oportunidade de compreender melhor e refletir sobre a atuação como trabalhador de saúde e sujeito político.

Um aspecto preponderante na escolha dessa temática se deve ao fato de que, durante o percurso acadêmico, formação nas ciências da saúde, graduação em Odontologia, no período de 2002 a 2006, pela Universidade Federal do Ceará (UFC) não tive a oportunidade de aprofundar tal temática tão importante para a atuação profissional, política e emancipatória do cidadão, trabalhador e conselheiro de saúde do SUS requeridos em virtude da complexidade técnica de implementação dessa política num país capitalista de ampla extensão territorial e face aos constrangimentos impostos pela ideologia neoliberal que exige uma contra-resposta e atuação política com forte conteúdo democrático na *práxis* cotidiana, a fim de consolidá-lo como sistema de saúde universal, resolutivo e direito do cidadão.

A estrutura curricular do referido curso superior se apóia num modelo de ciência e formação técnico-positivista focado na doença e atuação profissional para o mercado, priorizando o atendimento curativo-reparador individual mediante consumo de equipamentos com alta tecnologia e insumos produzidos pela indústria biomédica (inter)nacional. A partir dessa lógica curricular se estuda as diversas patologias bucomaxilofaciais considerando a perspectiva de tratá-las individualmente nos consultórios privados quando o dano já está instalado. Nessa lógica, a saúde é compreendida como ausência de doença e alçada à condição de mercadoria a ser provida ao indivíduo mediante o acesso a ações/serviços de saúde pelo consumo de insumos e equipamentos baseados em tecnologias duras, desconsiderando toda discussão ética/política em torno dos determinantes sociais do processo saúde-doença que condicionam e influenciam o adoecimento das pessoas/coletividades.

É nesse cenário que a academia forma os futuros trabalhadores de saúde, no caso, os odontólogos, numa lógica despolitizante e mercantilista, voltada para a atuação no mercado com foco no atendimento curativo-reparador individual, com o uso de equipamentos de alta tecnologia, muito embora o SUS exija um perfil profissional alinhado às concepções da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), um movimento contra-hegemônico alicerçado num novo projeto de sociedade e compreensão ampliada do conceito de saúde.

A *práxis* no SUS, portanto, se confronta com a formação acadêmica, gestando contradições de um sistema de saúde de bases socialistas implementado em meio aos avanços dos preceitos neoliberalizantes de encolhimento do Estado, destituição de direitos sociais e avanço da mercantilização na saúde como promissor campo de acumulação de capital e reprodutor de desigualdades, em detrimento da sua condição de direito indutor de cidadania e relações mais democráticas. Assim, o testemunho cotidiano dos conflitos e disputas no campo do Estado, PPs, concepções de democracia e saúde fizeram compreender que a consolidação do SUS, de acordo com os princípios da RSB, exige uma organização social e atuação política coletiva dos trabalhadores, gestores e sociedade civil comprometidos não apenas com sua defesa, mas, também, em torno de um pacto federativo solidário e projeto societal mais democrático e equânime que possa garantir/universalizar direitos, trazendo ganhos efetivos o impactando na qualidade de vida dos cidadãos.

A disposição para investigar essa temática nasce das inquietações levantadas no decorrer das leituras/debates cotidianos, mas é, sobretudo, fruto das interpelações originárias das experiências vivenciadas no contexto das contradições existentes - umas mais evidentes; outras, por vezes, sutis – como conselheiro participante dos organismos colegiados (co) gesto-

res cujas responsabilidades incluem a participação no processo coletivo de construção de PPs universais e equânimes que visem a garantia dos direitos sociais pelo Estado, especificamente, da saúde, através da implementação plena do SUS, além da efetiva participação e exercício do controle social em Fortaleza/Ce em tempos de uma sociedade capitalista regida pelos princípios da mundialização financeira.

O encontro com a temática do exercício do controle social ocorre no exercício funcional da Odontologia na saúde pública. Embora tenha iniciado a militância no controle social em 1997 representando os trabalhadores de saúde num município de pequeno porte no interior do Ceará, Hidrolândia, localizado na região centro-norte, tive jornada curta, sem oportunidade de concluir o mandato como conselheiro em virtude de vivenciar uma relação precarizada de trabalho e, principalmente, por não compactuar e se contrapor, com veemência, às práticas autoritárias, patrimonialistas, clientelistas predominantes na gestão municipal à época. Por motivos semelhantes, a atuação como conselheiro de saúde no município de médio porte no Ceará, Aquiraz, fora curta, até lograr êxito na aprovação em concurso público para a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) em 2006.

Em 1987 a PMF foi reestruturada através de uma reforma administrativa para uma nova organização político-administrativa, introduzindo um novo modo de gerenciar o espaço urbano a partir dos pressupostos constitucionais da descentralização, intersetorialidade, territorialização e dos grupos populacionais neles situados, objetivando superar a distância entre o governo municipal central e o cidadão, buscando dotar a administração pública de maior agilidade e melhorar a qualidade de vida dos munícipes.

A partir da identificação e subdivisão em seis regiões que agregam bairros com características territoriais e sociais comuns se (re) define a estrutura organizacional com a criação de 06 Secretarias Executivas Regionais (SERs) – posteriormente, fora criada a da região do centro comercial de Fortaleza (SERCEFOP) – num mesmo nível hierárquico e apenas três grandes secretarias de suporte técnico: a de Desenvolvimento Social, a de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente e outra de Ação Governamental. As SERs são responsáveis pela coordenação intersetorial dos serviços públicos sediados em sua região e por todo aparelho estatal necessário para tal. (JUNQUEIRA, 1997)

A mesma diretriz descentralizadora norteia a criação e institucionalização do sistema de Conselhos de Saúde em Fortaleza. Com a criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF), a Lei Municipal nº 8092/97 institucionaliza instâncias regionais de participação e exercício do controle social na saúde

criando 06 (seis) CRSs (Conselhos Regionais de Saúde), um para cada SER e, em seguida, o Decreto Municipal nº 10842/2000 amplia a capilaridade dos conselhos, constituindo em cada unidade de saúde os Conselhos Locais de Saúde (CLS) como subsistemas dos CRSs. O sistema de controle social na saúde do município se compõe de instâncias hierarquicamente articuladas em rede para propiciar a participação do cidadão na gestão do SUS municipal, dispostas da seguinte forma: no nível central, o CMSF; em nível regional, 06 CRSs e no local 93 CLSs.

Após a breve apresentação do sistema municipal de conselhos de saúde, descrevo o encontro/aproximação com o campo empírico, agora sob o olhar do pesquisador como cientista iniciante, ciente de que para tal se faz imperioso o esforço para estranhar o familiar/natural e não incorrer na sedução da cristalização do olhar institucional que muitas vezes (re)produz falsas verdades.

Favorecido por uma condição pessoal, familiar e trabalhista mais adequada pela segurança jurídica ensejada - aprovação em concurso público e vínculo trabalhista estatutário - em Fortaleza, os aspectos teóricos se entrelaçam com os empíricos ocorrendo o encontro com o controle social nos Conselhos de Saúde. Como conselheiro de saúde representante do segmento dos trabalhadores, nos quatro últimos anos, participei de todo o sistema de controle social na saúde em Fortaleza, iniciando na base através do CLS do Centro de Saúde da Família (CSF) Argeu Herbester, chegando ao nível regional, no CRS V por dois mandatos – inclusive, presidindo-o no último período - além de ocupar o assento das entidades odontológicas ao nível central no CMSF, de 2007 a 2009.

Em agosto de 2006, conquistando a sonhada estabilidade funcional, entrei em efetivo exercício, lotado na SER V, no Grande Bom Jardim, no CSF Argeu Herbester – um dos territórios de maior adensamento populacional do Brasil, menor IDH municipal, com sérios problemas sócio-estruturais, tendo como a face mais explícita a pobreza, destituição dos direitos e violência, embora contando com segmentos da sociedade civil que procuram resistir ao processo crônico de exclusão – responsável por prestar atenção e cuidado a aproximadamente 45 mil pessoas residentes naquela periférica, a maior parte delas vivendo nas margens da vida.

Destaco as seguintes organizações e seus respectivos campos de atuação prioritários: o Instituto Brasil Verde atuando na área ambiental; o Centro de Defesa da Vida Herbester de Souza com atenção focada na política de direitos humanos; Associação Jovens em Ação, grupo Somos Nordeste atuantes nas áreas de juventude e no resgate/ fortalecimento da cultura nordestina e tradições folclóricas como bumba meu boi, quadrilhas juninas, forró; Fundesol, entidade fomentadora das práticas de economia solidária cuja moeda sol busca

fortalecer os arranjos produtivos locais; Projeto Nascente e Filhos de Oya, entidades religiosas de diversas teogonias que procuram fortalecer os cidadãos para o enfrentamento das condições de vulnerabilidades que determinam/condicionam os vários riscos de adoecimento.

O exercício profissional, nessa complexa realidade, exige conhecimentos e domínio de novas tecnologias sociais cuja aquisição é favorecida no transcorrer do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, fruto do convênio firmado entre o Ministério da Saúde (MS), PMF através do Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) e Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o objetivo de qualificar a intervenção dos servidores de atividade-fim em seu campo de responsabilidade sanitária, embora não o fizesse com relação ao conteúdo político exigido pela prática e militância no SUS.

Eleito em 2007 para representar o segmento dos trabalhadores em saúde no CLS da unidade e, no mesmo ano, indicado pelos meus pares, fui eleito para cumprir o primeiro mandato no CRS V, colegiado (co)gestor que propicia a participação e o exercício do controle social através dos conselheiros que representam aproximadamente 650 mil habitantes na gestão do SUS implementado na SER V. Apesar das diversas dificuldades e limitações⁸ e, sobretudo, reconhecendo a importância de maior aproximação com a dinâmica de funcionamento do Fundo Municipal de Saúde (FMS), lugar onde as coisas realmente acontecem, fui eleito para representar os trabalhadores de saúde das entidades odontológicas do Estado do Ceará – Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Conselho Regional de Odontologia (CRO) e Sindicato dos Odontólogos do Estado do Ceará (SINDIODONTO) – no CMSF, ascendendo para o nível central de participação e controle social na política de saúde do município.

Finalizado o mandato de dois anos no CMSF e, com a pretensão de dar continuidade à conduta política iniciada no CRS V, fui reeleito conselheiro representante dos trabalhadores de saúde de nível superior na SER V, apoiado pela maioria dos conselheiros regionais, exercendo a presidência da mesa diretora, assumindo a condição de gestor do colegiado com mandato de set/2009 a set/2011, prorrogado até mar/2012, conforme deliberado pelas diversas plenárias realizadas no sistema de controle social do município, devido à realização, em dez/2011, da 14ª Conferência Nacional de Saúde, maior instância de discussão/definição de diretrizes da política nacional de saúde, e em virtude da falta de tempo hábil para a deflagração das eleições devido ao término de mandato dos conselheiros locais/regionais de saúde.

⁸ Em face da vivência empírica acumulada nos últimos 04 (quatro) anos destacam-se, dentre outras, de forma genérica, a privatização do espaço e da informação pública – definição orçamentária, orçamentos, execuções orçamentárias, aplicação dos recursos em desconformidade com ditames legais, contratos com a iniciativa privada sem o devido rito formal, inúmeros atos administrativos extra-oficiais, ausência de monitoramento e avaliação e outras que serão explicitadas mais adiante.

Foi conhecendo a difícil realidade na esfera pública estatal, como odontólogo clínico e conselheiro de saúde, que percebo as péssimas condições – físicas, materiais, emocionais – e a real situação de abandono e descaso a que estão submetidas as unidades ditas “de saúde”. Essa realidade se agrava, mormente, nas áreas periféricas com problemas que requerem o trato e atuação política coletiva em torno de questões mais radicais e abrangentes, a fim de garantir direitos e melhorias na qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, o estudo é importante e se justifica pela necessidade de um olhar crítico ampliado e uma avaliação mais detida sobre a efetividade e o papel dos Conselhos quanto à sua capacidade de (co) gestão do Estado e constituir tendências democratizantes na produção das PPs no Brasil, Ceará e, mais especificamente, em Fortaleza na SER V. Além disso, a literatura evidencia esforços depositados nessas inovações democráticas revelados pelo grande número de atores sócio-políticos envolvidos nesse processo participativo e os poucos resultados alcançados reforçam a necessidade de estudos avaliativos.

Na década de 90 Carvalho (1995, 1997) destaca em seus estudos a proliferação dos conselhos gestores estimando que cerca de 65% dos municípios brasileiros dispõem de tais organismos paritários, o que significa a existência de algumas dezenas de milhares de conselheiros equivalentes ao número de vereadores. Reforçando esses dados, em seu clássico trabalho Tatagiba (2002) exhibe informações colhidas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1999, que apontam a existência de um pequeno exército de aproximadamente 45 mil conselheiros de saúde, considerando as três esferas de governo, afirmando que existe todo um contingente de organizações não governamentais (ONGs), entidades e movimentos envolvidos com a qualificação e capacitação técnica/política, fatos que demonstram uma grande concentração de energia e investimento nesses espaços públicos institucionais.

Correia (2006) destaca a existência dos conselhos nas três esferas de governo e em diversas áreas setoriais evidenciando uma nova configuração na gestão que tem o envolvimento de diversos atores sócio-políticos. Destaca que “na saúde foram criados mais de 5.537 conselhos municipais de saúde, atingindo quase todos os municípios brasileiros (5.560), o que implica a existência de cerca de 86.414 conselheiros municipais que, supostamente, atuam como sujeitos políticos” (CORREIA, 2006, p. 40).

A apreciação desses dados justifica o esforço investigativo para analisar o controle social como fenômeno sociopolítico complexo que se fundamenta no compartilhamento de poder, nas suas mais diversas formas, entre Estado e sociedade sobre as PPs, concebido, na verdade, como um instrumento e expressão da democracia e cidadania. Além disso, os conse-

lhos representam uma possibilidade concreta de alargamento do Estado enquanto espaço público a impulsionar o processo de democrático. Trato, portanto, de avaliar o potencial que a sociedade civil organizada tem de intervir na definição de prioridades, elaboração dos planos de ações dos entes federativos, fiscalização, acompanhamento, avaliação das execuções das ações, aplicação dos recursos financeiros e resultados na garantia, ampliação dos direitos em saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Após quase vinte e dois anos de aposta na participação e controle social como princípio teórico-político materializado com a institucionalização de organismos colegiados gestores, tenho observado que, apesar de suas atribuições/competências definidas na legislação, eles ainda vêm desenvolvendo, de forma incipiente, tanto o fomento à participação quanto o controle do Estado e PPs necessárias para a consolidação do direito à saúde.

É essencial tratar de que controle social se presencia hoje em pleno contexto contemporâneo de mundialização financeira. Como opera e/ou pode operar, tanto no sentido de evidenciar posturas anticidadãs e antidemocráticas quanto no anseio de superá-las em prol da participação ativa, crítica, cidadã e emancipatória característica de instâncias de alta intensidade democrática? Tal situação leva à reflexão crítica acerca dessa temática e justifica o interesse pelo estudo cuja delimitação do campo de pesquisa resulta na construção do campo de pesquisa empírico: o CRS V, operador da participação e controle social do SUS, implementado em Fortaleza, na SER V.

Feitas essas considerações iniciais, apresento a organização do trabalho dissertativo em quatro capítulos, considerações finais, referências bibliográficas e anexos.

No capítulo 1 construo referencial teórico para subsidiar a análise das políticas sociais brasileiras contemporâneas em conexão com a dinâmica sociopolítica e circuitos financeiros globais tentando compreender as relações e influências entre o global e o local. O objetivo é desvelar os contextos e circunstâncias sócio-político-econômicas e culturais que interferem no Estado, no desenho das PPs e na dinâmica do exercício do Controle Social. Evidencio que a natureza do Estado e das PPs são perpassados por contradições oriundas da confluência entre padrões políticos originários de dois grandes projetos antagônicos: o Estado democrático e o Estado Ajustador. Argumento que na saúde há uma disputa desigual e perversa, uma vez que utilizam a mesma linguagem, porém, com sentidos e significados muito diferentes. De um lado, a Reforma Sanitária originária de um projeto democrático-popular e, de outro, o Modelo Privatista, uma (re) atualização do modelo médico assistencialista privatista articulado ao mercado. Ambos utilizam o mesmo discurso, contudo, visando objetivos bem diferentes. Por

fim, exponho a categoria controle social e os conselhos de saúde como produto do avanço da democracia brasileira, da RSB e conquista de sociedade brasileira além de representar uma possibilidade real de ampliação do Estado.

No capítulo 2, descrevo o desenho metodológico construído para desvelar a participação e o exercício do controle social na saúde, tomando como campo de pesquisa e objeto empírico o CRS V. Explicito os objetivos do estudo - geral e específicos – problematizo as questões investigativas, norteadoras da ação no campo de pesquisa, e categorias analíticas. Desenvolvo os procedimentos metodológicos, apresento e justifico o tipo de estudo, instrumentos de pesquisa e técnicas de coleta de dados. Empreendo, também, reflexão sobre as diversas concepções de avaliação de PPs.

No capítulo 3, apresento o município de Fortaleza, descrevo sua estrutura, contexto político-administrativo e sistema de organismos colegiados (co) gestores na saúde. Em seguida, circunscrevo o campo investigativo delimitando o objeto de estudo empírico. Essencialmente, particularizo como campo de investigação a SER V e o CRS V. Apresento experiências, justifico escolhas, caracterizo a institucionalidade, sujeitos da pesquisa, governança local e relações com a sociedade e demais conselhos de Fortaleza.

No capítulo 4, problematizo as questões específicas abordadas pelos sujeitos participantes do estudo, a partir da posição singular do pesquisador como sujeito conselheiro e avaliador-pesquisador, evidenciando não somente as duas faces vivenciadas como ser social em processo de experiência ativista no movimento social na saúde e em busca de aprendizado acadêmico para fundamentar, cada vez mais, a compreensão sobre os limites e possibilidades da participação e exercício no Controle Social na saúde. Nesse entremeio, apresento os dados primários coletados e dedicando esforços para estabelecer diálogos profícuos com os demais membros do CRS V, no período referente à investigação (2008 a 2012). Após sistematização e análise, os diálogos foram divididos e a forma de exposição consiste em quatro temáticas compartilhadas pelos conselheiros constituindo o substrato para a avaliação crítico-reflexiva da participação e exercício do controle social na saúde através do CRS V.

Após essas etapas da investigação, proponho encerrar, ainda que de forma provisória, esse percurso analítico-avaliativo tecendo algumas considerações tanto de caráter mais geral quanto de teor mais específico. Em anexo, acosto cópias dos instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa: Regimento Interno do CRS V, questionário aberto/fechado aplicado no momento da I Conferência Regional de Saúde, guia/roteiro orientativo dos grupos focais, além dos destaques resumidos das principais falas dos sujeitos da pesquisa.

1 A POLÍTICA PÚBLICA EM ESTUDO: CONSTRUINDO UM REFERENCIAL PARA A ANÁLISE

“Na verdade, já há algum tempo o capitalismo perdeu a sua função “civilizatória”, enquanto organizador impiedoso, mas eficiente do trabalho. (...) Simplesmente para prosseguir existindo o sistema funda-se cada vez mais no desperdício, na obsolescência planejada [...]”. (SINGER, 1996)

Neste capítulo construo um referencial teórico-analítico que favoreça a compreensão e contextualização das condições materiais em que se vive nos fluxos do capital e seus caminhos sinuosos, para a análise da situação mundial, suas repercussões na América Latina e, especialmente, no caso brasileiro, para compreender as relações e influências entre o nível global e o nível local. O objetivo é elaborar, a partir do exercício da razão crítica e pensar relacional, aportes teóricos que permitam desvelar os contextos e circunstâncias sócio-econômicas e político-culturais que influenciam o desenho das PPs, a dinâmica do exercício do controle social como forma de compreender melhor como a realidade de fato se apresenta. Abordo o conceito de controle social, explicitando sobre que tipo de participação e controle se esta falando e qual o tipo que se precisa defender. Tendo em vista que o campo de estudo da pesquisa são os Conselhos de Saúde no Brasil, mais especificamente em Fortaleza/CE, em sua região de menor IDH, o CRS V, parece fundamental compreender os vários fatores intervenientes que condicionam e determinam as PPs de saúde, participação e exercício do controle social num país situado na periferia do capitalismo e no Nordeste brasileiro, onde as PPs se constroem a partir de diversas disputas num campo histórico, ainda muito marcado pelo clientelismo, patrimonialismo, divisão social de classes, relações desiguais de poder, submissão e, principalmente, pelas novas formas de dominação e exclusão oriundas da hibridização com as políticas de ajuste contemporâneas à nova ordem mundial.

1.1 A PP de Saúde no Brasil: o vanguardismo do movimento sanitário e a construção do SUS.

“A Reforma Sanitária não nasce de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasce da defesa de valores como a Democracia Direta, o Controle Social, a universalização dos direitos, a humanização da assistência, tendo como concepção o fato de que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas sujeito. **A Reforma Sanitária é um projeto civilizatório** [...]” (AROUCA, 2003, p. 103) (grifo meu)

A compreensão da formação da cultura dos direitos, a luta pelos direitos sociais no Brasil e a institucionalização dos Conselhos de Saúde requer o resgate da trajetória do mo-

vimento sanitário no Brasil, a partir do final da década de 70, com a construção de um sistema nacional de saúde democrático, universal e descentralizado.

Com o fim do milagre econômico e agravamento das crises cíclicas do capitalismo, em fins dos anos 70 e início dos anos 80, vários estudos têm demonstrado que o modelo de desenvolvimento que o país adotara, à época da ditadura militar é pautado na concentração de renda, sem se preocupar com a distribuição de benefícios sociais. (OLIVEIRA, 1995; FLEURY, 1994, 1997; RODRIGUEZ NETO, 1994).

É nesse contexto de crise que se (re) organiza o movimento social. Diversos atores populares, sindicais, ecológicos, mulheres, negros, portadores de deficiência, religiosos, defensores da reforma agrária, anistia, saúde, dentre outros, articulam-se e mobilizam-se em torno de identidades e estratégias coletivas, constituindo forças que em suas lutas procuravam desafiar/desestabilizar os significados das culturas políticas e projetos dominantes nacionais. A pretensão é a criação de novos valores e significações, expressão de culturas políticas diversas, constituindo projetos políticos alternativos que, ao se confrontar com projetos hegemônicos, constituíam espaços públicos plurais onde se tematizam e ocorre a disputa de diferentes concepções e projetos, ampliando a arena política e permitindo o exercício da cidadania e luta pelos direitos alicerçada numa concepção ampliada de democracia. O novo sindicalismo e as ações de deflagração de greves no ABC paulista, assim como o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) representam exemplos dessas lutas.

A pressão social e o fim do bipartidarismo favorecem o avanço democrático, fundação de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, outros. Nesse período a organização dos profissionais de saúde articulados com ramificações oriundas do espaço acadêmico resulta na importante criação de instituições de estudo e pesquisa como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)⁹ ainda na ditadura. (NETO, 1994; ARRETCHE, 2000).

Correia (2005) expõe que inicialmente todos esses movimentos ocorrem “de costas para o Estado” e têm em comum a característica anti-estatal, de não relacionamento com o Estado, em virtude da ausência de canais de participação nos governos ditatoriais e, sobretudo, devido à forma violenta com que reprimiam as pressões/manifestações populares.

⁹ Em 1976 surge o Cebes que, em associação com grupos acadêmicos do Instituto de Medicina Social da UERJ, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz e departamentos de medicina preventiva e comunitária, que então se organizavam nas universidades em São Paulo e Bahia, iniciaram em 1977 uma articulação nacional com vistas a impulsionar programas de residência em medicina preventiva, social ou saúde pública. Tais iniciativas convergiram para a fundação da Abrasco, em 1979, uma entidade organizada para reunir tanto docentes quanto profissionais de saúde com pós-graduação *latu-sensu*.

A partir dessas entidades surgem publicações científicas cuja finalidade era discutir, analisar e elaborar uma proposta alternativa ao modelo de saúde médico-hospitalar-assistencialista vigente¹⁰ no Brasil que centrado na doença favorecia o processo de mercantilização na saúde. Devido às dificuldades de divulgação/circulação das informações impostas pela forte censura à imprensa pelo governo militar, apenas alguns privilegiados técnicos, trabalhadores e professores das universidades tinham acesso a esses estudos que comprovam tal realidade. As lideranças políticas que poderiam fazer denúncias estavam banidas do país e/ou seus partidos viviam na clandestinidade. O Estado, através do aparelho administrativo/burocrático e das PPs, exercia sobre a sociedade um controle autoritário e repressor. Esse duplo sentido conceitual de controle social será abordado adiante.

É importante destacar que os estudos e pesquisas produzidos começam a detectar e denunciar os efeitos do modelo macroeconômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde oficialmente implantado¹¹. Esse movimento não se limita a fazer denúncias contra a ditadura e interesses econômicos do processo de industrialização a ela associados, mas; também, elabora propostas construtivas, apresentando-as à arena pública como alternativa: um projeto avançado de transformação social caracterizado pela defesa intransigente de um Estado redistributivo e aberto a influências societárias constituindo uma matriz específica de uma nova gramática social típica de regime democrático. A partir daqui, delineia-se a definição teórica da expressão controle social, considerando uma concepção ampliada de democracia, de forma inversa a utilizada pelo Estado autoritário, que será adotada no trabalho em virtude da temática da pesquisa.

Na medida em que avança o processo de transição política do regime militar para a abertura política o movimento sanitário vai ampliando, agregando diversos atores sociais (parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares), envolvendo até mesmo técnicos

¹⁰ É o modelo assistencial que privilegia o atendimento do profissional médico, tomando como objeto da intervenção a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos de cunho positivista das ciências naturais, a desconsiderar todos os determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença, centrados nas tecnologias que permitem o diagnóstico e terapêutica das diversas patologias, despolitizando o conceito ampliado de saúde como forma de abrir caminho para sua mercantilização.

¹¹ O modelo de saúde vigente, considerado altamente restritivo, uma vez que era exclusivo aos contribuintes do sistema, ou seja, aos trabalhadores formais e seus dependentes atendidos pelo INAMPS em sua própria rede ou nas unidades particulares conveniadas. De acordo com Costa (2002), a estagnação da rede pública de atendimento hospitalar em detrimento da rede privada era nítida no início dos anos 80. Dizia ele: “a oferta de leitos e serviços nos hospitais privados passou a corresponder a 86% das admissões, contra 14% da rede pública. Cerca de 60% dos gastos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) - substituído pelo INPS em 1978 - em 1981, foram direcionados para pagamento de hospitais e laboratórios privados.” (COSTA, 2002, p.51).

das instituições oficiais de saúde. Politicamente, durante a primeira metade da década de 80 foi constante e intensa a mobilização dos trabalhadores e (re) tomada da consciência dos direitos sociais básicos, tais como saúde, educação, moradia, habitação, direitos trabalhistas e reforma agrária. (PAOLLI e TELLES, 1994)

É válido notar que esses fatos representam os primórdios do movimento sanitário brasileiro cujo ápice ocorreria na VIII Conferência Nacional de Saúde, denominada “Conferência Sérgio Arouca”, realizada em Brasília em 1986, que se opõe ao governo e levanta a bandeira em defesa de uma política de saúde democrática, descentralizada e universal sem restrições no acesso aos serviços mediante a criação de um sistema único em rede disposto de forma hierarquizada e regionalizada, mais tarde denominada, SUS.

As forças políticas de oposição e esquerda participam ativamente do jogo eleitoral e, inclusive, interferem na dinâmica parlamentar. Partidos, sindicatos, associações estudantis, organizações religiosas, enfim, o movimento social organizado se envolve mais diretamente na formulação e tomada de decisão das PPs. O pensamento esquerdista advoga a defesa de um Estado formulador de PPs mais abrangentes/inclusivas, com a incorporação de grupos organizados, buscando tornar público o processo decisório e subverter o termo controle social com meio de fortalecer a sociedade civil perante o Estado na cena pública.

O MRS tinha como ideia-força a compreensão e intransigente defesa da saúde como direito universal do cidadão, representando uma importante conquista para a sociedade brasileira. O cenário de forte recessão econômica da década de 80, a ampla mobilização reivindicativa e o forte tensionamento político dos novos atores sociais militantes - profissionais de saúde em articulação com o movimento popular¹² - pressionam o legislador constituinte para propalar o ideário do movimento sanitário e incorporá-lo ao texto constitucional, representando um extraordinário avanço na política de saúde, inclusive, pela repercussão jurídica que enseja. São institucionalizados os fundamentos norteadores de uma política de saúde calcada num projeto societário que se baseia numa democracia de massas e ligação orgânica entre o Estado e sociedade civil concebendo a atuação estatal em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, na supremacia do interesse público e criação/ampliação de uma esfera pública com controle social.

¹² As experiências de participação popular, identificadas com as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e com o Partido dos Trabalhadores (PT), também tiveram um peso muito grande nos anos 70 e 80. Pode-se destacar, entre outros, os movimentos populares da Zona Leste, da cidade de São Paulo, o Movimento Popular de Saúde (MOPS), com atuação principalmente no interior do Brasil e o Movimento de Reintegração dos Hansenianos (MORHAN). (FLEURY, 1977)

A história da redemocratização política traz como pressuposto o chamado resgate da dívida social legada historicamente e aprofundada pelo regime militar. Há que se destacar também o protagonismo dos movimentos sociais organizados que, em associação com aqueles formados pelos profissionais de saúde, inclusive, com ramificações oriundas do espaço acadêmico universitário¹³ se organizam, inicialmente, para denunciar as "ausências e omissões" dos serviços instalados e, em seguida, para delinear a construção de um espaço público regular para a participação e o exercício do controle sobre as ações e serviços, as burocracias da gestão governamental setorial, enfim, sobre todas as PPs de caráter social.

Em termos assistenciais o MRS busca superar a medicina previdenciária organizada para os trabalhadores do mercado formal e seus dependentes através do INAMPS, vinculado ao Ministério da Previdência, e concebe a saúde como um direito fundamental da pessoa humana e dever do Estado, viabilizado através de uma política de saúde universal, equânime, integral, democrática, organizada com a participação da sociedade e responsabilidades compartilhadas entre os três entes federativos.

Para concretizar tais propostas a CF/1988 incorpora, parcialmente, as propostas estabelecidas pelo MRS brasileira criando e institucionalizando o SUS, cuja regulamentação complementar cabe à Lei Federal nº 8080/1990, que descreve, organiza, normatiza e define seus princípios e diretrizes básicas. Logo, o processo de implementação do SUS impõe e exige uma responsabilidade participativa à sociedade representando ao mesmo tempo um direito e dever de cidadania que deve ser exercido, institucionalmente, através dos conselhos de saúde, em cada esfera federativa de governo.

O marco formal desse processo é, portanto, a Carta Magna, que inclui mecanismos de democracia direta e recepção, a partir das idéias e experiências vanguardistas do MRS brasileiro, o princípio de participação da sociedade civil mediante a exigência legal da criação de um espaço destinado a propiciar a participação/representação - os Conselhos Gestores de Políticas Públicas e OPs - com o propósito de controle do Estado e das PPs nos níveis municipal, estadual e federal, com representação paritária do Estado e sociedade civil, destinados a atuar nas diversas políticas setoriais: saúde, educação, assistência social, crianças e adolescentes, mulheres, idosos, dentre outras.

¹³ Em meados dos anos 70 surgem movimentos sociais organizados, inclusive aqueles formados pelos profissionais de saúde com ramificações oriundas do espaço acadêmico universitário, que resultaram na fundação de instituições de estudo e pesquisa como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). (ARRETCHE, 2000; COHN, 1989; DRAIBE, 1994; PEREIRA, 1996)

A partir da Constituição e institucionalização do SUS a presença da população já deveria ser uma situação definida e pacificada. Todavia, o processo de democratização não se apresenta linearmente, do mesmo modo, em cada um dos municípios. Permanecem as tensões e lutas pela constituição dos conselhos, legitimidade da representação popular, discussão da composição paritária entre sociedade civil, trabalhadores de saúde e dirigentes governamentais diante da hibridização entre as velhas formas de domínio observadas durante a formação da sociedade brasileira pelas classes dominantes com novas formas de exploração e submissão colonialistas observadas na sociedade capitalista contemporânea. (SPOSATI, 1992; DAGNINO, 2000; 2002; 2007)

A autora ilustra, concretamente, barreiras ao pleno exercício do controle social:

[...] a cultura política brasileira convive com a barbárie antidemocrática: o coronelismo que sujeita o coletivo ao poder dos donos da política local, **o populismo** que transforma direitos em favores e doções que associado as bondosas ações dos governantes de plantão gesta uma cultura paternalista instaura uma política de vinculação/negocio entre o eleitor e o representante político destacando o caráter individual da conquista. **Assim, as decisões públicas são tomadas para atender aos interesses dos que tem mais influência, geralmente, favorecendo os interesses dos que estão no poder reinando “os conchavos” se fazendo presente apenas os interessados e desconsiderando os outros operando um controle social num vazio de alteridade.** (SPOSATI, 1992, p. 372) (meus grifos)

A estudiosa expressa o retrospecto histórico demonstrando que o estilo tradicional do fazer político brasileiro é resolver caso a caso e, de preferência, “acordando” no interior dos gabinetes, ao invés de forma transparente e pública. A efetivação da universalização da saúde e a equidade de resultados são alguns desafios que supõem muita luta da sociedade, sobretudo, dos mais excluídos. De fato, considerando o processo pouco democrático de construção das PPs brasileiras a regulação do Estado é feita na ausência da esfera pública nas políticas sociais e nas econômicas, inexistente. A ausência participativa nas deliberações públicas favorece a utilização privada dos fundos públicos, em geral, utilizado sem regras gerais, sem transparência e desconsiderando os interesses divergentes. (SPOSATI, 1992).

Embora Sposati (idem) apresente sérias limitações ao exercício do controle social no cenário brasileiro cuja atuação tem se resumido apenas a denunciar as exclusões e apropriação privada da política e recursos/fundos públicos estatal, acredito que os Conselhos de PPs podem representar uma experiência social e inovação política relevante que procura associar a democracia direta/participativa à representativa visando impulsionar a reforma democrática do Estado brasileiro e a luta pela ampliação dos direitos sociais.

Nessa perspectiva, pode-se ensejar novas relações culturais, sociais e políticas no Estado e, sobretudo, na relação com a sociedade, almejando a construção de espaços verdadeiramente públicos que permitam amplificar as lutas/pressões populares para ampliar e qualificar a participação de segmentos subalternos no Estado e nas PPs. A concepção gramsciana é propícia para pensar os conselhos como um caminho e possibilidade concreta para a difusão dos interesses da sociedade civil e, a partir de uma “guerra de posições”, minar a hegemonia dos interesses elitistas. Além disso, tem contribuído com o crescimento político dos participantes e, em alguns casos, a emergência da Grande Política como caminho em direção à consciência emancipatória democrática.

É importante lembrar que o MRS, originário na década de 70 do século passado, não se esgotou e nem se esgota com a institucionalização do SUS e dos Conselhos de Saúde, sendo a garantia legal um marco do movimento, mas não o seu fim. Ainda há muito por fazer e conquistar, sobretudo, em tempos atuais de inserção periférica do Brasil a mundialização com dominância financeira, contexto que será abordado no tópico seguinte.

1.2 O Estado e as políticas sociais brasileiras nos circuitos financeiros globais: a caminho do desenvolvimento ou doce ilusão?

Em meados da década de 70, com o início da crise do modelo produtivo de regulação fordista observam-se crescentes dificuldades de valorização do capital¹⁴ investido na produção. A crise acumulativa do setor produtivo propicia um crescente (re) direcionamento dos rendimentos originários da produção/setor de bens e serviço para a esfera financeiri-

¹⁴ O capital é um sistema poderoso e abrangente, tendo seu núcleo constitutivo formado pelo tripé capital, trabalho e Estado, sendo que estas três dimensões fundamentais são materialmente constituídas e inter-relacionadas, sendo impossível superá-lo sem a eliminação do conjunto dos elementos que compreende esse sistema. Como um sistema que não tem limites para a sua expansão (ao contrário dos modos de organização societal anteriores, que buscavam em alguma medida o atendimento das necessidades sociais), o sistema de sociometabolismo do capital se torna no limite incontrolável. Fracassaram na busca de controlá-lo, tanto as inúmeras tentativas efetivadas pela social-democracia, quanto a alternativa de tipo soviético, uma vez que ambas acabaram seguindo o que Mészáros (2002) denomina de linha de menor resistência do capital. Ele demonstra como essa lógica incontrolável torna o sistema do capital essencialmente destrutivo. Essa tendência, que se acentuou no capitalismo contemporâneo, leva o autor a desenvolver a tese, central em sua análise: a taxa de utilização decrescente do valor de uso das coisas. O capital não trata valor de uso e valor de troca como separados, mas de um modo que subordina radicalmente o primeiro ao último. O que significa que uma mercadoria pode variar de um extremo a outro, isto é, desde ter seu valor de uso realizado, num extremo da escala, até jamais ser usada, no outro extremo, sem por isso deixar de ter, para o capital, a sua utilidade expansionista e reprodutiva. E esta tendência decrescente do valor de uso das mercadorias, ao reduzir sua vida útil e desse modo agilizar o ciclo reprodutivo, tem se constituído num dos principais mecanismos pelo qual o capital vem atingindo seu incomensurável crescimento ao longo da história. (ANTUNES, 2002)

ra/comercial. Isso significa que a crescente e relativa autonomização da esfera financeira em relação à esfera produtiva, o “fetichismo” da valorização da esfera financeira do capital descritos por Karl Marx e John Keynes, a liberalização e desregulamentação das economias nacionais a partir da quebra das barreiras protecionistas, a integração global dos mercados nacionais, dentre outros fatores foram essenciais para a criação de novas formas de acumulação flexível do capital, principalmente, por meio da especulação financeirista de curto prazo que busca a máxima rentabilidade, muitas vezes de forma fictícia, dos ativos nos circuitos financeiros da economia mundial. (CHESNAIS, 1999; HARVEY, 2011)

A ascensão do paradigma microeletrônico destacado por Bacelar (2000) propicia o desenvolvimento do setor tecnoeletrônico que, em associação com as orientações políticas neoliberalizantes emanadas por Wall Street propunham a crescente liberalização/desregulamentação dos sistemas monetários. A abertura regulamentar dos mercados financeiros nacionais possibilita a criação e integração em tempo real de um espaço financeiro global fortemente hierarquizado cuja unicidade e controle cabe exclusivamente a uma elite de operadores financeiros, senhores colonialistas contemporâneos com a prerrogativa de ditar qual(is) o(s) mercado(s) e de que forma pode(m) atuar e se integrar, marcando a fase de hegemonia da acumulação rentista designada por Chesnais (1999) como “mundialização financeira”. Dentro dessa lógica rentista, os senhores globais, grandes conglomerados transnacionais, atuam “constrangendo a produção”, minando as bases do crescimento/desenvolvimento produtivo/social, gerando crescentes crises, inseguranças, exclusões, desigualdades, concentração de riqueza e novos padrões de sociabilidade.

Para Carvalho (2008) isso denota uma dominação abstrata que aprisiona a todos, tendo como resultado o agravamento da questão social nos termos da crescente vulnerabilidade daqueles que vivem do trabalho e que necessitam de outros direitos sociais. Ela comenta:

[...] tal vulnerabilidade, que circunscreve e atormenta o dia a dia da classe trabalhadora, se materializa no processo de destruição e desconstrução de direitos econômicos e sociais: direitos ao trabalho e, mais, especificamente, a um emprego; direito ao acesso à terra, à moradia, à educação, à saúde, ao lazer. (CARVALHO, 2008, p.19)

É importante esclarecer que nos países centrais, em meio aos avanços dos processos de expansão do capital, observa-se um pacto conciliador entre as duas contradições marxianas, o capital e trabalho, representado por uma tentativa de universalização de direitos, embora não o fizesse em relação à democratização do poder. Nessa direção, buscava-se estabelecer uma correlação positiva ou uma relativa convivência entre o crescimento econômico e viabilização/ampliação de sólidas políticas sociais de inclusão e acesso da grande maioria da

população aos bens e serviços gerados pelo chamado *Welfare State* a partir da exploração “neocolonialista contemporânea” dos países do Sul.

Diferentemente, nos estados situados na periferia desses circuitos, como é o caso do Brasil, as políticas sociais não foram implantadas ou foram de forma tímida, focalizadas incluindo apenas uma parte da população, num típico padrão despolitizante neoliberal, trazendo as marcas da herança colonial caracterizada pela benesse e favor, envolvidos num discurso humanitário de solidariedade/compaixão de grupos elitistas a outros normalmente subalternizados, que estão em condição inferior, portanto, incapaz de prover suas necessidades; enfim, os destituídos de cidadania. São explícitas as fortes influências neocolonialistas na macroeconomia¹⁵ para a adoção de políticas simpáticas à manutenção da tendência hegemônica de submissão/dominação financeira aos livres mercados.

Na America Latina as novas configurações representam formas de ajuste dos Estados nacionais aos fluxos mundializados do capital. Costilla (2003) define os estados latino-americanos como “gerenciais à serviço da valorização do capital financeiro”, assumindo uma (re) estruturação para valorizar o capital transnacional produzindo como consequência crises internas devido a diminuição das fontes de reservas destinadas ao atendimento das necessidades sociais nacionais, configurando-se como um Estado de baixa responsabilidade social. (SPOSATI, 1992; COSTILLA, 2003; CARVALHO, 2006)

Nesse contexto de inserção periférica à nova ordem mundial a realidade brasileira evidencia que os direitos dos(as) cidadãos(ãs), embora recepcionados no texto constitucional vem sendo frequentemente aviltados constituindo sua garantia como um verdadeiro campo de luta. (PAOLLI E TELLES, 1994)

A sociabilidade hegemônica do capital caracterizada pela individualização/apartação (BAUMAN, 2001), extrema mercantilização (MÉSZÁROS, 2002), múltiplas privatizações e diversas exclusões (OLIVEIRA, 1999) se depara com a presença de diversos

¹⁵ Destaco as principais: i) fomento a políticas de liberalização e desregulamentação monetária e financeira visando dismantlar a maioria dos mecanismos de controle/supervisão/proteção dos sistemas nacionais financeiros para facilitar o dinamismo do comércio global, tais como - adoção do sistema de câmbios flexíveis com taxas de juros cada vez maiores favorecendo o crescente aporte de capitais voláteis meramente especulativos geradores de instabilidade financeira crônica, formação de um mercado de bônus interligado aos mercados financeiros dos países centrais, securitização das dívidas públicas com aumento do grau de dependência dos Estados aos mercados, interna e externamente, privatizações dos mais diversos tipos, controle extremo do gasto fiscal; ii) reestruturação completa do setor produtivo associada a profunda revolução tecnológica e científica resultando na flexibilização e redução da cadeia produtiva, relações trabalhistas, homogeneização dos mercados; iii) formação de grandes conglomerados econômicos com tendência de concentração da riqueza; iv) acumulação de diversos fatores que acarretam vulnerabilidades financeiras entre os quais a formação de uma massa de capital fictício irreal, crise financeiras em Estados Nacionais que dificultam a manutenção/ampliação das políticas de proteção social e o enfraquecimento dos meios de intervenção pública.

sujeitos/grupos sócio-políticos que procuram exercer a cultura da “recusa/negação”, acenando para a existência e desenvolvimento de novas culturas, novos modos de vida, novas sociabilidades, a própria luta por direitos, interpelando o Estado para o seu reconhecimento e instituição mediante formulação e implementação de PPs de caráter social. (DAGNINO, 2000, 2002; CARVALHO, 2008)

Nas três últimas décadas a concentração de riqueza, na maioria das vezes, de caráter abstrato representada por cifras fictícias movimentadas virtualmente e em tempo real, com o intuito de gerar e concentrar mais dinheiro ampliando exponencialmente o poder do capital em produzir lucro, gerando aquilo que Marx (1983 *apud* CARVALHO, 2009) denominou de dinheiro a render mais dinheiro (D-D), têm implicado em profundas transformações econômicas, políticas e culturais na organização da sociedade, bem como gerando e agravando contradições, assimetrias e desigualdades.

A profunda reorganização do modelo produtivo mundial, as mais diversas formas de mercantilização e a crescente vulnerabilização do mundo do trabalho a que todos estão expostos - flexibilização das relações trabalhistas, substituição do trabalho vivo de homens e mulheres pela produção objetiva das máquinas, desemprego estrutural e significativa geração de trabalhadores supérfluos, denominado por Bauman (2001) como refugio humano, fruto da crescente expulsão do sistema de uma considerável parcela de trabalhadores e que se constitui na visão de Mészáros (2002) uma penosa coletividade de despojados - vem impondo aos trabalhadores uma lógica abstrata, dominante, impessoal, às vezes muito sutil, por isso muito perversa, universalizante que fragmenta/precariza a força de trabalho e produz vários círculos de desemprego, incertezas e inseguranças que atinge de forma universal, porém, com peculiaridades e intensidades diferentes, toda humanidade.

Nesse mesmo sentido, o próprio Mészáros evidencia categoricamente que nos cenários de crise estrutural do capital, o Estado - compreendido como um dos núcleos constitutivos do sistema sociometabólico do capital e campo de disputa conflituosa entre os diversos projetos ideológicos e políticos – é chamado para atuar decisivamente no espaço público, buscando favorecer novas formas de dominação social e acumulativas na arena global.

[...] o Estado moderno altamente burocratizado, com toda a complexidade do seu maquinário legal e político, surge da absoluta necessidade material da ordem sociometabólica do capital e depois, por sua vez – na forma de uma reciprocidade dialética – torna-se uma precondição essencial para a subsequente articulação de todo o conjunto. **Isso significa que o Estado se afirma como pré-requisito indispensável para o funcionamento permanente do sistema do capital, em seu microcosmo e nas interações das unidades particulares de produção entre si, afetando inten-**

samente tudo, desde os intercâmbios locais mais imediato até os de nível mais mediato e abrangente. (MÉSZÁROS, 2002, p. 107-108) (grifos meus)

Com o avanço do ideário neoliberal, pode-se evidenciar que o Estado nunca se retira da cena pública. Testemunhamos um novo intervencionismo estatal que orienta e garante institucionalmente, mediante as PPs, o espaço voltado para o livre mercado. Dessa maneira, importante contribuição trazida por Offe (citado por TORRES, 2001) merece ser destacada, quando relata que o Estado representa um importante mediador da crise do capitalismo assumindo funções específicas na mediação das contradições básicas do sistema – crescente socialização da produção e apropriação privada da mais-valia - constituindo-se num elemento integral e garantidor das condições capitalistas de produção agindo de modo a intermediar a superação das diversas crises recorrentes desse sistema. E como fica os excluídos e vulneráveis?!

Convictos da necessidade de disseminação dessa lógica neoliberal e envolvimento dos Estados periféricos e seus governos, os novos senhores mundiais reunidos em *Wall Street* em 1989 elaboram os ditames da fatídica Cartilha de Washington, criando as orientações gerenciais para viabilizar a mobilidade e valorização do capital financeiro, mediante ciclos de ajustamentos subordinados e dependentes dos Estados Centrais bem como condicionando a liberação de empréstimos financeiros à obediência dos estados latino-americanos a tais preceitos ajustadores (COSTILLA, 2006).

Para Fiori (citado por CARVALHO, 2006) a intervenção estatal é essencial e decisiva, ocorrendo de modo distinto e peculiar, ajustando e se ajustando aos mais variados ciclos mundiais de expansão ilimitada e predatória da nova ordem do capital. Configura-se o Estado Ajustador que (re) direciona suas estruturas e políticas colocando-as a serviço da acumulação e valorização do capital transnacionalizado. É fácil constatar que os ciclos de ajuste constituem um neointervencionismo a serviço da acumulação rentista.

Esses ciclos na América Latina coincidem e confluem de forma perversa e muito conflituosa, com o avanço do espírito democrático pós-ditadura e com as consequentes mudanças oriundas da revitalização da sociedade civil organizada – a emergência de novos sujeitos sociais e criação de novas arenas públicas – buscando construir uma nova relação com o Estado em prol da conquista por direitos e liberdades individuais e coletivas assim como a afirmação de suas próprias identidades.

Essa estratégica receita de ajuste estabilizador imposto pelos organismos multilaterais de financiamento e acatado em sua quase totalidade pelos governos latino-americanos consiste na adoção de uma reorientação política, visando ampliar a dependência aos mercados

na medida em que destituem os Estados nacionais de instrumentos de regulação ao fluxo dinâmico do capital mundializado.

A desregulamentação dos sistemas econômicos é essencial à drenagem de excedentes para os Estados de concorrência centrais, ao mesmo tempo em que, internamente, produz um sistema econômico fragmentado com focos de crescimento locorregionais díspares.

As políticas decorrentes do Consenso de Washington, acatadas em menor ou maior grau de submissão pelos governos nacionais latino-americanos, têm mostrado incapacidade em garantir o crescimento nacional, salvo raras situações, observadas em algumas ilhas/regiões, embora evidências empíricas demonstrem certo aumento no padrão de renda associado a um instável crescimento da economia brasileira baseado no consumo e na massificação do acesso ao crédito em detrimento de investimentos no setor produtivo.

No caso brasileiro a implementação das PPs sob essa ótica submissa e colonial tem favorecido a entrada sem limites do capital estrangeiro, várias formas de mercantilização, concentração de renda, vulnerabilização e flexibilização do trabalho. Em decorrência dessa submissão testemunha-se uma desresponsabilização social, evidenciada pelos cortes de gastos públicos e comprometimento do sistema de seguridade social, focalização de políticas compensatórias direcionadas aos pobres/miseráveis não-consumidores, os “sobrantes” no dizer de Bauman, baseadas na dádiva e benevolência, mais como forma de vigília e policiamento do Estado sobre a sociedade e estabilização do *status quo* vigente, sustentada pela crescente despolitização acarretando o estado de anomia social com crescente fragmentação e criminalização dos movimentos sociais.

Com o avanço dos ditames neoliberais, observo, a produção, não só perante o Estado, mas também intra-movimentos, apesar da generalizada desmobilização da sociedade civil, tensões e conflitos na cena pública gestando resistências que timidamente isoladas emergentes de novos grupos sociais - indígenas, quilombolas, idosos, homossexuais, outros – que defendem a participação efetiva dos atores sociais nos processos organizados da sociedade esboçando traços, ainda que discretos, de uma cultura sociopolítica emancipatória.

Diante da conjuntura de “cosmopolitismo subalterno”, os Estados Nacionais latino-americanos, incluindo o Brasil, são (re)formatados, assumindo em seus processos democratizantes os preceitos de tal agenda, reduzindo-os basicamente ao procedimento eleitoral/político representativo, ao mesmo tempo que os associa a uma lógica dominante do mercado global, visando sua ampliação/consolidação através de reformas e ajustes nas PPs que esvaziam/reduzem o sentido público de uma PP.

Nesse contexto, adota-se uma versão (neo)liberal de democracia submetida às regras do mercado, uma espécie de “democracia minimalista” pois desconsidera todos os conceitos incluídos como caminho para a emancipação humana. (SANTOS, 2000) Essa conjuntura, de fato, requer um processo participativo restrito/mínimo e um controle social “neoliberalizado” atento a periferia das políticas caracterizando-se pela burocratização e inefetividade.

De acordo com Dagnino (1994; 2000; 2004) e Carvalho (2006) é importante conceber que um essencial pressuposto analítico é compreender a estruturação e natureza do Estado Contemporâneo na América Latina, no âmbito da mundialização/ciclos de ajuste bem como as resistências e lutas contra-hegemônicas que se formam pela confluência contraditória entre dois projetos em disputa com diferentes pressupostos políticos que ora tem nítidas configurações ora se apresenta de forma oculta, com ritmos, intensidade e modos particulares.

O primeiro projeto apresentado pelo polo hegemônico representado pelo Estado socialdemocrata neoliberal ajustador, restrito e seletivo sob a lógica da mercantilização, marcado pela anulação e/ou redução da política aos processos eleitorais e na apropriação privada pelas elites como único caminho a seguir.

O segundo projeto, por um Estado Democrático, que se encontra em processo de construção, a partir das valorosas resistências/mobilizações sociais em torno da construção da dimensão pública, ampliando relações com as forças vivas da sociedade civil pela via política na perspectiva de garantir e ampliar direitos. É por onde emerge a chamada Grande Política no sentido gramsciano a proporcionar pactos, parcerias, negociações e ampliação do que Sader (2009) denomina de avanço do público societal frente aos processos de mercantilização.

No caso do Brasil, nos últimos trinta e oito anos, início do governo Sarney (PMDB, 1985-1990), após período autoritário, o Estado vem sendo palco permanente dessa disputa conflituosa entre o projeto político neoliberal de caráter dominante elitista-privatista e o projeto democrático-popular de caráter universalista e emancipatório. Em meio a tais disputas há importantes conquistas algumas, inclusive, recepcionadas no texto constitucional: SUS, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Projeto de Lei Popular (PLP), dentre outros.

No caso do Brasil, nos últimos trinta anos, após período autoritário, o Estado vem sendo palco permanente dessa disputa conflituosa entre o projeto político neoliberal de caráter dominante elitista-privatista e o projeto democrático-popular de caráter universalista e emancipatório. Em meio a tais disputas há importantes conquistas algumas, inclusive, recepciona-

das no texto constitucional: SUS, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Projeto de Lei Popular (PLP), dentre outros.

É fundamental esclarecer que ambos os projetos estabelecem disputas de sentidos e significados além de requererem a participação da sociedade política e civil, tornando-se inevitável a tomada de posição, ou melhor, a tomada de partido, haja vista que se tratam de projetos inconciliáveis e incompatíveis. No entendimento de Dagnino (2002; 2007) essa é a grande perversidade: a necessidade de uma sociedade civil ativa e participativa e a utilização do mesmo discurso e linguagem para legitimar projetos que apontam para direções opostas.

O projeto neoliberal determina um controle social “neoliberalizado” que se choça/confronta com a construção democrática brasileira, logo atenta contra a formação de uma cultura política emancipatória ao despolitizar a construção coletiva de sujeitos detentores de direitos legitimando/cristalizando seu encolhimento.

Essa lógica impõe ao Estado duas feições: máximo para o capital e mínimo para o social embora no caso brasileiro tenha se comportado de maneira diferente nos últimos governos. O governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB, 1994 a 1998; 1998 a 2002) seguiu a risca os preceitos do Consenso de Washington se caracterizando no dizer de Carvalho (2006), um estado de baixíssima responsabilidade social. Por outro lado, o governo Luís Inácio Lula da Silva (PT, 2002 a 2006 e 2006 a 2010) assume uma posição mais autônoma/independente em relação a tal agenda evidenciado pela progressiva ampliação do orçamento/financiamento das políticas sociais em contraste com seu antecessor, apesar de ainda se apresentar insuficiente.

Na visão de Sposati (2002) vem ocorrendo uma inclusão tardia dos direitos sociais, fenômeno que ela denomina de “regulação social tardia”, coincidindo com tempos marcados pelo pesado ajuste estatal a esse projeto neoliberal cuja característica peculiar é o enfraquecimento dos sistemas nacionais de seguridade social. Trata-se da emergência do que Paolli e Telles (1994) classificaram como “direitos de papel” em meio à instabilidade e insegurança de crises permanentes que resultam no agravamento da pobreza e diversos conflitos sociais. Seguindo essa linha de raciocínio, as referidas autoras concluem que, ainda reconhecidos legalmente, não se tem as garantias de efetivação de vários direitos, uma vez que alguns não constam sequer nos orçamentos públicos, necessitando de novas e amplas organizações, movimentações e pressões populares para lutar pela sua materialização.

Infelizmente, hoje, a emergência da cultura do “direito a ter direitos” e o seu reconhecimento formal pela via da constitucionalidade convive com a naturalização de sua violação perante o Estado brasileiro, que ainda se encontra desmontado e sem recursos financeiros

suficientes para cumprir os ditames constitucionais no que se refere ao desenvolvimento social. A área de saúde representa um exemplo cruel dessa constatação.

Em meio ao avanço neoliberal, novas formas de dominação e exclusão social se desenvolvem e se misturam à estrutura conservadora do Estado brasileiro – cultura política autoritária, clientelista, patrimonialista – que muitas vezes subordina a sociedade civil preservando e reproduzindo PPs burocráticas privatizadas pela sociedade política e elites. Isso representa um sério fator limitante às práticas participativas e de controle social no Brasil.

Vale destacar que na luta pela ampliação do que Sader (1996) denomina de espaço público societal, os pressupostos da democracia participativa e o exercício do controle social pelos novos sujeitos sociais podem possibilitar a emergência de novas formas de resistência, disputas, lutas e conquistas emancipatórias. Santos (2000) defende que a tendência de “esquerdização” latinoamericana pode representar uma via alternativa e fecunda para a construção de um sistema contra-hegemônico a partir da eleição de governos com ideais esquerdistas.

Considera-se, no entanto, que atualmente no Brasil – embora as forças políticas ditas de “centro-esquerda” comecem a dominar a cena política e controlar a máquina estatal a partir da primeira década deste século – ao invés de se evidenciar avanços e progressos em direção à sua maturidade sócio-política e ideológica, passa a acontecer de forma mais persistente uma real desmobilização de alguns movimentos sociais organizados em torno de suas bandeiras de lutas como, por exemplo, os sindicatos.

Assim, a aproximação e inserção de alguns segmentos no aparelho estatal e o resultante afastamento das bases sociais não só desarticulando o poder de tensionamento e pressão da ação social coletiva e, muitas vezes, inviabilizando os novos canais e possibilidades de ampliação da luta política pode explicar tal fato.

Observo, também, a falta de unidade e uma falsa articulação em torno de pautas comuns como fatores essenciais no processo de organização para o enfrentamento contra-hegemônico, quanto uma evidente anomia e cooptação de lideranças sindicais, associativas e entidades de classe que assumem surpreendentes posturas de conivência e anuência diante de propostas/ações de seus comparsas no poder, construindo um discurso ideológico reacionário em torno e para a defesa da governabilidade exaltada como uma característica estadista e republicana. De fato, são as vulnerabilidades da democracia descrita por Santos (2000).

Tal realidade, de natureza por demais complexa, tensa, insegura e contraditória, tem dificultado uma clara definição de posições, nas lutas/embates no processo de formulação

das PPs de saúde, na dinâmica participativa e no controle social através dos conselhos em meio à destituição do direito constitucional à saúde.

1.3 A emergência de novas institucionalidades e o (des) caminho da saúde no Brasil: a inflexão das conquistas democráticas populares em meio ao avanço da mercantilização na saúde.

Nos anos de 1970, com a emergência dos movimentos sociais e a politização das lutas por saúde, o MRS se posiciona de modo a contestar o Estado autoritário militar e as práticas políticas socialmente excludentes e favoráveis a interesses privatistas.

Nesse momento as bases teórico-programáticas do controle social têm uma forte influência e era dominada pelo pensamento estruturalista de cunho marxista¹⁶, que compreende o Estado como instrumento dos grupos sociais dominantes responsáveis por reproduzir a ordem estrutural através de suas instituições que funcionavam como elementos de repressão, cooptação e controle sobre os movimentos sociais.

É importante demarcar que nessa conjuntura o movimento social não almeja a participação ou controle do Estado e sim a luta contra ele disputando palma a palma melhorias para garantir o acesso ao produto social no caso relacionado à saúde. Cardoso (1983 *apud* CORREIA 2010) descreve essa postura antiestatal como “autonomismo e independência popular”, ou, conforme dito “de costas para o Estado”.

Desde o fim do regime ditatorial, na década de 1980, o alargamento dos espaços democráticos, a demanda por bens e serviços sociais associados à crescente luta política pelo acesso aos mecanismos de poder fizeram com que se alterasse a compreensão e o relacionamento entre Estado e Sociedade, reconhecendo e superando a ideia de um Estado monolítico, tutor e executor dos interesses de uma elite dominante, crescendo o conceito de que o Estado é permeado por contradições oriunda das lutas políticas entre as classes sociais e que assim podiam incorporar as necessidades das classes populares ao implementar PPs, no caso de saúde. (CARVALHO, A.I., 2007; CORREIA, 2010)

Com o declínio do capitalismo monopolista brasileiro - crise do ciclo de industrialização e do projeto nacional desenvolvimentista iniciado nos anos de 1930 – as lutas demo-

¹⁶ Nesse modelo o Estado cumpria o papel de reproduzir a ordem estrutural e funcionava como instrumento dos grupos sociais dominantes e guardião de seus interesses, reconhecidos como um comitê de negócios da burguesia onde apenas era possível a influência de fora para dentro, a partir das pressões dos movimentos sociais e suas lutas reivindicatórias mesmo assim com resultados sempre limitados ou parciais, enquanto não se alterasse a lógica estrutural do modelo. O pensamento estruturalista marxista identificava as estruturas sociais como determinantes para a produção e desigual distribuição dos riscos sanitários entre as populações. (CARVALHO, A. I., 2007)

cráticas reconhecem a saúde¹⁷ como direito-dever do cidadão, a descentralização da gestão e a multiplicação dos conselhos como novas arenas públicas onde grupos de interesses defendem seus projetos e obtêm o *status* público garantindo legitimidade das suas demandas perante o governo, defronta-se com a acelerada consolidação do setor privado no final da década de 1980, que, definitivamente, firma-se como nova fonte de acumulação de capital.

Em meados dos anos de 1980, o projeto popular-democrático do MRS emerge na cena pública defendendo a subversão simbólica de valores para (re) significar a cidadania, política, democracia, direitos sociais e o próprio conceito de saúde, compreendendo-a como produto de condições objetivas de existência, ou seja, resultante das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que o homem estabelece entre si e com a natureza através do trabalho. Para o MRS é através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social, sendo que o estado de saúde corresponderia às revelações das formas de vida e sua promoção implica necessariamente na intervenção dessa relação social visando influenciar e corrigir desigualdades.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) representa o ápice das discussões sobre a ampliação do conceito, sentido e significado histórico, social, político, econômico e cultural da saúde, inserindo-a na esfera pública como direito - e não como mercadoria - defendendo as seguintes concepções e entendimentos, dentre os mais importantes: i) a saúde se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas; ii) a saúde é a resultante das condições dignas de vida, alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e serviços de saúde; iii) o direito à saúde significa a garantia estatal de condições e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do país considerando o desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade a exigir do Estado uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais¹⁸, assegurando os meios para efetivá-las, assegurando o controle do processo de formula-

¹⁷Embora não se possa confundir saúde com acesso as ações e serviços assistenciais em saúde, uma grande conquista reconhecida na CF 1988 foi o deslocamento da noção de seguro para seguridade social, o que permite o acesso universal ao sistema de saúde não mais a depender da renda/contribuição.

¹⁸ Nesse conceito ampliado de saúde e a noção de direito como conquista social, emerge a ideia que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: o processo de trabalho em condições dignas, alimentação segundo suas necessidades para todos, moradia higiênica e digna, educação e informal emancipatória, qualidade adequada do meio-ambiente, transporte seguro e acessível, repouso, lazer e segurança, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, direito à liberdade, à livre organização e a expressão e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

ção, gestão e avaliação pela população e iv) as limitações/obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural¹⁹ observada na evolução histórica dessa sociedade desigual quase sempre na presença de um estado autoritário que desenvolveu uma política social voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e correções das distorções geradas pelo modelo econômico. (RELATÓRIO FINAL, VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

Enfim, naquele momento, construído num processo de disputa/embates de concepções e luta, os movimentos sociais constroem e expõem na esfera pública o reconhecimento da saúde como bem-estar, bem coletivo e econômico não restrito ao mercado e, sobretudo, sua satisfação que se afirma enquanto política, com dimensões de garantia de acesso universal conforme estabelece a CF/1988. Esse novo paradigma civilizatório para a humanidade estabelece uma ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, inclusive, levando em conta as diferenças identitárias/culturais e formas de cuidado do ser humano. Isso implica em reconhecer que todos(as) cidadãos(ãs), sem exceção, têm garantias universais da saúde, inclusive, tomando decisões, transformando sujeitos passivos em ativos e atores individuais em coletivos.

Dessa forma, a saúde deixa de ser “um negócio da doença” para ser uma garantia de bem-estar e vida, onde não só o instituído que se manifesta; mas, também, o instituinte, buscando superar uma postura meramente apassivada.

Considerando o que foi deliberado pela VIII Conferência Nacional de Saúde cabe examinar os impasses e perspectivas para a construção de um sistema de saúde, no qual os Conselhos de saúde são um de seus componentes, com pretensão universal, integral, descentralizado, democrático e participativo cujo processo de institucionalização, evidentemente, não está descolado da natureza do Estado brasileiro e sociedade brasileira.

A saúde do cidadão brasileiro se encontra atrelada ao êxito na formulação de PPs voltadas ao enfrentamento da exclusão social reconhecidamente a maior mazela brasileira. Isso envolve a reformulação do padrão histórico de acordos e compromissos do Estado brasileiro com os interesses do capital, o que pressupõe a ampliação da discussão política do cará-

¹⁹ Para o MRS, a sociedade brasileira estratificada e hierarquizada, caracterizada pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, pela coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com avançadas tecnologias da economia capitalista evidenciam desigualdades sociais e regionais estruturais que vem atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços adequada.

ter social da macroeconômica superando o tratamento essencialmente tecnicista e submisso aos interesses de uma elite (inter)nacionais vigente na esfera governamental.

Associado à tendência crescente de mercantilização da saúde como fonte de acumulação de capital, observa-se que a emergência dos princípios norteadores do SUS nos moldes da reforma sanitária geram enormes tensionamentos e conflitos que se refletem nas políticas de saúde a partir da confluência perversa e contraditória entre dois processos políticos distintos - o democrático-popular e o reestruturação integralizante neoliberal - profundamente impactantes, antagônicos; perversamente sutis, que competem por (re) definições e (re) significação de valores, concepções de mundo, vida, democracia, cidadania, Estado, PPs e, dentre elas, saúde e controle social, objeto central desse estudo. Carvalho (2006, 2010) e Dagnino (2000; 2002; 2007) ratificam que a perversidade reside no fato de que apontando para direções opostas, ambos projetos requerem/necessitam de uma sociedade civil ativa e propositiva.

A raiz desse dilema reside no fato que de assumindo “as orientações” da fatídica agenda de Washington, o estado brasileiro se ajusta e se (re) configura para favorecer através de várias reformas o avanço do capital. Isso acarreta um violento desfinanciamento das PPs de caráter social, principalmente, no governo de Fernando Henrique Cardoso. Para Raichelis (2005) tais medidas resultam num sistema de proteção social com elevado nível de fragmentação carregando fortes traços de enquadramento seletivo das demandas sociais caracterizados por uma atuação voltada para a intervenção mais focalizada no atendimento aos mais pobres, cabendo ao Estado o papel de regulação e prevenção dos conflitos entre capital e trabalho. Já no governo Lula há um predomínio da valorização dos capitais externos e uma considerável ampliação do sistema de proteção social nacional mediante aumentos crescentes no financiamento das políticas sociais, sobretudo, as transferências de renda para os mais vulneráveis.

Considerando esse contexto, produto da luta do MRS brasileiro e projeto político ensejador de uma nova sociabilidade, o SUS nasce com o ambicioso desafio de construir um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo, propiciar acesso a ações/serviços de saúde universais, como direito e toda implicação política, num país continental, populoso marcado por profundas desigualdades sociais como é o Brasil²⁰. Essa lógica hegemônica ma-

²⁰ O SUS, assim como as outras PPs caráter social, têm enfrentado inúmeros constrangimentos e limitações impostos por diferentes governos que priorizam os ajustes fiscais, os *superávits* financeiros, o acúmulo de reservas para o pagamento de juros da dívida externa, as exigências dos acordos e empréstimos internacionais. Essas políticas têm sido acionadas sob a orientação da descentralização e novas formas de gestão dos fundos públicos fazendo com que o Estado se reestruture, não mais produtor de ações, mas como gestor e repassador de recursos. Isso tem levado à privatização de serviços essenciais, à emergência de novos parceiros no atendimento às questões sociais e estratificação desse atendimento segundo os imperativos da lógica do mercado, bem como a flexi-

croeconômica “gerencialista” se evidencia nesse momento histórico, tanto para o Estado quanto para a sociedade, de várias formas na saúde cujas mais relevantes elenco abaixo.

Início pelo avanço dos processos de mercantilização da saúde representado pela consolidação e regulamentação do setor privado de saúde – planos e seguros – que, centrados na ótica do acesso a partir do pagamento dos serviços, constrói e alimenta uma cultura da saúde como mercadoria “o negócio da doença” mediado pelo mercado, instituindo o pagamento como fonte de legitimação do serviço prestado, (re) significando o conceito da cidadania, atrelando-a a capacidade de consumo de bens e serviços, em detrimento ao estatuto de direito e cidadania. Ocorre um desvirtuamento no qual o cidadão se transforma em cliente, não mais detentor de direitos que devem ser alcançados pelo acesso aos serviços públicos estatais. Logo, na lógica do capital os “clientes” são tratados como objetos das ações e não como sujeitos. Dentro dessa lógica, controle social é dispensável!

O próprio Estado fomenta “o consumo em saúde”, na medida em que concede isenções fiscais pela dedução - aos contribuintes pessoas físicas/jurídicas - do imposto sobre a renda, que resultam na transferência para a iniciativa privada de aproximadamente 1,6 bilhões de reais/ano. Os entes estatais criam organizações específicas para prestar ações/serviços de saúde, “afastando” o próprio funcionalismo do SUS e das suas concepções políticas.

Destaco a adoção de parâmetros de gestão, tanto pública quanto privada, típico das economias de escala baseada no custo-benefício ou custo-eficácia das ações e serviços de saúde com base no modelo assistencial-biomédico-hospitalocêntrico e consumo de altíssimas tecnologias duras. Estes parâmetros vinculados ao grande potencial de mobilização de capitais geram a apropriação privada da mais-valia por parte do complexo industrial (trans) nacional, a exemplo das indústrias biomédica e químico-farmacêutica.

Com relação ao financiamento é notória a desidiosa instabilidade orçamentário-financeira para honrar os compromissos e responsabilidades constitucionais do SUS, demonstrados por meio da contenção dos gastos com a racionalização e focalização das ofertas de ações/serviços de saúde, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento e contingenciamentos de recursos, descentralização das competências e ações para os entes federativos subnacionais com isenção de responsabilização no financiamento pelo poder central, obstáculos burocráticos “programáticos” estatais como, por exemplo, a Lei de Responsabili-

bilização e desregulamentação de políticas sociais com a retirada de direitos adquiridos pelos trabalhadores tanto do setor privado quanto do setor público. Esses representam os fatores determinantes e condicionantes do cenário social brasileiro.

dade Fiscal (LRF) que “oficialmente” engessa a gestão devido às limitações legais no investimento social estabelecida em função da política macroeconômica.

Afora isso, a persistência dos problemas do estado brasileiro – patrimonialismo, reprodução de iniquidades sociais nas PPs, inexistência de qualquer forma de controle público, ineficiência e privatização do aparelho estatal por corporações, trocas clientelistas entre partidos políticos e várias debilidades na regulação de áreas e setores estratégicos, além dos problemas gerenciais ocasionados pela falta de profissionalização dos gestores, descontinuidade administrativa, interferências político-partidária no funcionamento dos serviços - são apenas algumas das inúmeras limitações que de fato comprometem a reputação do SUS perante a opinião pública.

Além desses, as piores inflexões são causadas pelo crescente avanço das reformas baseadas no ideário neoliberal que, apesar de encontrar algumas resistências, definitivamente aproxima o Estado dos interesses do mercado a partir das propugnadas iniciativas de parcerias caracterizando, às vezes, uma verdadeira “sociedade” entre o público e o privado. Senão vejamos: i) desresponsabilização do Estado para com parcela significativa dos direitos sociais conquistados, ii) ampliação das privatizações mediante a disseminação de organizações sociais (OSs), organizações social e comunitárias de interesse público (OSCIPs), parcerias público privadas (PPP), cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho em saúde, iii) focalização e despolitização das políticas sociais, iv) burocratização das agências regulatórias.

Elias (2004) é categórico ao alertar que, caso se mantenha o padrão ou mesmo o aprofundamento da exclusão social, certamente teremos a persistência de um sistema de saúde segmentado, seletivo no acesso segundo padrões de mercado, restando ao SUS a universalização da assistência básica com o Piso da Atenção Básica (PAB)²¹, embora o discurso governamental o exalte, significando mais como mecanismo de controle de gastos e “racionalização do setor”. Nessa conjuntura, o SUS se destina ao atendimento às populações vulneráveis, resultando em baixa eficácia social e num verdadeiro *apartheid* social, arranjo que sutilmente

²¹O piso da atenção básica (PAB) representa o gasto per capto transferido do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais para financiar as ações e serviços de saúde da atenção básica. Compõem de uma fixa e outra variável. De acordo com o Art. 1º da Portaria nº 1602, de 9 julho de 2011, o valor varia de no mínimo R\$ 18,00 (dezoito reais) a R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano a partir de certas características municipais. Na íntegra disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/108733-1602.html>>. Acesso em jan 2012.

evidencia certa “desresponsabilização” do Estado para com a saúde do cidadão, ao mesmo tempo em que se cristaliza a mentalidade privada no setor.

Raichelis (2005) afirma que a cultura da apropriação do público pelo privado no Brasil descaracteriza e desqualifica as conquistas sociais: direitos constitucionais universais, descentralização dos serviços, emancipação do ser humano, fundamentos centrais do MRS e do SUS, favorecendo o avanço dos padrões hegemônicos neoliberais sobre as PPs.

Pelo exposto fica evidente que para a efetivação do direito à saúde, de acordo com os princípios constitucionais são necessárias várias providências cujo marco inicial seria a própria reforma do Estado contemporâneo para dotá-lo de capacidade de operar a saúde como um direito de cidadania universal. Indiscutivelmente, para alcançar esse objetivo o Estado deverá formular políticas voltadas à desmercantilização da saúde – no âmbito assistencial imediato, ou seja, na produção de serviços, implicando no incentivo às formas não lucrativas em detrimento das lucrativas – e à busca de novas modalidades de gestão na relação público/privada capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde brasileiro.

Destarte, pretende-se criar condições para a emergência de uma nova consciência sanitária baseada na noção de saúde como necessidade social e conquista política a ser provida nos marcos da regulação estatal em franca oposição à atual lógica hegemônica corrente de saúde como bem e mercadoria a ser satisfeita nos parâmetros de mercado pela livre iniciativa, ou seja, pelo consumo regulado pela lei da oferta e procura onde a cidadania é alcançada não somente pelo mero consumo, mas também, pela qualidade do serviço ofertado.

Elias (2004) defende a importância do retorno imediato aos valores clássicos do MRS que, desnaturalizando a tendência hegemônica de mercantilização da saúde que hoje parece “natural”, é uma forma de resgate de uma cultura contra-hegemônica. O autor é categórico ao afirmar que:

A exigência dessa nova consciência sanitária universalista e cidadã se torna indispensável para que o projeto de mudança na saúde, com pleno desenvolvimento do SUS, aconteça ancorado em bases sociais sólidas e não em imposição do Estado por meio de estratos políticos e/ou técnicos iluminados encastelados no aparelho do Estado. **A nova consciência sanitária será o elemento de fortalecimento da relação Estado-sociedade renovada e em prol da efetivação da saúde como direito universal, importante passo para a vigência de um outro padrão de cidadania na sociedade brasileira.** (ELIAS, 2004) (grifos meus)

Evidentemente que esse projeto de transformação necessita de uma regulação setorial que contemple a alteridade dos sujeitos e os conflitos decorrentes, contrapondo-se ao do

ideário vigente em algumas instâncias decisórias do governo, como forma de afirmação do interesse geral sobre o particular em prol da eficácia social da ação estatal.

Portanto, o processo de construção e implantação do SUS, nos seus princípios e diretrizes originários do MRS, implica na superação do modelo mercantil de atenção à saúde devendo pautar-se pela efetividade e relações solidárias de humanização entre governos, trabalhadores, prestadores de serviços e cidadãos, como parte de um processo mais geral de mudanças nas concepções e desenvolvimento das práticas em saúde.

Assim como Paim (2007), defendo que somente a radicalização da democracia e conquista da hegemonia política cultural na sociedade civil pelos partidos de cunho socialistas e classes populares progressistas podem contribuir para conter o caráter patogênico do capital e redirecionar o Estado para regular o mercado, garantindo a concretização dos direitos sociais conquistados na CF/1988.

Definitivamente, o SUS para ser efetivo requer uma boa e alta dose de democracia de alta intensidade tanto na sociedade quanto no aparelho estatal recuperando os princípios do MRS. Esse é o desafio em direção ao caminho contra-hegemônico para a consolidação do SUS, tornando-o realmente coisa pública e sob o controle público incidir no componente contraditório e revolucionário necessário a uma sociedade capitalista que visa superar as iniquidades visando a construção de um novo projeto de sociedade que contemple o desenvolvimento social.

1.4 A participação e o exercício do controle social na saúde: mas, afinal, de que estamos falando?

A participação e a democracia como valor universal sempre esteve presente na retórica e prática do movimento sanitário ensejando uma íntima relação entre o social, político e cultural que caracteriza a agenda reformadora do MRS brasileiro.

O texto legal recepciona e exige a criação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas com representação paritária do Estado e sociedade civil, destinados a formular as diversas políticas setoriais: saúde, crianças e adolescentes, assistência social, mulheres etc.

No âmbito do SUS os organismos colegiados (co) gestores foram os pioneiros na institucionalização, dotados de um conjunto de consideráveis poderes legais²² representando

²² Os Conselhos de saúde atuam na formulação de estratégias e propostas, além do controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (LEI FEDERAL, 8142/90). Portanto, atuam na (co) gestão da saúde deliberando, participando, aprovando e acompanhando a execução dos respectivos planos de saúde e avaliando os relatórios de gestão, além de fiscalizar sua execução financeira.

um *locus* privilegiado para se operar a participação sócio-política nas PPs e o exercício do controle social na perspectiva de instituir um espaço de disputa de poder e, assim contrabalançar o complexo jogo de forças, interesses e dominação, por vezes explícitas, outras bastante implícitas, entre os mais diversos sujeitos sociais nessas arenas privilegiadas de definição e priorização da agenda pública.

Mas, afinal, o que é controle social? Como defini-lo? Sob quais parâmetros conceituais? Quais tipologias se apresentam? Quais coincidências, divergências e intencionalidades? Enfim, de que participação e controle estamos a falar e defender? Quais os sentidos e significados da categoria controle social estamos a observar atualmente e qual o resultado para a sociedade? Cabe agora apresentar e aclarar conceitos e demarcar posições.

Início esse desafio analítico referenciando a temática a partir da centralidade que a prática participativa da sociedade civil organizada assume em dois períodos recentes no contexto histórico da construção democrática brasileira.

O primeiro período se situa entre os meados das décadas de 70 e 80. Com o fim do milagre econômico, forte crise econômica, fragilidade do sistema de proteção social em (re) distribuir minimamente os benefícios sociais que, agravados pelo Estado ditatorial, produziam diversas inseguranças sociais. O anseio e luta dos movimentos sociais girava em torno da democratização da vida social e reconhecimento de sua autonomia. Correia (2005) destaca nesse período a forte característica antiestatal dos movimentos participativos que atuam “de costa para o Estado” sem vislumbrar qualquer relacionamento, em virtude da ausência de canais de participação nos governos ditatoriais e devido à forma violenta com que são reprimidas as manifestações populares. Na verdade, o objetivo não é participar e sim confrontar com o Estado contestando o regime militar identificado com práticas políticas e sociais excludentes e associadas aos interesses privados. Aqui, não se trata de participação e controle do Estado e sim de luta contra ele. (CARVALHO, A. I., 2007)

Resgatando a discussão realizada por Mannheim (1971) sobre a estruturação da sociedade, o sociólogo húngaro denomina de controles sociais as forças responsáveis pela coesão e estabilidade social, inclusive os métodos pelos quais o comportamento humano é influenciado para manter certa ordem social.

No contexto brasileiro o sistema de controle social à época é dominado e manipulado pelo Estado autoritário através dos seus aparelhos, utilizando a força física por meio das estruturas repressivas, impondo à sociedade uma ordem social que permite a manutenção do *status* vigente, ou seja, a exclusão social e política em meio ao avanço do capital. Nesse senti-

do, as PPs representam mais um mecanismo de vigília/policiamento e coerção/dominação do Estado sobre a sociedade civil do que instrumentos viabilizadores de direitos e cidadania expressando nitidamente um contorno repressivo. Controle autoritário e repressivo da sociedade pela elite política militar que governava: esse era o significado da categoria controle social.

O segundo período compreendido entre os anos finais da década de 80 e década de 90 é caracterizado pelo fortalecimento da sociedade civil que exige mudanças nas relações de poder e no processo participativo visando atuar junto do Estado defendendo a implementação de mecanismos de deliberação pública em várias áreas setoriais como produto da redemocratização cujo ápice é a promulgação da CF/88. Ademais, ganha força o reconhecimento da heterogeneidade de sujeitos sociais, como atores políticos relevantes a fortalecer a concepção pluralista do Estado que deveria funcionar a partir do reconhecimento dessa diversidade presente na sociedade e aceitação de suas formas de representação, sendo as PPs resultantes/reflexos dos processos de disputa/pactuação entre grupos sociais.

O processo constituinte e a própria CF/1988 modifica a interação entre sociedade e Estado, abrindo possibilidades mais democráticas para a partilha do poder e novas formas de participação que procura transcender o ativismo contestatório/denunciativo, almejando uma aproximação e atuação em parceria com o Estado em todo o processo de construção das PPs nos diferentes espaços, seja na esfera pública, por meio de mobilizações, fóruns e redes na sociedade civil, seja por meio dos instrumentos constitucionais de participação exercitando a democracia deliberativa através dos conselhos de PPs e/ou Conferências, visando o interesse público na formulação das políticas, considerando “a voz” dos diferentes atores e implementá-las visando melhorar as condições de vida da coletividade. (GOHN, 2001)

Com o avanço da democratização na relação entre Estado e sociedade a categoria controle social adquire novo significado. Ao contrário da concepção gestada à época do período autoritário – vigília e repressão à sociedade civil pelo Estado – há uma inversão na forma de compreensão do termo e sua viabilidade concreta: agora, a sociedade civil passa a advogar para si o direito de compartilhar o poder com o Estado, acompanhar sua atuação como gestor do patrimônio público e exercer, mediante a participação de representantes da sociedade civil, o controle sobre as ações públicas.

Nesse sentido se concebe o controle social com base numa concepção ampliada de política e democracia tomando como referência basilar o compartilhamento de poder na definição *ex-ante* do interesse público, processo de formulação das PPs e orçamento público construídos publicamente a partir da deliberação ampliada em espaços públicos, conquista demo-

crática da sociedade brasileira e recepcionada na CF/1988, inclusive com a previsão da existência legal de espaços participativos, embora o controle se estenda para além deles.

Esse fenômeno deve construir relações, práticas e visões de mundo da sociedade em sua totalidade, ou seja, está a exigir uma participação política – crítica, ampla e primordialmente sustentada pela sociedade civil - que Teixeira (1997) tipifica como cidadã²³ cuja abrangência não se esgota no Estado, mas, também procura se voltar para o mercado, intencionando não substituí-lo, mas de ofertar-lhe parâmetros de atuação a partir de debate e negociações públicas compatíveis com os interesses coletivos sociais numa lógica de desenvolvimento sustentável. O estudioso concebe a sociedade civil como autônoma e autolimitada em relação ao Estado e mercado, vez que não busca substituí-los em suas funções e estabelece regras e procedimentos para evitar a corporificação dos interesses e particularismos devendo utilizar mecanismos institucionais articulados aos não institucionais para exigir a responsabilização política e jurídica dos governos, o controle social e transparência das decisões públicas fortalecendo os instrumentos de participação semidireta: plebiscitos, referendos, iniciativa popular de projeto de lei e outros.

A participação cidadã amplia o lugar da política para o conjunto da sociedade e para além do sistema político, incluindo-se atores que interferem e influenciam na construção de uma ordem pública regida pelos critérios da equidade e justiça. É, portanto, tomando como referência essa perspectiva que a pesquisa ora proposta aborda a temática da participação e controle social na PP de saúde.

Num contexto marcado por disputas de práticas, relações, visões e concepções de mundo e do próprio Estado, o projeto neoliberal se hegemoniza (re)significando conceitos e atribuindo novos sentidos e significados a importantes categorias – democracia, cultura, política, participação, direitos, cidadania, espaços públicos, controle social, saúde.

Desta forma, o controle social requerido pelas propostas reformistas neoliberais parte da concepção restrita em relação a alguns fatores.

Pressupõe uma democracia limitada, alicerçada por uma concepção instrumental, reduzida ao procedimento formal de escolha/representação, com redução do conteúdo/espaço da política propiciando a concentração do poder decisório a uma elite política que falam pelo povo, em seu nome, mas que não raro o esquece, legitimados pelo abuso do poder econômico e fragilidade dos mecanismos de representação face à crescente mercantilização eleitoral.

²³ Para uma compreensão mais profunda acerca dos diversos tipos de participação sugiro ao leitor observar a produção científica de Elenaldo Celso Teixeira intitulado *As Dimensões da Participação Cidadã*. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=198>>. Acesso em 26 dez 2011.

Os espaços públicos institucionalizados que devem ser instrumento de controle do Estado e das PPs têm se caracterizado pela participação apassivada e regulada de alguns poucos atores sociais, caracterizada por pouco debate político, tensões e conflitos previsíveis, com dinâmica de funcionamento evidenciando uma agenda pré-construída, atrelada e submissa aos executivos, pautada por “interesses públicos pré-determinados”, desqualificando, portanto, o exercício coletivo deliberativo. Com essa dinâmica de atuação esses espaços assumem um caráter mais informativo e homologatório, palco para miudezas e irrelevâncias, reduzindo suas capacidades apenas à fiscalização *ex-post* baseadas na legalidade das ações do Estado representando uma experiência de baixíssima intensidade democrática refletindo o padrão burocrático do aparelho estatal que, supostamente, deveria coibir.

É importante constatar que para analisar e avaliar a participação e o exercício do controle social através dos conselhos gestores de PPs, nos diversos níveis federativos e políticas setoriais, é essencial observar qual tipologia conceitual se manifesta e de quais concepções políticas se aproximam. Isso constitui um importante parâmetro avaliativo defendido na prática concreta por Serafim (2007).

Retomando o foco para a participação e exercício do controle social através dos conselhos gestores Tatagiba (2002) os considera arranjos institucionais inéditos e promissores na democratização das relações entre Estado e sociedade por se constituírem em espaços públicos com composição plural e paritária se apoiando num processo dialógico para a resolução de conflitos inerentes aos jogos de interesses, constituindo instâncias deliberativas legalmente preparadas para formular e fiscalizar a implementação de políticas e contribuir com a democratização da gestão pública.

Na saúde os conselhos representam uma conquista do MRS e, a depender da sua dinâmica de atuação, pode se constituir em novas arenas públicas, possibilitando aos sujeitos coletivos a expressão e disputa de demandas influenciadoras das políticas de saúde.

Carvalho, G. (1997, p.93) postula que:

[...] a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas, também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os mecanismos de funcionamento do Estado e não só com os resultados redistributivos de suas políticas.

O estudioso advoga que a reforma sanitária também defende a reforma da política segundo as regras do jogo democrático, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado e garantido pelo direito à participação no poder.

Então, os conselhos começam a se configurarem como espaços públicos de articulação entre governo e sociedade, nos quais diferentes sujeitos sociais encontram lugar privilegiado para efetivar a sua cidadania política e pondo em prática o ideal da participação da comunidade, nas definições em torno da PP, de forma a tornar visível e legitimada a diversidade de interesses e projetos, através de um eficiente sistema solidário de atuação em rede que se interliga por meio de conselhos, conferências, plenárias, fóruns e outros espaços que se articulam e se complementam entre si. (CARVALHO, 2007, p.18)

A participação e o exercício do controle social nos conselhos de saúde pela sociedade civil, oriunda das classes subalternas, permite “falar em próprio nome” para defender seus interesses e assim pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado que crescentemente se rege pelo ideário neoliberal. Evidentemente, esse exercício democrático participativo tem seu poder de intervenção potencializado quando ocorre a articulação e construção de novas formas de coalizão visando a atuação em bloco em torno de um projeto comum de sociedade. (FALEIROS, 2006; CORREIA, 2009)

Obviamente, os conselhos não são um espaço neutro e homogêneo. Suas decisões refletem os embates típicos de uma sociedade de classes em torno da correlação de força entre propostas de interesses divergentes, do capital ou trabalho, segmentos sociais de classes dominantes ou classes subalternizadas lá representadas. Acredita-se que nos colegiados os conflitos que giram em torno de projetos de sociedades contrapostos e se expressam condicionando as políticas de saúde possibilitam o controle social, a depender da correlação de forças existentes no conjunto do colegiado. (CARVALHO. G, 2008)

Evidentemente, os conselhos de saúde podem operar tanto no sentido de pacificar conflitos advindos dos processos de acumulação do capital, evidenciando posturas anticidadãs e antidemocráticas reafirmando o fisiologismo e os vícios tradicionais da política local, quanto fortalecer a democracia possibilitando aos setores organizados da sociedade civil superar tais posturas em prol da participação política cidadã, crítica e emancipatória, defendendo seus interesses em torno das políticas de saúde.

Faleiro (2006) compreende que a dinâmica de funcionamento dos conselhos enquanto espaços participativos e de controle público pode permitir a emergência dos diversos interesses e a manifestação de poder de segmentos excluídos pelo capital em suas várias formas de dominação. Muito embora não se imponha aos interesses hegemônicos das elites, contrapõe-se à influência e interesses elitistas, numa típica guerra de posições no sentido grams-

ciano, confrontando interesses que expõe o conflito e também propõe, pela via da comunicação argumentativa, consensos e propostas para conquista de direitos sociais.

No entanto, apesar do ineditismo e da necessidade de pesquisas mais aprofundadas, os conselhos ainda não têm conseguido imprimir práticas inovadoras no âmbito da gestão pública, uma vez que sua dinâmica de funcionamento não tem revertido à centralidade e protagonismo do Estado na definição das políticas e prioridades sociais. Esperava-se que a participação cidadã nos espaços recém criados e institucionalizados pela CF/1988 - além do efeito pedagógico direto na promoção da cidadania - pudesse possibilitar uma ampliação democrática e indução de novas tendências no padrão de planejamento, execução e avaliação das PPs no Brasil devido a pressão social por uma melhor *governance*, tornando o Estado mais transparente, responsável e susceptível ao controle pela sociedade. (TATAGIBA, 2002)

Carvalho A.I. (2007) traz uma fecunda pista conceitual-analítica para se pensar sobre o funcionamento e papel que os Conselhos de Saúde vêm desempenhando no país. Por um lado, ele se refere à ideia ilusória que superestima a efetividade dos Conselhos como arenas decisórias, e que se baseia numa visão de Estado neutro, passível de ser conduzido pelos segmentos que obtenham mais vantagens circunstanciais nos fóruns de decisão.

Nesse caso, basta à sociedade ser suficientemente organizada/representada nos organismos colegiados para controlar o Estado segundo seus desígnios, como se, por meio do mero funcionamento regular e cumprimento de suas atribuições legais o Estado pudesse se “autocorriger”, passando a funcionar segundo os interesses da maioria populacional lá representados. Essa imagem, ainda que favoreça a atração participativa de setores sociais desejosos de colocar suas demandas na pauta estatal - até então impermeável a elas -, não passa realmente de uma mera ilusão.

Dialeticamente, para o referido autor é a partir daí que se delinea a outra face conceitual dos Conselhos como órgãos colegiados – o ceticismo cuja tendência é subestimar as possibilidades de autonomia e efetividade. A compreensão prevalecente é a que considera, ao contrário da anterior, que o Estado sempre esteve prontamente a serviço dos interesses das classes dominantes e, a partir dos finais da década de 80 e início dos anos 90 até os dias atuais está em franco processo de ajustamento e reestruturação para favorecer a implantação do projeto neoliberal nas áreas sociais, de modo geral, e na saúde, mais especificamente. Na verdade, diante da inefetividade das políticas finalísticas - demandas submetidas aos conselhos - os representantes dos diversos segmentos podem reduzir suas expectativas, gerando o esvazia-

mento ou acarretando uma adaptação conformada a seus limites como arenas decisórias e espaços de burocratização.

Coutinho (1989 *apud* por CARVALHO A.I, 1997) argumenta:

[...] embora considerado instrumento das classes dominantes, o Estado moderno constrói uma base material de consenso que torna “aceitável ou suportável” a ordem do capital e a primazia dos interesses da burguesia que é a acumulação econômica pela sociedade. Nesse sentido, ela é forçada a estabelecer diálogos com as classes dominadas associando práticas de coesão e persuasão permitindo que alguns interesses sejam representados e por ele acolhidos através da implementação de PPs construídas sob “um alicerce participativo-democrático”; na verdade, um simulacro. (COUTINHO, 1989)

Diversos autores como Tatagiba (2002), Raichelis (1998), Correia, (2005, 2010), Serafim (2007), Carvalho G. (2007), Carvalho, A.I. (1997), Faleiros, (2006), Paim (2007) apontam o potencial democratizante dessas inovações no contexto de definição e disputa acerca dos sentidos da democracia em construção e da política, a partir de uma concepção que a compreende menos como procedimento de escolha e mais como geração/transformação de uma nova gramática sócio-político-cultural mais ampla onde a constituição, reconhecimento e inclusão de sujeitos em espaços públicos de deliberação são questões centrais.

A constituição de espaços públicos fruto das décadas de lutas representa uma possibilidade de democratização, embora o processo de encolhimento do Estado com a progressiva transferência das responsabilidades sociais para a sociedade civil estaria conferindo uma dimensão limitante desse potencial democratizante que, por vezes, questiona o próprio papel político dessas instituições. Além desse fator estrutural a literatura destaca alguns fatores que limitam a eficácia dos conselhos.

Tatagiba (2002) argumenta que a paridade numérica não garante, necessariamente, a legitimidade e equilíbrio de forças entre Estado e Sociedade; muitas vezes, sua força política é insuficiente para gerar equivalência e equilíbrio na disputa de posições e interesses divergentes no processo decisório, haja vista que em nossa cultura política a dimensão política nem sempre coincide com a dimensão pública. Este fato traz vantagens para o governo e produz profundos desequilíbrios na disputa pela hegemonia na tomada de decisão, definição da agenda/ordem de discussão e capacidade de estabelecimento de argumentação e acordos entre atores/conselheiros plurais. A autora, nesse sentido, demonstra que os conselhos acabam funcionando como espaços estatais e não como espaço público. Isso, na prática, significa e acarreta um equívoco de grandes proporções.

Outro grande limite que favorece a ineficácia dos conselhos é a extrema fragilidade do vínculo entre conselheiro e entidade (no caso do representante governamental, quando o conselheiro não tem autonomia e poder de decisão sobre as demandas apresentadas; com relação ao não governamental, quando o conselheiro não tem uma ligação orgânica com o seu segmento de origem). A consequência direta é a fragilização dos conselhos, pois a deficiência/dificuldade de comunicação entre representantes/representados restringe a amplitude do debate, a agenda pública, sua visibilidade e capilaridade social, levando ao isolamento e debilidade dos conselheiros como agentes encarregados de efetivar a (co)gestão.

É por conta disso que os conselhos, muitas vezes, tornam-se instâncias públicas meramente formais para homologação de decisões privadas, ou, constituem-se em “instâncias mortas/burocráticas”, assumindo uma dimensão proforma com o fim especial de cumprir o ditame legal como pré-requisito para receber os recursos financeiros fundo a fundo.

Outro obstáculo é a recusa do Estado em partilhar o poder de decisão nos encontros com a sociedade nos conselhos - de forma mais ou menos acentuada - a depender do governo e seu projeto político. O contexto autoritário e a concentração de poder no Executivo reflete, negativamente, na fiscalização e controle social, abalando o potencial participativo e deliberativo da sociedade civil no processo de produção, acompanhamento e avaliação das PPs. Isso se materializa na prática pela carência de recursos financeiros, infraestruturais e humanos, o que compromete o funcionamento regular dos conselhos, uma vez que são privados de condições mínimas para o bom desempenho de suas funções.

As análises de Tatajiba (2002) demonstram uma tendência a diversificar as estratégias de esvaziamento e a promover boicote por parte dos governos, quando não conseguem compor um conselho “aliado” ou quando sua hegemonia está, por algum motivo, ameaçada. Observa-se, também, a atenuação dos conflitos, seja pela cooptação (devido ao fascínio dos conselheiros com a “nova função pública”), seja pela manipulação explícita das “regras do jogo”. (SANTOS, 2000)

Para superar essas dificuldades e fortalecer os elos com a sociedade há a alternativa de intensificação de fluxos comunicacionais, criação de redes de solidariedade e mobilização em torno de temas específicos. É fundamental defender condições essenciais para dotar os conselhos de eficácia e assim ampliar seu potencial democratizante. O reconhecimento da heterogeneidade constitutiva dos campos societal e estatal respeitando o “outro” como legítimo e capaz de estabelecer acordos em termos de demandas específicas e a necessidade de garantir condições de expressão de grupos submetidos a uma maior vulnerabilidade e tradi-

onalmente excluídos dos processos que influenciam na produção de PPs devem perseguir aqueles que reconhecem e desejam contribuir com a construção dos conselhos reconhecidos como importante espaço de luta e disputa pelos direitos, no caso, os de saúde. (TATAGIBA, 2002; ELIAS 2004; CARVALHO G., 2007)

É, portanto, importante a defesa dos conselhos como instituições vivas/pulsantes que apontam para um contínuo processo pedagógico de construção da cidadania, na medida em que o confronto argumentativo e tentativa dialógica entre grupos heterogêneos por vezes com interesses nitidamente antagônicos conquistam e concedem espaço para a expressão das diferenças e deliberam publicamente, fato que pode minimizar possíveis acordos privatistas, contribuindo para gerar uma vanguarda cultural/política mais democrática e propiciadora da ampliação da esfera pública.

Outro problema recorrente nos conselhos é a falta de qualificação e a necessidade de um programa de formação com currículo progressista que possibilite minorar as diferenças sócio-cognitivas e procure preparar os conselheiros governamentais e, principalmente, os não governamentais para o exercício pró-ativo do diálogo deliberativo no interior dos conselhos, sem a pretensão de transformá-los em “técnicos” que cristalizam a lógica institucional e tampouco burocratizar a participação.

Carvalho G. (2007) diz que a formação de seus membros é um importante fator que influencia na eficácia dos conselhos. Além desses, o acesso às informações, à formação cultural, educacional, política, exposição a variados níveis de vulnerabilidades sociais influem/afetam no desempenho do conselheiro, dificultando e/ou impossibilitando sua participação efetiva nos fóruns de discussões e decisões.

Para Correia (2005) o aperfeiçoamento dessas instâncias é um permanente desafio e as necessidades de ampliar a representatividade e legitimidade da participação, minimizar práticas corporativistas e criar condições para análise e avaliação da adequação de propostas de políticas estão associados à capacidade da sociedade civil de construir organizações combativas em torno de seus interesses.

Evidentemente, em face dos problemas contemporâneos atuais, há a exigência de um grande esforço para a promoção de meios de superação da cultura política da subalternidade predominante na nossa sociedade, além de ser imperativo um processo contínuo de capacitação e formação sociopolítica que considere a realidade local e sua articulação com os determinantes macroeconômicos e políticos com vistas às necessárias transformações sociais.

Alguns estudiosos demonstram que o exercício do controle social nos conselhos pode contribuir para a fiscalização do Estado, podendo impedi-lo de transgredir controlando em maior ou menor escala a aplicação dos recursos orçamentários, embora isso caracterize uma ação mais reativa. Porém, a grande inovação e potencialidade reside na sua característica propositivo-deliberativa o que pode representar seu caráter mais impactante: a possibilidade de produção democratizante de PPs. Essa é a perspectiva promissora de radicalidade da partilha de poder que é potencialmente geradora de uma reforma democrática do Estado. Essa deveria ser a essência dos colegiados. (TATAGIBA 2002; CARVALHO, G. 2007; CARVALHO, A.I. 1997; CORREIA, 2006, 2010; SPOSATI, 2003)

O grande desafio é criar mecanismos para minorar os efeitos das desigualdades sociais nos processos deliberativos, de forma a permitir que a construção dos acordos não seja sujeita à influência de fatores endógenos como poder, riqueza ou reproduzindo as próprias desigualdades sociais preexistentes. Devemos superar esse desafio com a qualificação técnica e política dos movimentos/entidades sociais e não apenas do conselheiro individualmente, bem como buscarmos a formação de câmaras técnicas para amenizar o desconhecimento técnico, sem intencionar transformar os conselheiros de saúde em especialistas, o que pode gerar problemas comunicacionais com sua base e burocratizar a participação e o exercício do controle social reduzindo sua capacidade de (co) gestão das PPs.

Prossigo os estudos explicitando e detalhando a construção do percurso metodológico trilhado pela pesquisa avaliativa.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO: DESVELANDO O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE ATRAVÉS DO CRS V

A opção pelo método crítico dialético permite o desenvolvimento de avaliações a partir de aproximações sucessivas com a realidade, de modo a possibilitar movimentos articulados capazes de superar a aparência e desvendar a essência dos fenômenos, o objeto da avaliação. Trata-se de uma tentativa de construção da realidade, partindo do abstrato ao concreto, com uso articulado de diferentes procedimentos de pesquisa e informações provenientes de diferentes fontes [...] (SILVA e SILVA, 1998)

Nesse capítulo descrevo o percurso metodológico visando desvelar o exercício do controle social na saúde através do CRS V. Problematizo as questões investigativas como norteadoras da ação no campo de pesquisa, explico os objetivos do estudo - geral e específicos - e aponto as categorias de análise que fundamentam o referencial teórico. Além disso, desenvolvo os procedimentos metodológicos, apresento o tipo de estudo, instrumentos de pesquisa, técnicas de coleta de dados. Também abordo as diversas concepções de avaliação de PPs, apresento e fundamento o modelo utilizado. Concluo refletindo sobre o difícil e árduo estranhamento institucional necessário ao sujeito-pesquisador, que por um bom tempo foi sujeito do processo, ante a exigência da postura científica necessária para desenvolver o estudo de modo a lograr maior aproximação com o real, como real pensado e analisado.

2.1 A problematização das questões investigativas, objetivos e categorias analíticas

Considerando o ordenamento jurídico previsto na Lei Federal nº 8.142/1990, fica estabelecido a participação da comunidade organizada na gestão da Saúde como subsistema da Seguridade Social, bem como o seu controle social e, ao mesmo tempo, disciplina a transferência de recursos arrecadados pela União para os Estados, Distrito Federal e municípios brasileiros. Logo, a participação e o exercício do controle social são princípios estratégicos que estruturam o SUS.

Tal princípio legal se materializa por meio da instituição das Conferências e criação dos Conselhos de Saúde. Decorrente do processo constituinte, em Fortaleza, a descentralização gerencial e político-financeiro adotada pela PMF, resultou na criação e ampliação dos Conselhos de Saúde, que passam a funcionar como um sistema integrado em rede composto pelo CMSF, 06 CRSs e 93 CLSs (Leis municipais, nº 8.066/1997 e nº 8.092/1997; Decreto nº 10842/2000).

A lei federal define que os municípios, para receber os repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), devem comprovar o funcionamento adequado e regular dos conselhos de saúde, mediante o envio das atas das reuniões ordinárias mensais ao MS, além da manutenção de uma conta específica para a saúde, o Fundo Municipal de Saúde (FMS), para que sejam efetuadas as transferências dos recursos federal, estadual e a própria contrapartida de recursos municipais. Na condição de gestor, o município de Fortaleza tem que cumprir esses pré-requisitos legais para adquirir autonomia para administrar os recursos financeiros advindos para a saúde.

É importante observar que os conselhos de saúde, embora não sejam as únicas estruturas participativas no SUS, são as únicas obrigatórias para todos os entes federativos. Com isso, por meios legais se busca estimular a adoção de novos valores democráticos que assegurem a participação de forma ampliada, capaz de romper com o padrão tradicional de produção das PPs no país: de forma setorial, fragmentada e imposta do nível central para os locais regionais. Apesar das prerrogativas legais conquistadas, não raro prevalece concretamente essas formas de gerenciamento e controle social desconsiderando, por vezes, as especificidades locais e os interesses coletivos, em benefício dos interesses privatistas.

Para Avritzer (1995) os estudos sobre os conselhos de saúde devem considerar o processo de democratização em curso no Brasil, o qual tem sido marcado por conflitos entre a continuidade de uma cultura política tradicional e renovação nas práticas dos atores políticos, alicerçadas numa nova cultura política que engloba os valores democráticos forjados nos movimentos e organizações da sociedade civil.

Passados quase 24 anos de gestação pela via constitucional, o controle social como princípio teórico-político vem se materializando pela institucionalização dos organismos colegiados. Contudo, observo que, apesar de suas atribuições e competências estarem definidas na legislação, seu desenvolvimento ocorre de forma muito incipiente/vagarosa tanto em termos de promoção/incentivo à participação social quanto referente ao controle do Estado e das PPs necessárias para a consolidação do direito à saúde.

As responsabilidades propugnadas aos conselhos de se tornarem, simultaneamente, canal democrático da partilha de poder entre Estado-sociedade civil e instância participativa de efetivo controle social sobre os governos e as PPs contribuíram para suscitar indagações e questionamentos que marcam minha trajetória social, política, intelectual e continuamente foram se (re) fazendo e (re) atualizando, contribuindo para delinear questões norteadoras da investigadas: i) Em que território, contextos/circunstâncias, que sujeitos-conselheiros, como

operam? Enfim, como é a dinâmica concreta de funcionamento do CRS V?; ii) Como os conselheiros percebem a dinâmica da gestão colegiada na saúde e em que medida a participação e o exercício do controle social contribui para o aprimoramento da PP saúde locoregional? Como percebem o exercício do controle social pelo colegiado e quais os seus sentidos e significados?; iii) Quais são os limites, dilemas, contradições e possibilidades de atuação e funcionamento do CRS V como espaço público de deliberação e controle social da política de saúde implementada na SER V?

Alicerçado numa lógica analítica que busca apreender a realidade concreta tecida nas relações sociais sob a ótica da totalidade, com base na dialética marxiana das “contradições em processo” e no esforço epistemológico para superar visões lineares, descontextualizadas, fragmentadas, essas questões representam, na verdade, os caminhos norteadores que fundamentaram a descoberta, análise, avaliação final. (CARVALHO, 2010)

Considerando-se a necessidade de fortalecimento do conselho como instrumento potencial e estratégico na luta pela democratização do Estado e a consolidação do SUS enquanto política de saúde, desenvolvo esse estudo investigativo tendo como objetivo geral compreender e avaliar a participação e o exercício do controle social sobre a PP de saúde, na SER V, através do CRS V, entre 2008 a 2012, na confluência contraditória dos processos democráticos e ajuste estrutural decorrente da (re) formatação do Estado brasileiro contemporâneo em relação ao mercado, à realidade sociopolítica regional e, sobretudo, local, no final da primeira e início da segunda década do século XXI.

Em virtude da vivência profissional como odontólogo, trabalhador da atenção primária do SUS, conselheiro de saúde e agente político com atuação integrando o objeto e o campo de pesquisa; mas, sobretudo, como sujeito investigador instigado pelas inquietações levantadas no estudo teórico das disciplinas e debates realizados no Mestrado Profissional de Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), tenho a oportunidade de expor que tais circunstâncias possibilitam o entendimento de que esse processo é bastante complexo e paradoxal envolvendo a conscientização, motivação e aprendizado do valor democrático para todos os sujeitos participantes para, no dizer de Freire “buscar viabilizar o inédito viável” (1992, p. 75) da transformação das instituições e da própria cultura política social.

Para dar conta de tal objetivo “desconstruí” como compreendo na aparência o CRS V, desnaturalizando-o, visando aproximar-se de sua essência, criando condições de evidenciar as ambigüidades e, sobretudo, (re) construí-lo como campo de estudo empírico na ânsia por desvendar como a realidade de fato se apresenta. (SILVA *apud* DERRIDA, 2005)

Justifico sua escolha uma vez que, considerando-se o sistema de conselhos de saúde de Fortaleza, nesse período, consegue-se reunir um colegiado que notadamente tem dado demonstrações e tem resistido ao modelo de gestão autoritária e centralizadora do governo municipal (Luizianne Lins, PT 2005 – 2008 e 2009 - 2012) que utiliza, por vezes, a saúde como moeda de troca em nome da manutenção da governabilidade e apoio do legislativo em detrimento das necessidades coletivas de saúde como direito do cidadão fortalezense.

De certa forma, isso é possível porque o CRS V, em seu processo de trabalho busca pautar suas ações nos moldes do que Teixeira (2007) denomina de participação cidadã associada a uma atuação eminentemente técnica e também política, alicerçado nas garantias e prerrogativas participativas constitucionais e, principalmente, por uma compreensão de grande parte do colegiado da importância e defesa intransigente da autonomia e independência perante o governo. Todo esse esforço resulta na construção de um certo grau de expressividade/credibilidade política não apenas perante a sociedade civil da SER V, através dos CLSs, mas, também perante a setores mais progressistas do próprio governo que o reconhece como instância legítima de representação dos interesses sociais na saúde, embora suas decisões nem sempre sejam acatadas.

Para tanto, exponho o caminho que norteou a investigação apresentando os seguintes objetivos específicos: i) caracterizar o perfil sociopolítico do conselheiro da CRS V; ii) compreender a dinâmica de funcionamento do CRS V e o modo como os conselheiros o percebem; iii) Identificar a forma como o controle social se expressa; iv) explicitar limites, dilemas, contradições e possibilidades no aprimoramento do CRS V.

As categorias analíticas que expressam o referencial teórico do estudo dissertativo são: i) centrais: democratização, cidadania e direitos; Estado e PPs; participação e controle social ii) Operacionais: MRS, SUS, Conselhos de Saúde, cultura política brasileira; e iii) Metodológicas: avaliação em profundidade, avaliação crítico-reflexiva.

Para construir uma perspectiva avaliativa que permita desvelar a dinâmica de funcionamento e atuação do CRS V recorre-se, principalmente, ao embasamento teórico-analítico nas obras dos seguintes autores: Karl Marx (1993; 1996; 2001; 2008) e o materialismo histórico-dialético para explicar que os processos de transformação social ocorrem através do conflito de interesses das diferentes classes sociais; Boaventura de Souza Santos, em seu clássico trabalho “Democratizar a Democracia” (2000) que defende a radicalização da democracia, levantando a necessidade de articulação entre as instâncias de alta intensidade democrática para possibilitar o desenvolvimento de um movimento contra-hegemônico contemporâneo

que possa embater com o capital; Istiváns Mészáros (2002), Zigmund Bauman (2001), Chénais (1999; 2003; 2005) e Alba Carvalho (2006; 2008; 2009, 2010), autores(as) que muito contribuem para favorecer a compreensão e análise crítica dos efeitos do capitalismo em sua fase atual financeirista, crise estrutural e consequências sobre o Estado, as PPs e, por que não dizer, sobre a humanidade; do político marxista italiano Antonio Gramsci (*apud* Carvalho 2008), utilizo o conceito de hegemonia e estado ampliado para embasar a discussão/análise do Estado e sua relação com a sociedade; com Norberto Bobbio (2004) resgato a concepção formal/processual da democracia; com Pierre Bourdieu (*apud* Carvalho 2009) compartilho a visão metodológica de construção racional/criativa do sujeito que assume o desafio de conhecer e desvendar a realidade deve considerá-la em sua complexidade como síntese de múltiplas determinações a exigir o pensar relacional; com Florestan Fernandes (1976), Sérgio Buarque de Holanda (1993) e Gilberto Freyre (2006) resgato a historicidade da formação escravista econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira, no dizer de Oliveira (1999), um processo de violência, proibição de fala, privatização do público, evidenciando o patrimonialismo, colonialismo, anulação da política e revolução pelo alto com seus reflexos ainda bastante atuais; com Dagnino (1994; 2000; 2004), Aldaíza Sposati (1992), Alba Carvalho (2009) e Paolli e Telles (1994), busco a importante luz analítica para compreender no Brasil pós-redemocratizado a emergência dos movimentos sociais, a constituição de arenas públicas, os processos de luta em torno da conquista e institucionalização dos direitos em meio a desresponsabilização estatal, a disputa e (re) significação de diversas categorias em meio a confluência perversa e contraditória que marca os dilemas entre os processos democrático-populares e os de ajuste à nova ordem do capital; e, mais, especificamente, para abordar o controle social diálogo com a produção de Maria Inês Bravo (2007), Maria da Glória Gohn (2008), Luciana Tatagiba (2002), Maria Valéria Correia (2006; 2010), Raquel Raicheles (1998), Gilson Carvalho (2007), Antonio Ivo de Carvalho (1997), dentre outros.

É com esses referenciais que construí o objeto de estudo, a definição dos objetivos, categorias analíticas e questões de pesquisa que funcionam como balizas referenciais para tratamento e análise do material empírico.

A seguir, apresento e problematizo as concepções que devem nortear a avaliação de PPs e, adiante, explicita-se e fundamenta-se a construção metodológica utilizada para adentrar no campo e compreender a realidade material dos Conselhos de Saúde em Fortaleza, de forma mais genérica, e na SER V, de forma mais específica.

2.2 Concepções norteadoras da avaliação de PPs: de que avaliação estamos tratando?!

As PPs objetivam atender às necessidades emergentes dos diferentes setores da sociedade. Em seus estudos Ozanira Silva (2010) as define como:

a representação de um conjunto de ações ou omissões do Estado, decorrente de decisões e não decisões, construída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada. (SILVA E SILVA, 2010, p. 07)

Concordo com a pesquisadora, uma vez que as PPs não se tratam de meros recursos de legitimação política ou intervenção estatal, subordinados apenas à lógica da acumulação capitalista, mas sobretudo, de pressões sociais a partir de uma complexa interação, às vezes concomitantes, independentes, por vezes, até contraditórias, de diversos interesses de diferentes sujeitos sociais.

Tais intervenções sociais, de amplitudes mais ou menos institucionalizadas, produzem processos e resultados/impactos que devem ser analisados e avaliados a partir da aplicação da metodologia da pesquisa social para investigar a efetividade de seu produto, não apenas à luz de seus objetivos; mas, principalmente, em relação às verdadeiras transformações nas condições sociais vigentes. A avaliação de PPs representa o processo sistemático de estudo e análise visando qualificar a intervenção social no diagnóstico dos problemas, conceituação e desenho das políticas, implementação e gestão dos programas e, de maneira especial, avaliação de seus produtos e sua efetividade.

Todo esse processo visa assistir não apenas a tomada de decisão pelos gerentes/agentes decisórios, mas constituir uma consistente base conceitual de informações objetivando fundamentar escolhas, planejamento, programação de futuras ações além de facilitar a prestação de contas sobre políticas/programas. Pode evidenciar a pertinência e conveniência bem como alternativas, necessidades de novas intervenções para melhorar atividades em curso, correção de desvios e distorções retificando ações e (re) direcionando as intervenções sociais aos fins postulados.

É importante considerar que todo esforço é destinado a superar o clássico conceito de avaliação de PPs como mera medida/aferição de caráter técnico e instrumental, próprio de um método econométrico ou, ainda, como a análise de dados coletados em formulários padronizados que (co) relaciona linearmente os objetivos pré-estabelecidos com resultados alcançados típicos de um processo tecnicista onde o enfoque é puramente quantitativo. Esses modelos avaliativos baseados num padrão de conhecimento positivista e descontextualizados, têm se

mostrado incapazes em alcançar, captar e responder a complexidade da realidade social, pois desconsideram vários fatores e dimensões envolvidas assumindo a avaliação uma questão meramente técnico-operativa destituída de conteúdo político.

Em franca oposição a esses modelos, durante esse percurso investigativo empreendendo esforços para compreender/conceber a avaliação de PPs como um processo social, político, econômico, cultural de alta complexidade a exigir uma abordagem contemporânea centrada em um novo paradigma de ciência baseada em modelos alternativos que propõem a necessária contextualização e aproximações analíticas/interpretativas, a possibilitar diálogos e concepções multidimensional/interdisciplinares localizados nas fronteiras dos conhecimentos/disciplinas, perceptíveis a partir do exercício do pensar relacional, conforme visão racionalista-crítica de Bourdieu (*apud* CARVALHO, 2009).

Proponho delinear um desenho metodológico que considere as relações de poder, interesses e valores que perpassam e determinam os processos de formulação, implementação e avaliação das PPs nos moldes do que Lea Carvalho (2008) expressa como avaliação em profundidade e também denominado por Alba Carvalho (2010) de sócio-política. Para as autoras somente assim se pode constatar nesse cenário contraditório contemporâneo as (re) configurações do Estado e das PPs que deveriam trazer “tempos de bem-estar”, embora estejamos vivendo a “modernidade líquida”, no dizer de Bauman (2001), mergulhados num contexto de profundo e permanente mal-estar social.

Enfatizo, pois, a necessidade em centrar esforços para (inter) relacionar o micro e o macro nas análises circunscritas a contextos que concentram pobreza, desigualdades e exclusões sociais, de modo que se possa ampliar (novas) possibilidades, caminhos e percepções, me afastando de uma lógica puramente técnica, procedimental, linear. Isso evidencia que a compreensão dos sentidos e significados da essência e dinâmica das PPs é processual e comporta múltiplas determinações, inclusive, a subjetividade sócio-histórico-política do pesquisador - que vê e fala de um lugar construído a partir dos seus valores e concepções de vida - que deve desconsiderar verdades absolutas e a obrigatoriedade da prova reconhecendo a importância da busca pela interpretação e descoberta sobre a participação e o exercício do controle social na política de saúde pelo CRS V.

Em consonância com o referencial teórico adotado e levando em conta o processo de implementação do SUS regional, proponho realizar uma avaliação de processo crítico-analítica de caráter participativo do CRS V, considerando o contexto histórico dessa instância de participação e exercício do controle social.

Dessa forma, reitero o compromisso em pautar-me pelo exercício da razão crítica e no esforço em desenvolver um consistente desenho metodológico, porém, não “engessantes” que consiga captar os achados empíricos e fundamentar as análises e avaliações. Para assegurar a conduta e a racionalidade científica utilizo diversas formas de expor e recuperar as narrativas dos sujeitos envolvidos de forma a problematizar as questões e não entrar nas querelas que induzem juízos de valor e posturas parciais cuja descrição segue abaixo.

2.3 Explicitando os procedimentos metodológicos para a avaliação

A pesquisa científica objetiva fundamentalmente contribuir para a evolução do conhecimento humano, devendo ser planejada e executada segundo conjuntos de normas metodológicas e critérios de processamento de informações consagrados pela ciência. No contexto atual de transição e diversidade de paradigmas epistemológicos alargam-se as perspectivas e possibilidades de produção do conhecimento científico em diferentes contextos culturais e políticos buscando superar uma epistemologia descontextualizada e abstrata típico de um padrão positivo de ciências, compreendendo-a como um sucessivo e dinâmico processo de aproximação de uma suposta verdade que jamais será absoluta e acabada.

Importante contribuição traz Lowy (2008) quando destaca que todo conhecimento é um processo de acercamento, aproximações à verdade, havendo dentro do saber científico níveis maiores ou menores de aproximação. A produção científica é, portanto aproximações da verdade, a fim de gerar novos conhecimentos num processo inacabado e permanente.

Dessa forma, o pesquisador deve se esforçar para superar “o mito científico” que se proclama único e universal, meio dominante, de produção de conhecimento na ciência moderna e se pautar pela perspectiva emancipatória da racionalidade científica centrada na diversidade de saberes buscando aproximar-se das bordas disciplinares a partir da compreensão de que não existe espaço vazio. Alicerço-me, portanto, na instituição de práticas interdisciplinares para contemplar a totalidade do conhecimento, articulando outro padrão de pensamento que propicia a emergência de alternativas epistêmicas. Destarte, pode-se rumar para o desconhecido, desnaturalizando o que é dado e percebido como natural e problematizando incessantemente a realidade conjuntural que está continuamente a nos interpelar/questionar. (CARVALHO, 2009)

Como a avaliação de PPs é uma pesquisa social aplicada que pretende captar sentidos, significados, contradições, valores, motivações e atitudes que permeiam e influenciam a configuração e resultados das políticas e programas, a pesquisa em questão se delinea a partir

da abordagem, essencialmente, qualitativa e se constitui em um estudo de caso com o uso de técnicas de tipo etnográficas que tem como instrumentos de coleta de dados: observações e registros no diário de campo, questionários semi-estruturados aberto/fechados e grupos focais. A abordagem abrange a problematização das relações sócio-político-cultural dos sujeitos/atores constituintes do CRS V, como espaço de deliberação pública e controle social da política de saúde regional.

De acordo com Minayo (1994, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não poder ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Considerando o objeto de estudo, delimitação do campo investigativo, concepções e visões de mundo dos sujeitos da pesquisa e pesquisador realizei uma avaliação de processo da participação e exercício do controle social na saúde através do CRS V.

Para alcançar tal empreitada, exponho um conjunto de ações planejadas e articuladas com o propósito de operar a pesquisa avaliativa participativa cujo percurso investigativo abrange 03 etapas/fases concomitantes e inter-relacionadas.

Na construção do percurso metodológico, a 1º fase incluiu o levantamento e mapeamento de dados bibliográficos referentes à produção acadêmica e à produção oficial utilizando como fontes o referencial teórico estudado durante as disciplinas do MAPP e os achados do campo empírico: legislações municipais, Resoluções, Regimentos Internos, Atas de assembleias, outros. Tal mapeamento teve como foco fundamental a contextualização analítica e construção do objeto de pesquisa.

A 2ª fase representou a pesquisa empírica propriamente dita mediante utilização dos instrumentos e técnicas próprias da etnografia, isto é, empreender ações de intervenção no campo de investigação buscando conhecer o ambiente social e vivenciar cada vez mais relações de aproximação com os sujeitos da pesquisa - homens e mulheres, na condição de conselheiros regionais representantes dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Início esse percurso, junho/2011 a março/2012, definindo e aplicando como instrumento para coleta de dados um questionário aberto/fechado e semi-estruturado (anexo A)²⁴

²⁴ Destaco que esse instrumento foi aplicado e distribuídos para todos os conselheiros de saúde da SER V, locais e regionais, presentes durante a realização da I Conferência Regional de Saúde realizado em out2011.

à sociedade civil da SER V visando a obtenção de respostas espontâneas para ajudar na compreensão da inserção socioeducacional e políticocultural dos sujeitos da pesquisa.

A análise e sistematização dos dados primários coletados sobre a participação e o exercício do controle social na SER V contribuiu para uma definição/confirmação das categorias específicas, evidenciando tendências, idéias, propostas e apoio para a construção de outros instrumentos complementares de levantamento de dados, no caso, o grupo focal.

A opção pela utilização do grupo focal se justifica face ao caráter coletivo da interação social no CRS V, em detrimento da perspectiva da individualidade dos sujeitos. Nesse sentido, a técnica permite a emergência e captação de informações a partir das trocas realizadas de uma multiplicidade de pontos de vistas e processos emocionais – conceitos, sentimentos, atitudes, ideologias, crenças, experiências, reações - criados pelo próprio contexto da interação, possibilitando a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difícil de manifestar. (YIN, 2001)

Compreendo que a dinâmica coletiva do grupo focal favorece a obtenção de perspectivas diferentes sobre a construção da realidade do controle social pelos conselheiros, a existência de diferenças de poder entre eles, identificação dos consensos e a forma como lidam com as divergências e percepções. Também propicia um momento de desenvolvimento cognitivo bem como pode provocar novas reflexões, esclarecer raciocínios e pontos de vistas.

Construí o roteiro orientativo (anexo B) para realização de 03 grupos focais compostos em média por 06 conselheiros regionais de saúde, voluntários que foram divididos conforme sua representação no conselho: gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Optei pelo uso e confecção de tarjetas para estimular os debates. Atuei diretamente como moderador, concentrando esforços para conduzir e explorar os sentidos e significados da participação e o exercício do controle social, maximizando a oportunidade de compreender as diferentes posições tomadas pelos membros heterogêneos do CRS V.

A 3ª fase consistiu em interpretar, sistematizar e analisar o material coletado, isto é, ordenação, classificação e análise propriamente dita, confrontando a abordagem teórica com o que foi detectado como achados e contribuições da investigação no campo, compreendendo a análise avaliativa final como momento essencial na verificação do cumprimento de objetivos propostos e seus impactos nas ações participativas e típicas de exercício de controle social. Enfim, trata-se de proceder à escrita do relatório avaliativo final (RAF), no caso específico a própria dissertação.

Para analisar os dados primários, recorri aos fundamentos teóricos da análise de conteúdo proposto por Bardin (2010). Como a temática em questão tem cunho eminentemente político a autora advoga que a análise de conteúdo exige um certo intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa. É justamente nesse intervalo de tempo que se localiza a riqueza e fertilidade da análise de conteúdo.

Nesse sentido, o fundamento de sua técnica consiste numa hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência com base lógica. A autora nos revela:

enquanto esforço de interpretação a análise do discurso oscila entre dois pólos o rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a esta atitude de *voyeur* de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta de rigor científico. **Analisar mensagens por esta dupla leitura onde a segunda leitura se substitui à leitura “normal” do leigo, é ser agente duplo, detetive, espião [...]** (BARDIN, 2010, pp.7) (grifos meus)

As características importantes das mensagens contidas nos trechos dos fluxos comunicacionais entre os entrevistados dos grupos focais serão apresentados/expostos e enumeradas mediante transcrição direta ou descrição resumida. Concomitantemente, a partir do tratamento e manipulação das mensagens procurei deduzir de maneira lógica, em virtude de conhecer os emissores das falas, seu meio e contexto particular, os diálogos postos em evidência buscando interpretá-los em seus significados de acordo com as categorias analíticas selecionadas num esforço para medir a implicação do político nos discursos.

Em seguida, sobrepos os dados coletados buscando uma maior amplitude e profundidade analítica da informação a partir das comparações entre discursos, impressões, observações evidenciando coincidências ou discrepâncias emergentes do campo de pesquisa acerca de como o CRS V opera. Também, busquei desvendar as interconexões e cruzamentos entre o contexto micro e macro relacional onde ocorre a participação e o exercício do controle social sobre o Estado e as PPs, estabelecendo uma comparação entre a produção acadêmica com a produção oficial/legal objetivando (co) relacionar o discurso teórico-acadêmico com os entendimentos sociais produzidos pelo CRS V.

Saliento, por fim, que a avaliação é perfeitamente justificada pela compreensão de que os cidadãos cujas vidas são modeladas pelas PPs que regulam a produção, oferta, acesso e usufruto a bens públicos tal qual a saúde, têm o direito constitucionalmente assegurados de expressar seus interesses (imediatos e de médio/longo prazo) e de competir, em condições justas, para que tais interesses disputem e influenciem as decisões políticas. Além disso, a

relevância da avaliação das PPs contribui para gerar um conhecimento sobre o próprio CRS V, o que pode aprimorar o planejamento e as ações de controle social e, sobretudo, constituindo-se num meio para subsidiar a tomada de decisões futuras.

Para maior detalhamento metodológico do estudo dissertativo, convém explicitar os instrumentos para coleta de dados e sua operacionalização no campo de pesquisa.

- Instrumentos da pesquisa

Para assegurar a execução das três fases do estudo, foram utilizados alguns instrumentos de pesquisa: questionários abertos/fechados; observação participante: conversas informais com conselheiros de saúde, observações da dinâmica de atuação e funcionamento do conselho, grupos focais.

- Coleta de dados

Pesquisa de documentos públicos oficiais dos CRS V, os regimentos organizativos, e, sobretudo, as resoluções produzidas e legitimadas pelos plenários enfatizando a temática de estudo, seus objetivos, a problemática, etc. Em paralelo à coleta de informações junto aos atores sociais envolvidos, continuei realizando estudos de revisão e aprofundamento teórico sobre as práticas participativas e de controle social.

- Produção escrita

Concluída a coleta de informações através do levantamento bibliográfico e pesquisa de campo, bem como a triagem do material coletado, empreendi a produção escrita contendo os resultados das investigações constituindo o capítulo final do relatório avaliativo.

A abordagem metodológica, essencialmente qualitativa, consiste num estudo de caso com o uso de técnicas de tipo etnográfico, onde a utilização dos instrumentos de pesquisa, questionários aberto/fechado e realização de grupos focais, permite entrelaçar uma pluralidade de olhares dos conselheiros, constituindo os dados primários que possibilitam compreender melhor a dinâmica participativa e o exercício do controle social através do CRS V, em meio a esse complexo cenário contraditório contemporâneo que deveria trazer “tempos de bem-estar”, embora se esteja vivenciando a era da “modernidade líquida”, mergulhados num contexto de mal-estar social, fluidez das relações sociais, destituição do usufruto de bens/serviços essenciais pela grande massa populacional. (BAUMAN, 2001).

Dessa forma, abraçar a causa do Controle Social em Fortaleza, especialmente na SER V, através do CRS V, implica abraçar a causa dos que lutam pelo fim das desigualdades, opressão, subordinação, discriminação, pelo direito de ser gente, cidadão, sujeito da própria

história. É lutar pela igualdade e justiça social num país que ainda não rompeu com a exclusão social, que insiste em disponibilizar ações/serviços públicos focalizados, pobres para pobres/miseráveis na forma de concessões e benesses compensatórias.

A PP de saúde vai sendo delineada e implementada de um lado para reduzir as tensões sociais e de forma disciplinadora objetivando o controle destas populações e de outro lado face as carências, limitações e fragilidades do SUS que acarretam na destituição dos direitos em saúde consolida a lógica mercantil das ações e serviços de saúde engendrando um promissor campo de acumulação do capital. Isso precisa mudar, porque já é tempo, já é hora, está mais do que no momento das coisas mudarem, de se evidenciar a beleza que é o ser humano, não importa a cor da pele, não importa o sexo, a nacionalidade, a religião, o que importa é ser humano e, para ser isso, não deve existir qualquer tipo de fronteira.

Adiante, circunscrevo o campo empírico, objeto e sujeitos da pesquisa.

3 CIRCUNSCREVENDO O CAMPO EMPÍRICO, O OBJETO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

“Nossos conhecimentos são apenas aproximações da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível.” (LUKÁCS, 1967)

Neste capítulo circunscrevo o campo investigativo tomando como referência a PP de saúde implementada em Fortaleza na SER V e delimito o CRS V como campo de estudo empírico. Após a construção de um caminho teórico visando contextualizar o cenário contemporâneo e, ciente de que diversos fatores - tanto os mundiais quanto os nacionais, regionais e locais - influenciam e condicionam a participação e o exercício do controle social das PPs de saúde proouro, a partir daqui, apresentar e caracterizar os principais aspectos sócio-econômico-demográficos e político-administrativos de Fortaleza, a política de saúde municipal e o sistema municipal de organismos colegiados (co)gestores na saúde com foco central na SER V e no CRS V. A fim de situar a tessitura empírica, descrevo essas institucionalidades, os sujeitos da pesquisa, as condições de governança local e os relacionamentos com as demais esferas municipais de governo, com as outras instâncias participativas e com a sociedade.

3.1 Aspectos sócio-econômico-demográficos e político-administrativos de Fortaleza

Em se tratando dos aspectos sócio-econômico-demográficos, Fortaleza é a capital e a cidade mais populosa do Ceará, localizada na região do litoral Norte, possuindo 313,8 km² de área e população de 2.447.409 habitantes²⁵, o que representa aproximadamente 28,82% da população total do estado. Esses dados revelam se tratar da capital de maior densidade demográfica do país²⁶, com 7.815,70 hab/km², formando com outros 12 municípios a região metropolitana de Fortaleza²⁷ (RMF), despontando como a quinta mais populosa do Brasil e a segunda do Nordeste.

Em Fortaleza se concentra 71,69% da população da Região Metropolitana. Um pouco mais da metade, 53,2%, são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos. Apesar de a população ser predominante jovem, a pirâmide populacional demonstra um processo de transição demográfica, evidenciando gradativo envelhecimento da

²⁵Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 19 jul 2012.

²⁶Disponível em:<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1071268>. Acesso em: 20 jul 2012.

²⁷A RMF é composta por quatorze municípios que apresentam territórios distintos: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Pindoretama e São Gonçalo do Amarante. (Plano municipal de saúde de Fortaleza 2006-2009)

população devido, entre outros fatores, ao incremento nas ações de promoção e prevenção da saúde, sobretudo, da atenção básica, com a ampliação do Programa Saúde da Família (PSF)²⁸, que resulta na redução da taxa de natalidade, diminuição da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, sendo que a população acima de 60 anos corresponde a 7,48% do total existente hoje.

Em termos econômicos tem o 10º maior Produto Interno Bruto (PIB) municipal da nação e o segundo do Nordeste, com 31,7 bilhões de reais²⁹. Apresenta importantes atividades industriais e comércio diversificado, embora a vocação turística venha se consolidando como importante atividade geradora de divisas representando nos últimos anos um dos destinos mais visitados do país³⁰.

Em 1996 o relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) enumera diversos problemas socioeconômicos enfatizando as múltiplas dimensões da pobreza, quadro que se mantém até os dias atuais. Foram destacados no documento, dentre outros: a extrema concentração de renda, riqueza e poder político; mercado de trabalho estagnado marcado pelo emprego informal; negligência de atendimento das necessidades urbanas de habitação, serviços essenciais de saúde, educacionais, infraestrutura urbana e proteção ambiental; rápido fluxo migratório rural face às desigualdades e injustiças sócio-estaduais no campo. O relatório aponta taxa de analfabetismo de 17% e que apenas 44% dos trabalhadores possuíam vínculo empregatício formal. Um dado muito preocupante foi a revelação de que apenas 1% dos mais ricos ganham mais do que os 60% mais pobres.

Pelo exposto, a metrópole cearense se encontra estruturada e convivendo com uma realidade contraditória de segregação social e extrema desigualdade econômica, coexistindo na mesma unidade territorial uma mistura de múltiplas cidades fragmentadas com características urbanas bastantes distintas que se articulam conflituosamente.

De acordo, com Barreira (1998) a desigualdade social se manifesta no plano espacial, segmentando a cidade nos setores leste e oeste. A zona oeste abrange o contingente da cidade que vive na extrema pobreza e graves disparidades sociais. Quase a metade da população sobrevive com menos de 01 salário mínimo, apresentando um enorme déficit habitacio-

²⁸ Atualmente, a cobertura do PSF em Fortaleza é da ordem de 35%. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=359:fortaleza-3o-cidade-com-maior-cobertura-do-programa-saude-da-familia&catid=3:destaque-principal>. Acesso em ago 2012.

²⁹ Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005_2009/tabelas_pdf/tab02.pdf>. Acesso em: 19 ago 2012.

³⁰ Em 2010 foi a capital do Nordeste mais procurada por viajantes nacionais, segundo um estudo do site especializado em turismo Hotéis.com.

nal, exibindo diversas ocupações de áreas de risco e a presença de aglomerados com alta densidade habitacional com pouca infraestrutura básica. Um exemplo disso é o chamado Grande Bom Jardim, que se constitui num dos maiores adensamento populacional do Brasil, e faz parte dos chamados “bairros populares”, reflexos das mais diversas desigualdades sociais que “empurram” para a periferia o crescente contingente de sobrantes, destituídos do acesso aos frutos do crescimento econômico e aos direitos sociais, o que cria e amplia o círculo vicioso de pobreza e violência. Em oposição a essa realidade a cidade leste é ocupada, sobretudo, pelos que detêm maior poder aquisitivo, caracterizando-se pela modernidade em expansão, expressa nos bairros que ostentam luxo e conforto, dotados de equipamentos para prestar um serviço de qualidade e com melhores infraestruturas urbanas.

Essa caracterização retrata a inegável a existência de profundos contrastes sócio-econômico-demográficos em Fortaleza, reflexo da desigual realidade nacional e regional, configurando uma situação de vida material marcada, de um lado, por um quadro de riqueza e abundância e, de outro lado, pela miséria e penúria. Lutar para reduzir essa desigualdade é uma tarefa de todos(as) os cidadãos(ãs) e governantes do patrimônio público e máquina estatal apoiados no discurso de mudar essa realidade. Contudo, não é exatamente isso que vem acontecendo efetivamente, embora no âmbito legal seja possível notar algumas conquistas e avanços importantes.

Em termos político-administrativos a CF/1988 quando estabelece as diretrizes descentralizadoras e participativas redefine as atribuições dos entes federativos fortalecendo institucionalmente os municípios³¹, que ganham autonomia ampliando o espaço de atuação do poder local. Os municípios, no plano legal, adquirem o direito de se auto-organizar a partir de sua lei orgânica visando a formulação de PPs condizentes com a realidade e necessidades locais, aproximando o Estado do cidadão de modo a encontrar soluções criativas, adequadas e efetivas aos problemas municipais, além de possibilitar o direito às práticas de participação o que pode propiciar ao cidadão o acesso às informações e o exercício do controle social respeitando a autonomia e liberdade de ação da sociedade civil em determinado espaço territorial.

Para a consecução dessas diretrizes constitucionais administrativas, a PMF sofre um processo de reforma administrativa que altera seu organograma e as atribuições do seu aparelho estatal. Assim, no segundo governo do prefeito Juraci Magalhães (PMDB, 1997 -

³¹Compreendo a municipalização como um processo contraditório, sobretudo, com o avanço neoliberal que tende a reduzir o Estado e estimular o setor privado, que pressupõe o discurso da descentralização executiva – dispor dos serviços mais próximos da população – e não apenas o repasse de encargos para as prefeituras, e a descentralização política, através da articulação envolvendo não apenas o poder político da sociedade política, mas outras modalidades de poder derivados da sociedade.

2000) foi aprovada a Lei nº 8000, em 29 de janeiro de 1997, que se embasa em dois pressupostos fundamentais. O discurso oficial manifesta:

(...) a **descentralização**, como um meio de levar as decisões para junto do cidadão, tornando a organização pública mais permeável às suas demandas e opiniões e a **intersectorialidade**, considerando que as necessidades do cidadão não são estanques e, se o consumo do serviço público for planejado de forma integrada e articulada, poderá superar a fragmentação que até então tem caracterizado as ações das políticas sociais. (Relatório da PMF/1997) (grifos meus)

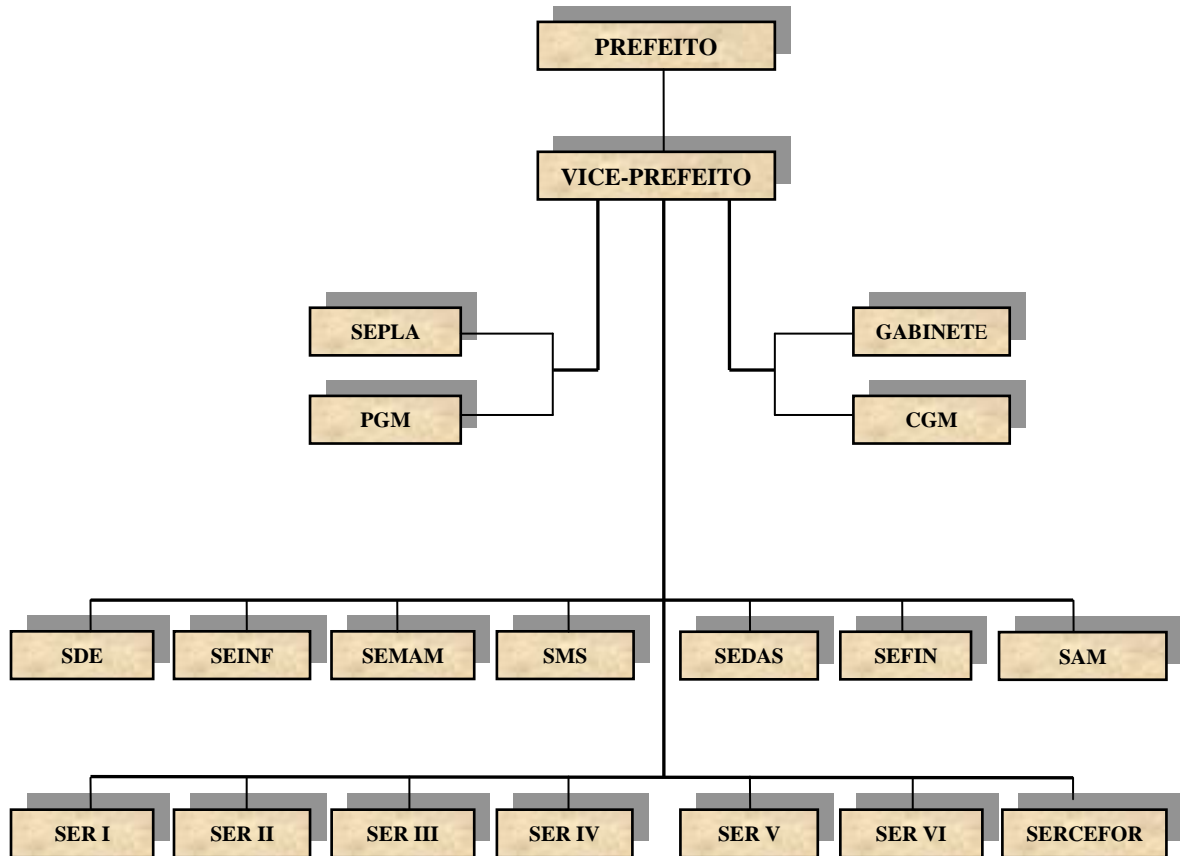
Além de contemplar o princípio da descentralização a reforma municipal preceitua que o serviço público seja planejado e implementado de forma integrada e articulada buscando superar a fragmentação das PPs, principalmente, das políticas sociais, além de facilitar a participação na tomada de decisões o que, em tese, poderia tornar as organizações públicas mais permeáveis às demandas e opiniões do cidadão face ao caráter mutável das suas necessidades devido a aproximação do Estado e dos benefícios sociais com o cidadão. A legislação apregoa:

[...] com esses dois pressupostos – descentralização e intersectorialidade – pretende-se configurar uma nova organização para a Prefeitura, extinguindo alguns órgãos, redefinindo alguns outros e criando novas secretarias com o fito de alcançar a descentralização das tarefas de governo, com a criação das Secretarias de Desenvolvimento Territorial e Desenvolvimento Social, visando a integração intersectorial, devem promover a articulação com as seis Secretarias Executivas Regionais e com outros níveis de governo. Com essa nova organização pretende-se que os problemas do município e de sua população sejam identificados e solucionados em cada parte do território e com relação a cada grupo populacional, de maneira integral e intersectorial (FORTALEZA, 1997, p. 23).

Em decorrência dessa preocupação, extinguem-se várias secretarias³² e se criam outras denominadas de articuladoras³³, além de 06 SERs dotadas de estrutura organizacional e competências regulamentadas pelo Decreto nº 10.067 de 22 de abril de 1997. Estas últimas têm como missão garantir a gestão executiva regional da cidade, promovendo agilidade aos serviços públicos, articulando a identificação e o atendimento das necessidades/demandas aos diversos grupos populacionais do município, atentando para a dinâmica de uso do espaço urbano e peculiaridades sociais considerando o desenvolvimento territorial, meio ambiente e desenvolvimento social.

³²Secretaria do Trabalho e da Ação Social do Município, Secretaria de transporte do Município, Secretaria de serviços públicos, Secretaria da Educação e Cultura do Município, Secretaria da Saúde do Município, Secretaria da Imprensa e Relações Públicas, Secretaria do controle urbano e meio ambiente.

³³Dentro da nova estrutura administrativa foram instituídas as Secretarias de Ação Governamental (SAG), de Desenvolvimento Social (SMDS), de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente (SMDE), permanecendo as Secretarias de Administração (SAM), a de Finanças do município (SEFIN) e a Procuradoria Geral do Município (PGM), além de alguns órgãos da administração indireta. Posteriormente, em 1999, foi criada a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico (SMDE), através da Lei 8283/1999.

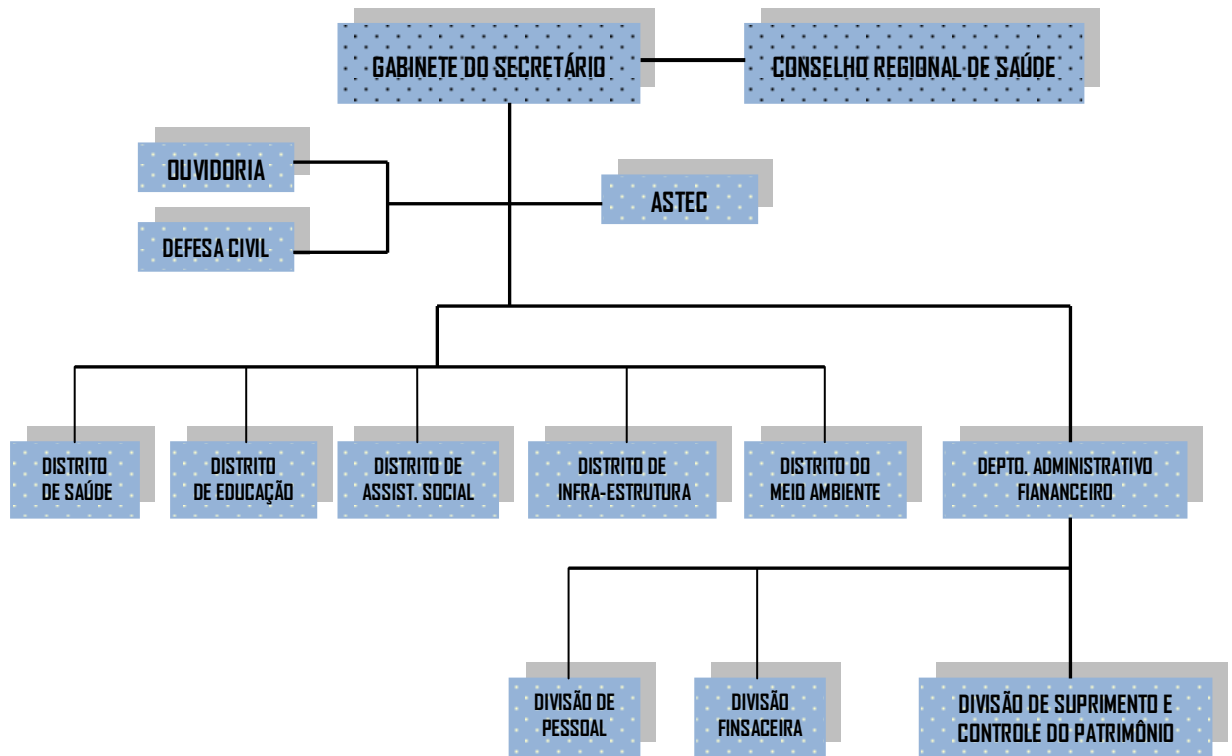
Figura 2 – Organograma da Prefeitura Municipal de Fortaleza

Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza (Plano Municipal de Saúde – 2006-2009)

Andrade (2006) compreende que cabe às SERs o papel executivo das políticas setoriais que, de forma articulada, devem definir suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando serviços articulados em uma rede de proteção social constituída por distritos: Saúde, Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infraestrutura. (PMF, 2006 a 2009)

Deve existir, então, uma perfeita interlocução e articulação entre os aparelhos de estado, as SERs e secretárias temáticas. Estas responsáveis pela definição dos princípios e diretrizes orientadoras do planejamento, formulação, monitoramento e avaliação das PPs e aquelas diretamente responsáveis pela implementação de modo a garantir o bem-estar social do município de Fortaleza.

Figura 3 – Organograma das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza (Plano Municipal de Saúde – 2006-2009)

No plano político, nas últimas três décadas, a cidade presencia diversas experiências na gestão municipal. Início essa breve retrospectiva a partir do governo da prefeita Maria Luiza Fontenele (PT, 1985-1988) cuja gestão significa uma ruptura com as práticas coronelistas da família Accioly, que se reproduziam no poder. Embora num contexto adverso diante das amarras legais que restringiam/atrelavam o município aos outros entes federais e, sobretudo, devido as divergências políticas com o governo do Estado, Tasso Jereissati (PSDB, 1987-1991), e com o governo Federal, José Sarney (PMDB, 1985-1990), os quais, em vários momentos, boicotaram a gestão municipal que teve como marca a participação popular como condição essencial para a constituição dos princípios éticos e agir político, embora as PPs não tivessem conseguido resultados concretos à época.

Em pleno avanço do ideário neoliberal e suas propostas de reforma estatal, o rápido governo do prefeito do PSDB, Ciro Gomes (1989-1990), pauta-se pelo “enxugamento” da máquina estatal implementando medidas administrativas mais austeras visando adequar a PMF aos novos tempos do capital. Em virtude de sua eleição para governar o Estado, os três

próximos prefeitos – Juracy Magalhães (PMDB, 1990-1992), Antonio Cambraia (PMDB, 1993-1996) e novamente Juracy Magalhães (PMDB/PL, 1997-2000-2004) período contínuo de domínio por um mesmo grupo denominado “juracismo” – notabilizaram suas gestões com ênfase na realização de obras urbanísticas direcionadas ao desenvolvimento da infraestrutura urbana, secundarizando as políticas sociais.

Contrariando a decisão central do partido e as pesquisas de opinião, porém com amplo apoio popular inicia o governo da prefeita do PT, Luizianne Lins (2005 – 2008 e 2009 – 2012), com a expectativa de ampliar e democratizar a participação dos segmentos mais excluídos – diversidade sexual, mulheres, juventude, crianças e adolescente, pessoas portadoras de necessidades especiais, negros, residentes na periferia da cidade - na formulação das PPs, na reversão das condições sociais produtoras de iniquidades como meio de minimizar o quadro de desigualdades e condições sócio-econômicas de grande parte da população. O *slogan* era “cuidar das pessoas”, sobretudo, dos mais vulneráveis.

Ocorre, no entanto, que ao assumir o governo com a responsabilidade de gerir uma grande cidade brasileira com enormes carências/necessidades sociais, o governo Luizianne empreende esforços para viabilizar a sua gestão. Em primeiro lugar, reconcilia-se com a direção nacional do seu partido, que lhe fizera oposição apoiando abertamente o candidato de outra agremiação partidária, Inácio Arruda, candidato pelo PCdoB, e, em seguida, alinha-se ao governo federal reproduzindo no município a governabilidade federal: governo de frente popular apoiado por coalização partidária de centro-esquerda.

Esses fatos são descritos amiúde por Costa Junior (2011) demonstrando que antes mesmo de tomar posse a nova gestão petista que conseguira eleger apenas 04 vereadores, tendo recebido apoio integral de apenas 01 dos 41 eleitos, consegue rapidamente a maioria do legislativo municipal. Recorda o pesquisador:

Dos quatro vereadores eleitos na coligação PT-PSB, Guilherme Sampaio (PT), José Maria Pontes (PT), Salmito Filho (PT) e Sérgio Novaes (PSB), apenas o último apoiou Luizianne desde o primeiro turno. Uma aliança entre vários partidos com o apoio da prefeita elegeu Tim Gomes, PHS, para a presidência da Câmara dos Vereadores. Vale registrar que Tim Gomes havia sido assessor direto do ex-prefeito Juracy Magalhães. (COSTA JUNIOR, 2011, p. 140)

Para o estudioso o apoio do legislativo se baseava na forma tradicional fazer político: distribuição de cargos aos novos aliados além da manutenção, em vários cargos comissionados, de pessoas ligadas à gestão anterior. Em linhas gerais, a gestão dita de esquerda progressista inicia seu governo secundarizando os compromissos assumidos junto aos movimentos populares e aos mais excluídos, trilhando caminhos semelhantes por governos e empresá-

rios ditos de direita conservadora, o que representa “o avanço e aprofundamento de um modelo de desenvolvimento privatista e excludente iniciado com o governo das mudanças (Tasso e Cia.) e que continua plenamente na gestão Cid Gomes e de forma contundente no segundo mandato de Luizianne Lins”, que se prolonga até os dias atuais. (COSTA JUNIOR, 2011)

Após a breve caracterização e enunciação dos cenários políticos, situo e contextualizo as SERs.

Geograficamente, a SER V se encontra localizada na área sudoeste da cidade e a SER VI, a mais populosa, na área sudeste. Ambas em processo de expansão urbana têm despontado entre as regiões com maiores problemas sociais em relação às áreas nordeste, onde se situa a SER II, e a noroeste, onde ficam as SER I, III e IV e a SER VII, que abriga o Centro de Fortaleza.

Quanto à renda per capita, os 10 bairros com menor renda estão assim distribuídos: 06 bairros na SER V, 02 na SER I, 01 na SER III e 01 na SER VI. Pode-se constatar, mediante os dados, que a área sudoeste - SER VI (reúne os bairros mais pobres da cidade). Dentre eles, o Parque Presidente Vargas (SER V) apresenta a menor renda per capita, equivalente a R\$ 269,63, enquanto o Meireles (SER II) apresenta a maior renda, correspondente a R\$ 4.289,36. Isso significa que o bairro mais rico possui uma renda 16 vezes superior ao mais pobre, evidenciando uma enorme disparidade econômica e um profundo fosso social dentro de um mesmo município. No tocante ao IDH do Município - IDH-M³⁴ por SER verifica-se que apenas 07 bairros têm IDH-M alto e todos eles estão situados na SER II.

Em linhas gerais, os dados revelam que 66 bairros de Fortaleza apresentam IDH-M médio e 46 IDH-M baixo, cuja grande maioria está localizada na SER V e SER VI. A SER II reúne apenas 14,56% da população total da cidade, porém, concentra 40,56% da renda total dos responsáveis por domicílios particulares e o melhor IDH-M em relação às outras SERs.

Observa-se, com isso, a partir dos dados da renda per capita da população - não obstante o fato de que nos bairros mais ricos existem bolsões de miséria e pobreza e de que nos bairros mais pobres há um mínimo avanço da prosperidade – que, de um lado da cidade, concentra-se a população mais rica social e economicamente - uma “cidade dos ricos” - expandindo-se na direção do litoral leste com sua imagem associada às atividades mais produtivas.

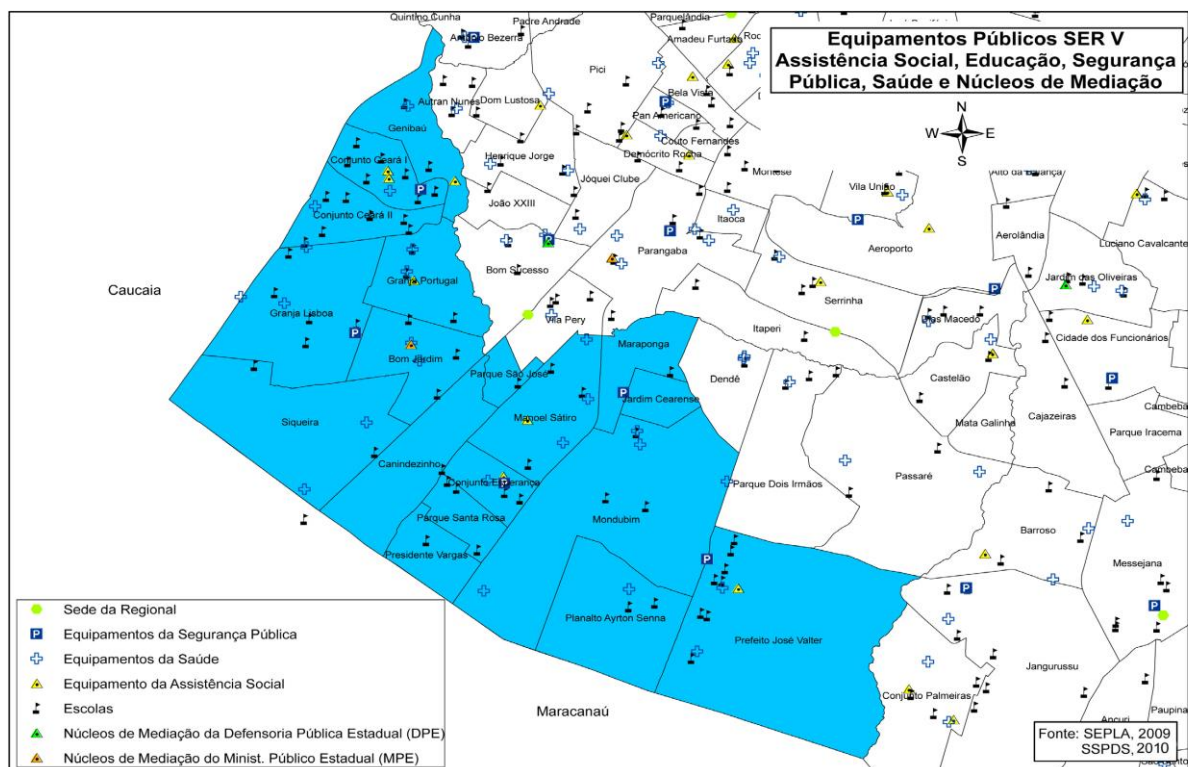
³⁴ Esse índice contempla três indicadores: a média de anos de estudo do chefe de família, a taxa de alfabetização e renda média do chefe de família (em salários mínimos). Assim, quanto mais próximo da nota 1,0 mais desenvolvido é o bairro. Na SER V, por exemplo, a Maraponga aparece com a melhor média (0,572). Em seguida, vem o Conjunto Ceará (0,529), o José Walter (0,515) e o Jardim Cearense (0,507). Dentre os piores estão o Parque Presidente Vargas (0,377), o Siqueira (0,377) e o Genibaú (0,378). O Bom Jardim obteve média de 0,403. (FORTALEZA, 2010)

vas que asseguram *status* social e uma melhor condição de bem viver. No lado oposto, na SER V, encontra-se a população mais pobre, detendo apenas 10,33% da renda per capita e apresentando os piores indicadores sociais e o mais baixo IDH municipal. Esse universo populacional vai se desenvolvendo às margens da cidade, desfavorecida pelos ventos, com poucas perspectivas de melhorias nas atividades produtivas, com baixíssimo *status* social e, muito provavelmente, fadada a conviver e desfrutar das piores condições de vida. O cenário evidencia que essa parte da "cidade dos pobres", ao se aproximar do Distrito Industrial do município vizinho, Maracanaú, acaba vinculando sua imagem ao trabalho árduo da produção manual e, quando muito, da produção fabril, à exclusão histórica e à precariedade nas condições de sobrevivência.

Feito esse mapeamento geral, a partir de agora detenho atenção, de forma mais específica, à SER V, como campo investigativo da pesquisa.

3.2 Realidades e dinâmicas do território da SER V

Figura 4 – Mapa da Secretaria Executiva Regional V



Fonte: UECE. Mapa da Criminalidade e Violência em Fortaleza. Disponível em: <http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_V.pdf> Acesso em: 12 abr 2012.

O território da SER V apresenta dimensões municipais congregando em seu espaço a característica peculiar de grandes discrepâncias sociodemográficas. Essa regional comporta a parte mais populosa, possuindo 21,1% da população de Fortaleza, e a mais pobre da cidade, apresentando rendimentos médios de 3,07 salários. Conta com 17 bairros, sendo o Mondubim o que possui maior número de habitantes com 80 mil, seguido da Granja Lisboa com 49 mil, Genibaú com 39 mil e Vila Manoel Sátiro com 34 mil. Alguns bairros, como o Bom Jardim, tiveram sua população duplicada durante a década de 1990, passando de 15.857 em 1991 para 34.507 em 2000, em virtude, sobretudo, do processo de imigração do interior do estado para a capital.

Esse território concentra apenas 2,89% dos empregos formais de Fortaleza. O bairro com maior renda familiar média mensal é a Maraponga com 6,81 salários mínimos. A principal atividade econômica dessa regional é o comércio local, favorecido pela grande distância em relação ao centro da cidade.

Trata-se de uma região com o maior número de jovens de Fortaleza: são 44% da população com até 20 anos de idade, apresentando, em contrapartida, o segundo maior índice de analfabetismo da cidade, inferior apenas ao registrado pela Regional VI, concentrado nos bairros Siqueira, Genibaú e Parque Presidente Vargas.

Inegavelmente, a SER V reflete a forma desigual de uso/ocupação da paisagem urbana de Fortaleza, resultando numa urbanização desordenada e complexificada pelos fluxos migratórios advindos do interior do estado cujas marcas se evidenciam pelos assentamentos irregulares e precários, a crescente favelização em meio a elevados índices de pobreza, insalubridade e deteriorização ambiental. (BARREIRA, 1998, 2006)

A alta densidade populacional, cerca de 83,65 hab/Km², a violência como importante causa de mortalidade, áreas de baixa renda per capita e 69% das microáreas regionais consideradas como áreas de risco sanitário, refletem diretamente sobre os indicadores de saúde dessa região. A taxa de acesso à rede de esgoto é a pior entre as 07 regionais, com 24,56%. Vale realçar que a maioria populacional tem no SUS a única forma de acesso a serviços de saúde. (PMS 2010-2013)

Inserido nesse complexo ambiente, a população adstrita está a exigir do Estado resoluções/providências cabíveis, na tentativa de mitigar tais problemáticas. A SER V tem como responsabilidade garantir a melhoria da qualidade de vida de cerca de 650 mil habitantes, desenvolvendo ações nas áreas de saúde, educação, meio ambiente, assistência social, esporte, trabalho e lazer entre outras políticas setoriais. Por outro lado, esse quadro perverso de desi-

gualdades, fragilidade e ausências estimula a prática e comportamentos clientelistas no atendimento as demandas da população, que se tornam susceptíveis aos políticos inescrupulosos e oportunistas eleitoreiros, mantendo uma lógica de concentração de poder político local restrito a uma elite afastando a maioria da população dos processos participativos diretos e controle social sobre as PPs.

Apesar dessa realidade complexa, observa-se a existência de algumas entidades que buscam viabilizar formas de organização de parte da comunidade local – associações comunitárias, de pequenos comerciantes, experiências de economia solidária, ONGs, Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza, Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim, Mulheres da Paz, jovens integrantes do movimento hip-hop, entidades religiosas, dentre outros - que procuram resistir às desigualdades e exclusões crônicas se organizando/mobilizando em torno de inúmeras redes de apoio mútuo. Vale destacar que tais organizações têm favorecido o crescimento e acúmulo de conquistas no campo dos direitos sociais face às dificuldades do Estado em promover políticas sociais universais. Vale destacar que algumas dessas conquistas são fruto de parcerias com instâncias governamentais.

É nesse complexo e contraditório contexto, período de 2008 a 2012, que a pesquisa se situa, ficando a SER V sob a responsabilidade do aliado PSB que assume a gestão dessa regional com o discurso de levar adiante o plano de governo que propunha um processo de reversão da perversa desigualdade socioespacial existente na região.

É dentro dessa desfavorável e complexa realidade municipal/regional que analiso as experiências de participação e o exercício do controle social na política de saúde no âmbito do sistema municipal de conselhos de saúde de Fortaleza, tendo o CRS V, como campo de pesquisa, em meio aos seus avanços e contradições.

3.3 A política de saúde e o sistema de controle social de Fortaleza: o CRS V em foco

A política de saúde no Brasil vem assumindo o desafio de se efetivar como Política de Estado democrática, descentralizada e universal alicerçada num conceito ampliado e sem restrições no acesso aos serviços mediante a criação de um sistema único disposto em rede de forma hierarquizada e regionalizada. O SUS, maior projeto do movimento sanitário brasileiro e importante conquista para a sociedade brasileira, alicerça-se em três pontos fundamentais: universalização da assistência, normatização técnica das alocações financeiras e controle social.

É importante destacar que o Brasil, um país continental, ainda conserva intensa as marcas colonialistas antidemocráticas em decorrência da formação histórica da sociedade e Estado brasileiro, que se misturam com novas outras formas de dominação e submissão decorrentes da inserção periférica na mundialização financeira global. Diante desta realidade a implementação e completa consolidação de uma política de tamanha envergadura, incluindo também a participação e o exercício do controle social, não ocorre de modo simples, linear e isenta de contradições profundas; mas, sim como processos variáveis que registram avanços e retrocessos, a depender dos fatores intervenientes que se apresentam nas diferentes especificidades loco-regionais.

Nos espaços públicos, em especial nas Conferências e na dinâmica dos Conselhos emergem um campo de disputa entre diversos projetos/interesses sociais e políticos. Os movimentos e organizações atuam, raramente, numa condição de igualdade, visando à construção de um plano de saúde que viabilize direitos em oposição a interesses privatistas na saúde. De fato, o cotidiano nos serviços de saúde revela a distância entre os vários discursos e a prática. Apesar dos relatórios de gestão tentar confrontar o planejado com o realizado por meio das estatísticas e dados quantitativos, o confronto desses textos legais com a realidade dos serviços de saúde e sua efetividade é bastante intrigante e reveladora expressando múltiplos ângulos e muitas contradições.

Considerando que são complexos e diversos os fatores que influenciam a implantação do SUS³⁵, seus instrumentos participativos e de exercício do controle social em Fortaleza, esclareço que não é objeto desse estudo uma ampla abordagem e avaliação dos primórdios dessas instituições e processos. A ênfase é a sua delimitação no período de 2008-2012, na SER V, apresentando como campo de pesquisa empírico o CRS V.

Para tanto abordo a política de saúde, sua expressão regional, bem como o sistema municipal de conselhos de saúde e o organismo colegiado regional, para favorecer a apreensão dos significados que são produzidos socialmente considerando o princípio fundamental e a diretriz participativa descrita na Lei Federal nº 8142/1990, que cria os conselhos de saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo, sendo seu funcionamento uma das condições para repasse de recursos financeiros federais aos estados, Distrito Federal e municípios.

³⁵ Para aprofundamento sugiro leitura do trabalho “As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro” de Lúcia Conde de Oliveira. Disponível em: <www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=331>. Acesso em 15 jul 2012.

Certo que o contexto histórico da institucionalização das práticas de participação no Ceará e, em particular, em Fortaleza traz as marcas do processo de democratização da sociedade brasileira, evidentemente com suas particularidades; mas, caracterizada pelo protagonismo de segmentos da sociedade civil que questionavam a ditadura militar e lutavam por direitos na área de saúde.

As primeiras experiências participativas na gestão colegiada da saúde em Fortaleza datam de 1986 durante o governo Maria Luiza (PT 1985-1988), com a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), primeira instância participativa, com agenda de discussões que buscava ampliar os princípios descentralizadores através da distritalização das ações administrativas, a fim de modificar as estruturas de assistência à saúde então vigente. Nesse ínterim, a mobilização comunitária ganha visibilidade e se confronta com o Estado reivindicando melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, moradia denotando um caráter mais reivindicativo, porém, sem a clara intencionalidade pela institucionalização da participação. (OLIVEIRA, 2010)

A articulação mobilizadora entre alguns profissionais de saúde do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com algumas organizações comunitárias, envolvendo posteriormente outras instituições como a Secretária Estadual e Municipal de Saúde, possibilita ainda em 1986 a formação do primeiro conselho de saúde na cidade que funcionava em uma unidade ambulatorial na periferia oeste de Fortaleza.

Com o aprofundamento do processo de distritalização, o município é dividido em 08 distritos sanitários, sendo formadas 08 equipes técnicas para: fazer o diagnóstico do território e da rede de serviços, mobilizar as comunidades para participar do processo e promover a intersetorialidade, destacando-se o esforço dos técnicos/trabalhadores no processo de institucionalização das práticas de participação no âmbito da saúde. (OLIVEIRA, 2010)

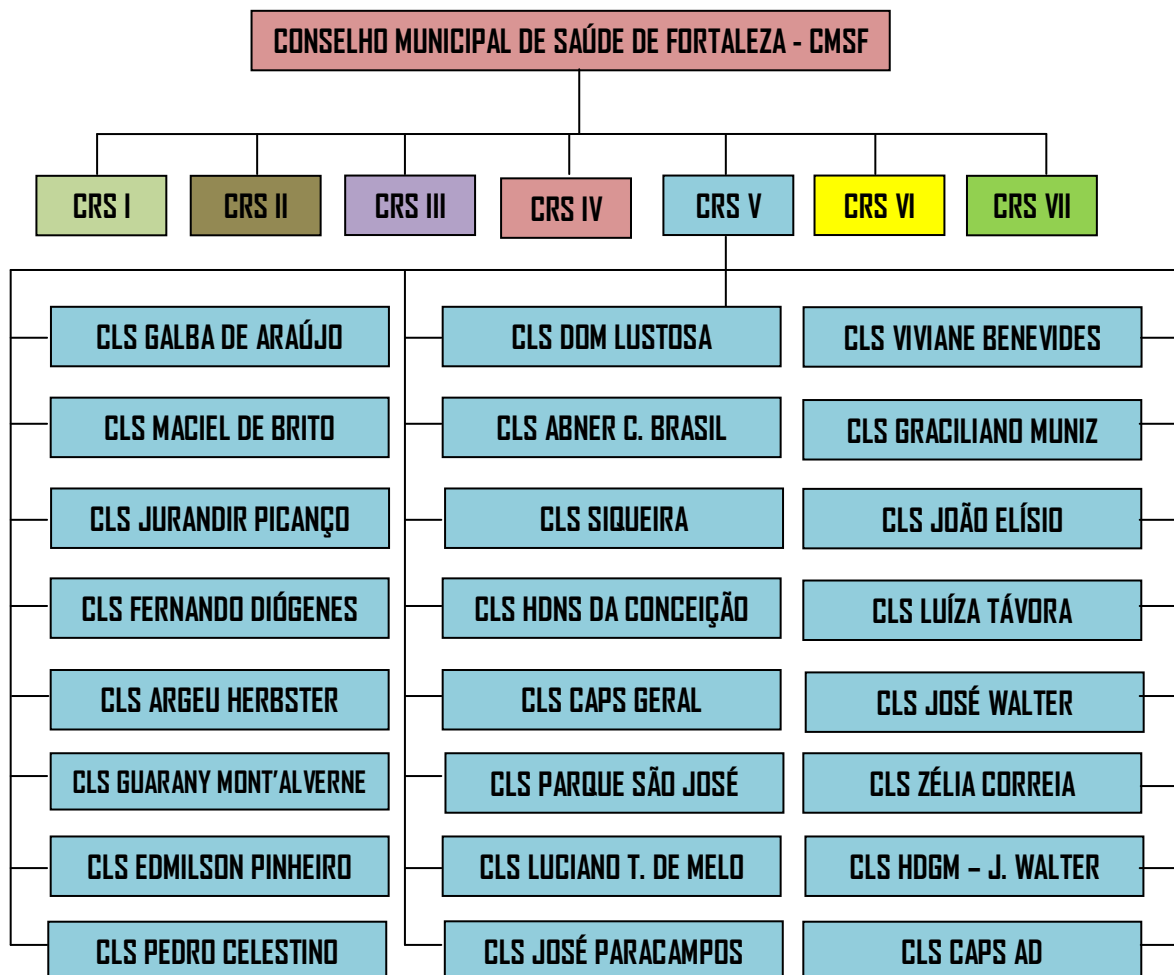
Em 1990 é criado o CMSF, através do Decreto Municipal nº 8.417, de 5/12/1990, como resultado das ações da CIMS, sem o caráter paritário e com a presidência exclusiva do secretário de saúde. Posteriormente, esses e outros aspectos foram alterados em decorrência da luta de algumas lideranças para adequar o conselho às determinações legais e orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em sua pesquisa Oliveira (1996; 2010) identifica períodos de funcionamento pleno, parcial e descontínuo do CMSF variável devido, principalmente, à postura dos gestores em assumir maior ou menor comprometimento com a participação, devido possuir um maior ou menor perfil conservador. A cultura política tradicional ganha força e destaque quando

grupos mais conservadores assumem a administração municipal, fato novamente ocorrido no município de 1989 até 2004. Considerando a própria dinâmica de funcionamento do conselho pela análise de sua produção oficial, seus documentos evidenciam claramente períodos de combatividade e períodos de extrema passividade e subserviência ao governo.

Após a criação do CMSF e com a nova organização político-administrativa para a PMF segundo a Lei Municipal nº 8.092/1997, cria-se e institucionaliza-se instâncias regionais de participação e exercício do controle social na saúde, 06 (seis) CRSs, um para cada SER e, em seguida, o Decreto Municipal nº 10.842/2000 amplia a capilaridade dessas instituições criando os organismos de base, os CLSs, em cada unidade de saúde como subsistema dos CRSs, conforme organograma abaixo.

Figura 5 – Organograma do Sistema de Conselhos de Saúde de Fortaleza

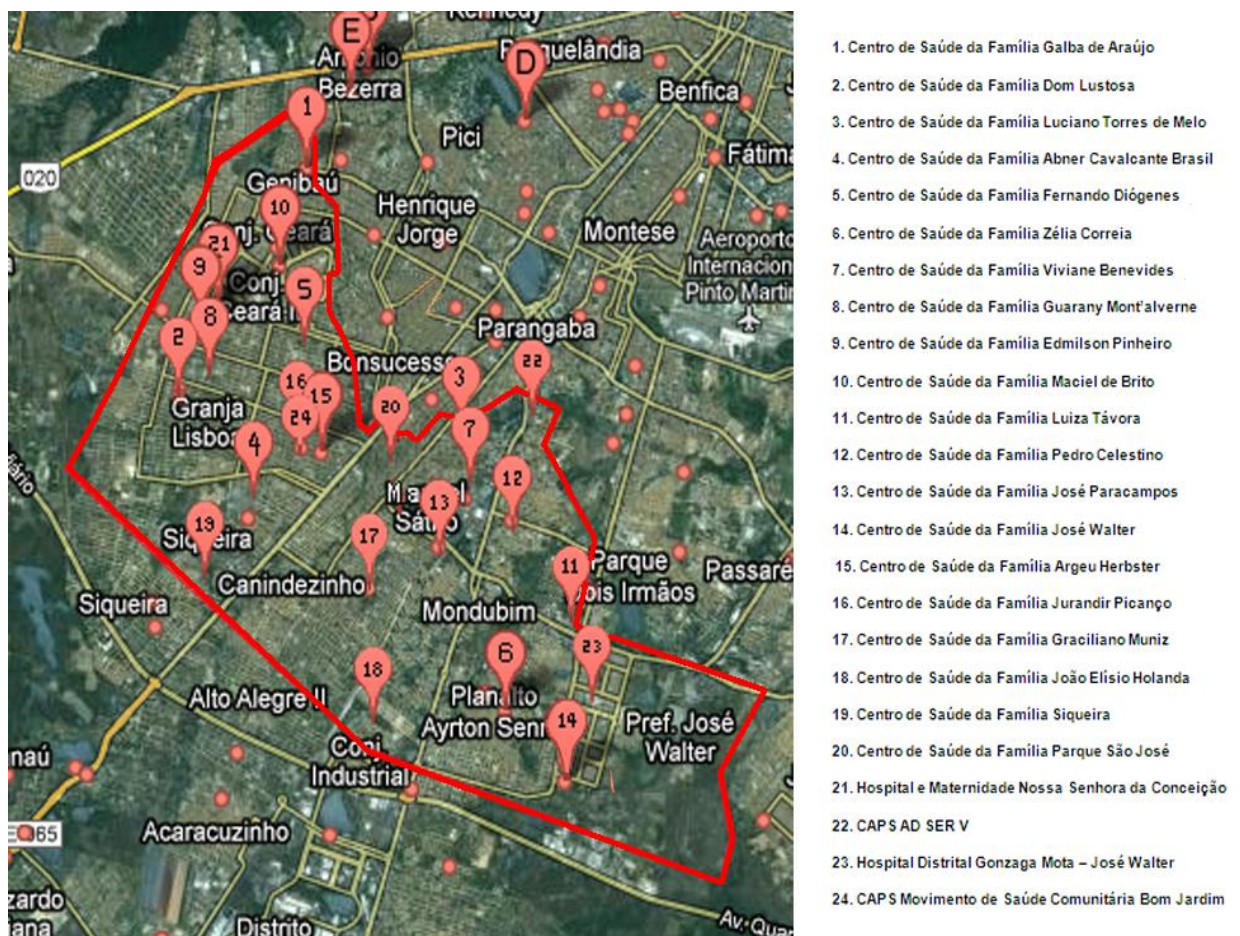


Fonte: CRS V/Arquivos próprios.

Evidencia-se, portanto, que o sistema de controle social na saúde do município de Fortaleza se compõe de instâncias hierarquicamente articuladas em rede para propiciar a participação do cidadão na gestão do SUS dispostas da seguinte forma: no nível central se encontra o CMSF na mesma posição hierárquica com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); em nível regional 06 CRSs na mesma posição hierárquica com o secretário das SERs; e em nível local 93 CLSs na mesma posição hierárquica com as coordenadoras/gestoras dos CSFs onde de fato ocorre o encontro entre a oferta dos serviços de saúde e as necessidades reais dos cidadãos.

Considerando que os CLSs se localizam no interior das unidades de saúde, a figura abaixo demonstra a disposição dos diversos equipamentos públicos da área de saúde e também dos CLSs no território da SER V.

Figura 6 – Georreferenciamento das unidades de saúde e dos CLSs na SER V



Fonte: CRS V/Arquivos próprios.

Verifica-se que a regional dispõe de 18 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 02 hospitais municipais: Gonzaga Mota, no bairro José Walter e Nossa Senhora da Conceição, no Conjunto Ceará além de 01 Centro de Atenção Psicossocial geral (CAPS), no Bom Jardim e um 1 CAPS Álcool e Drogas (AD), na Maraponga. Tais unidades estão dispostas nesse território, destinadas a prestar ações e serviços de saúde a uma população adstrita por volta de 650 mil pessoas.

Nesse sentido, a gestão regional propõe uma política de saúde alicerçada nos seguintes eixos programáticos:

“sistema de saúde pública com foco de atenção voltado à promoção e prevenção à saúde, entendendo a doença como processo socialmente determinado; mobilização social com ampla participação dos profissionais de saúde, população e gestão, tendo como método de trabalho o planejamento participativo; processo de territorialização orientado aos problemas de maior agravo, proporcionando a identificação do processo saúde/doença; inversão do modelo de atenção, priorizando efetivamente a atenção básica, desafogando e otimizando as ações de média e alta complexidade e contribuindo para a construção de um sistema de saúde voltado para a “saúde” e “qualidade de vida”. (FORTALEZA, PMS 2010-2013)

O discurso gestor oficial ratifica o compromisso em dar continuidade ao processo de fortalecimento e qualificação do SUS, compreendendo a saúde como objeto complexo, produzido socialmente. Essa construção requer uma abordagem “transdisciplinar”, intersetorial e multiprofissional, além da manutenção de uma atuação participativa e democratizada com vistas à horizontalização dos organogramas e construção de espaços coletivos de gestão.

Nesse sentido, o CRS V, criado pela Lei Municipal 8.092 de 21 de novembro de 1997, vem assumindo a responsabilidade de proporcionar ao cidadão da SER V a participação política e o controle social no sentido de contribuir na luta pela garantia do direito à saúde.

Dentre as suas competências regimentais, destacam-se a atuação na elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Regional de Saúde bem como da programação orçamentária e financeira referente à execução da política, considerando o perfil epidemiológico regional e a participação dos diversos segmentos da sociedade civil apreciando e pronunciando-se, conclusivamente, sobre os Relatórios de Gestão apresentados pelo Distrito de saúde (DS) da SER-V.

O CRS V é um órgão colegiado composto por 28 conselheiros eleitos, representantes da sociedade, empossados pelo(a) titular da Secretária Executiva Regional V, responsável por viabilizar o custeio para seu pleno funcionamento, assim discriminados: representante da gestão/prestadores de serviços (07 titulares/07 suplentes), representante dos profissionais

de saúde (07 titulares/07 suplentes) e representantes de usuários dos CLSs, oriundos dos CSFs da SER-V (14 titulares/14 suplentes).

O Conselho conta com a seguinte composição organizativa: i) plenário, instância máxima de deliberação nas reuniões ordinárias e extraordinárias; ii) mesa diretora, instância administrativa composta pelo presidente, vice-presidente, primeiro-secretário e segundo-secretário, eleitos de forma paritária pelo plenário; iii) comissões, os órgãos temáticos internos de caráter permanente ou provisório onde se estuda, previamente, os projetos/demandas como forma de subsidiar as decisões do plenário sobre políticas/programas de interesse para a saúde da comunidade cuja execução envolva: acompanhamento e gestão do sistema, orçamento e finanças, recursos humanos, controle social. Ainda, há a previsão legal do colegiado dispor de uma secretaria executiva titularizada por um profissional de nível superior e um de nível médio, ligados ao SUS, ambos com lotação no CRS. Além dessas, também está previsto no caso de surgimento de assuntos que não sejam pertinentes à análise das comissões permanentes ou que ensejem objeto de discussão de interesse de mais de uma delas, a criação mediante anuência do plenário, de grupos de trabalhos específicos, comissões técnicas, convite de pessoas de notório saber, dentre outros.

Os conselheiros devem preencher os requisitos de moral e ética e, transitoriamente, no exercício da função, estão submetidos ao que preceitua o Estatuto do Servidor Público Municipal de Fortaleza não exercendo mandato remunerado, com duração de 02 anos, podendo ter uma única recondução por igual período e interstício de 02 anos para um novo mandato, sendo considerado como serviço público relevante. Os conselheiros representantes de usuários e os representantes dos trabalhadores de saúde são oriundos dos CLSs e por esses colegiados indicados para disputar as vagas no CRS V devendo ser eleitos pelos seus pares em reunião específica. Vale destacar que o conselheiro representante dos trabalhadores de saúde tem seu ponto dispensado quando estiver nas atividades do Conselho. Já os conselheiros representantes do governo são indicados pelo titular da SER V, portanto, não participam de nenhum processo eleitoral.

O CRS V tem sede própria localizada nas dependências da SER V, reunindo-se ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo presidente ou pela maioria simples dos conselheiros titulares, sendo presidido pelo presidente, vice-presidente, secretários ou um de seus membros eleitos para tal fim, respectivamente, na ausência dos demais.

As deliberações do CRS V adotadas em matéria de sua competência terão a forma de resolução e entraram em vigor na data de sua aprovação, salvo quando se fizer necessária a homologação por autoridades hierarquicamente superiores e/ou publicação no Diário Oficial do Município (DOM). Nesses casos, as resoluções aprovadas pelo plenário são encaminhadas ao titular da SER V para homologação e publicação no DOM e no CMSF.

3.4 Os conselheiros de saúde da SER V: caracterizando os sujeitos da pesquisa

Nesse momento cabe traçar e apresentar um perfil dos sujeitos da pesquisa. Para analisar a participação e o exercício do controle social sobre a PP saúde na SER V, a partir do CRS V, é essencial conhecer os conselheiros³⁶ para compreender sua condição social e inserção política, cultural e, sobretudo, perceber de que forma atuam na dinâmica de funcionamento do colegiado.

Para tanto, no momento de realização da I Conferência Regional de Saúde, em que se reuniram todos os conselheiros do sistema de conselhos de saúde da SER V, tanto os locais quanto os regionais, em outubro de 2011, elaborei um instrumento de coleta de dados na forma de questionário semi-estruturado que foi respondido/preenchido pelos próprios participantes. O resultado da organização e sistematização desse material empírico forneceu subsídios para conhecer e traçar um perfil do conselheiro da SER V, relativo ao período da pesquisa. Com base nesses resultados busquei analisar as práticas participativas e o exercício do controle social considerando a cultura política local, a partir da identificação dos dados obtidos com relação a ocupação, cor, faixa etária, grau de instrução, renda, segmento representativo, compreensão sobre questões, tais como: conceito de controle social, papel do conselho, requisitos para atuação como conselheiro, relação entre os conselhos, sociedade e governo.

Tal instrumento de pesquisa, além de contribuir para o levantamento de informações sobre a natureza da composição do CRS V, constituiu um fundamento estratégico para suscitar a reflexão crítica a respeito de quem são e como pensam os sujeitos-conselheiros representantes da sociedade na SER V naquele tempo histórico.

De posse dessas informações posso compreender melhor as visões de mundo, crenças, valores e concepções que se delineiam e se apresentam no atual contexto da realidade socioeconômica e política, nacional e local, que condicionam a formatação, implementação e avaliação das PPs de saúde no cenário em questão.

³⁶ Daqui em diante, para facilitar a escrita e leitura do texto, refiro-me ao conselheiro do segmento gestor como CSG, ao conselheiro do segmento trabalhador de saúde como CST e ao conselheiro do segmento usuários como CSU.

Aproveitando o ensejo da conferência, foram distribuídos 500 questionários, inclusos nessa amostra os conselheiros delegados componentes do CRS V. Os participantes foram informados da finalidade científica e sensibilizados/motivados para a importância do preenchimento e devolução do referido instrumento de coleta de dados. A contabilização ao término do evento registrou a devolução de 98 questionários preenchidos representando 19,6% do total, distribuídos da seguinte forma: 3,4 % sem identificação; 8,1% não eram conselheiros; 9,1% são CSGs; 39,7% são CSTs e 39,7% são CSUs.

Após sistematização e tratamento dos dados coletados por segmento representativo, apresento a seguir a caracterização do perfil sócio-educacional e político dos sujeitos integrantes do sistema de controle social da SER V ressaltando que nesse universo se encontram os conselheiros regionais de saúde formam o CRS V.

Os CSGs apresentaram o seguinte perfil: quanto à ocupação todos são funcionários públicos terceirizados; em relação à cor 50% se autodeclarou branco e 50% pardo; quanto à faixa etária, 50% estão na faixa dos 50 anos e 50% entre 30 e 40 anos de idade; quanto à moradia 50% residem em bairros pertencentes à regional V e 50% residem em outros bairros; quanto à renda familiar todos ganham acima de 05 salários mínimos; o nível de escolaridade corresponde a: 44% têm o ensino médio completo, 12% o ensino superior completo e 44% possuem pós-graduação; quanto a atuação política 45% participam ou participaram de movimentos sociais organizados e 55% não participam ou não participaram de outras atividades, ou seja, de outros movimentos ou organizações da sociedade civil no território de sua atuação como conselheiro.

Os CSTs apresentaram, por sua vez, o seguinte perfil: quanto à ocupação todos são funcionários públicos - a imensa maioria na condição de terceirizados têm vínculo frágil e alguns raros servidores de carreira da PMF; em relação à cor 50,28% se autodeclarou pardo, 23,7% branco, 10,26% negros e 15,39% não definiu; quanto à faixa etária a maioria se encontra na faixa de 30 a 40 anos de idade; quanto ao local de moradia 87,15 % residem em bairros pertencentes à regional e 12,85% em outros bairros; quanto à renda familiar: 10,25% ganham acima de 05 salários mínimos; 2,57% recebem entre 04 e 05 salários, 15,38% recebem entre 03 e 04 salários, 51,28%, possui renda entre 01 e 02 salários, 12,82% recebem até 01 salário, 7,7% não respondeu; quanto ao nível de escolaridade: 7,7% têm o ensino fundamental completo, 5,13% têm o ensino médio incompleto, 58,97% têm o ensino médio completo, 5,13% têm o ensino superior incompleto, 10,25% têm o ensino superior completo e 12,82% possui pós-graduação; quanto à atuação política: 89,56% participam ou participaram de movimentos sociais organizados e

10,44% não participam ou não participaram de quaisquer outras atividades no território de sua atuação como conselheiro.

Quanto aos CSUs apresentaram o seguinte perfil: com relação à ocupação 17,94% são funcionários públicos a maioria com vínculo precário com poder público, 5,12% trabalham com carteira assinada na iniciativa privada, 38,45% são trabalhadores informais (autônomos, bicos, sem carteira assinada), 30,76% estão desempregados e 2,56% estão aposentados; em relação à cor 53,84% se autodeclarou pardo, 17,94% branco, 10,25% negro, 2,56% não sabe e 15,41% não respondeu; no que se refere à faixa etária 10,25% estão entre 20 e 30 anos, 48,71% tem entre 31 a 50 anos, 30,76% estão entre 41 e 60 anos de idade e 10,25% estão acima de 60 anos de idade; quanto ao local de moradia todos residem no território da SER V; quanto à escolaridade 2,56% sabe ler/escrever, mas não frequentou a escola; 15,38% possuem o ensino fundamental incompleto, 17,94% possuem o ensino médio incompleto e 64,12% têm ensino médio completo; quanto à atuação política 76,91% participam de movimentos sociais organizados (entidades religiosas, partidos políticos, sindicatos, ONGs) e, 38,46% integraram o Orçamento Participativo (OP) atuando como conselheiro.

Após exposição sistematizada dos achados coletados, convém uma análise e reflexão sucinta de algumas características que chamam atenção e merecem ser destacados:

i) a maior parte dos CSTs apresenta um nível de escolaridade correspondente ao ensino médio completo, o que equivale a 58,97%. Isso pode significar, de um lado, a necessidade de ingresso o mais cedo possível no mercado de trabalho como forma de assegurar sua sobrevivência. Por outro lado, esse fato pode revelar, em face de suas condições de vida material, a impossibilidade de ingresso ou exclusão desses trabalhadores do ensino superior na universidade como um lugar privilegiado das classes mais favorecidas;

ii) surpreendentemente, 51,28% dos CSTs declaram possuir renda familiar entre 01 e 02 salários-mínimos, o que correlacionado com os dados de escolaridade e ocupação, demonstram como o trabalhador da saúde do município de Fortaleza vem sendo desvalorizado em sua função e muito mal remunerado, sem oportunidade concreta de usufruto de uma vida digna, decente e tranquila em virtude de salário tão parco;

iii) evidencio a reduzida participação dos profissionais de atividades fins, de nível superior, como conselheiro representante dos trabalhadores, representando 23,07%, embora, supostamente, reúnam as melhores condições para o exercício do controle social: amparo legal e segurança jurídica propiciadores da estabilidade funcional enquanto condição essencial para a isenção, autonomia e independência do conselheiro de saúde, vínculo empregatício

formal que resguarda, inclusive, a liberação durante as atividades participativas e de controle social nos conselhos e conhecimentos ampliados na saúde (tanto teóricos quanto práticos) que, em tese, facilitaria a formação e desenvolvimento da visão/consciência mais crítica de mundo considerando a oportunidade do acesso à universidade como lugar de formação profissional e formação política podendo aflorar numa atuação política mais vanguardista;

iv) o fato de 89,56% dos CSTs participarem de outras atividades políticas nos últimos anos, com destaque para a atuação nas associações comunitárias e entidades religiosas, pode representar uma oportunidade importante de formação e amadurecimento político acerca da dinâmica desses espaços que agregam interesses de cunho coletivo;

v) os CSGs são funcionários públicos terceirizados, com vínculo empregatício celetista na PMF, ocupando cargo de livre nomeação e exoneração. São representantes indicados pelo governo, o que, em tese, remete a um comprometimento direto de seu livre-arbítrio, autonomia e independência para atuar como conselheiro, haja vista se tratar de representante direto do gestor municipal e seus interesses que nem sempre coincidem com o interesse público coletivo. De fato, é preocupante o quadro de insegurança e instabilidade testemunhado na atividade participativa e de exercício autônomo do controle social: a maioria dos conselheiros, independente do segmento representativo, apresentam fragilidades na relação trabalhista com o poder público que, muitas vezes, compromete sua autonomia e associado a resistência participativa dos trabalhadores que conquistaram a segurança jurídica-formal representa uma barreira à efetividade das ações do conselho de saúde;

iv) junto com o CST, o CSG possui o maior grau de instrução escolar em relação aos CSUs, o que, em tese, pode-se traduzir em maior capacidade de contribuir com a dinâmica de funcionamento do conselho, maiores chances de compreender melhor o cenário socio-político, as articulações e estratégias de ação que envolvem as disputas e conflitos de interesses internos, sobretudo, visando diminuir as diferenças cognitivas dos conselheiros do segmento de usuários. Por outro lado, considerando o cenário de inseguranças/instabilidades, essa situação pode reproduzir no interior do Conselho a desigualdade social que está presente na sociedade o que pode provocar, em determinados momentos, assimetrias de poder e saber, gerando dificuldades para a participação e favorecendo a hegemonia de forças conservadoras;

v) a maioria dos CSUs está na faixa de idade mais madura: 25,64% situados entre 31-40 anos, 23,07% entre 41-50 anos e 30,76% entre 51-60 anos. Se por um lado isso corrobora para uma atuação mais séria e responsável, por outro lado, pode demonstrar um quadro preocupante em relação à juventude da SER V, que se mantém alheia e distante dos interes-

ses/necessidades de sua comunidade e acaba (con) vivendo à margem da sociedade, destituída dos seus direitos sociais, desprovidos de capacidades de articulação/mobilização e, portanto, sem outras perspectivas de vida mais digna. Ao ser excluída e ao se deixar excluir, a maioria, provavelmente, perde a condição de cidadania ativa, contribuindo para perpetuar um quadro crônico de pobreza, violências, drogas, mortes, comumente observado nesse território;

vi) evidencio que a escolaridade mais alta dos CSUs é o ensino médio completo com 61,53% dos conselheiros, 33,32% possuem nível de escolaridade inferior e 2,56% sabe ler/escrever, mas não frequentou a escola. Aqui, também cabe as análises anteriores;

vii) a maioria dos CSUs são trabalhadores que estão na informalidade, 38,45%, ou desempregados, 30,76%, demonstrando uma condição de vulnerabilidade para a prática participativa e de controle face às dificuldades financeiras e a falta de tempo disponível para assumir com compromisso suas funções no conselho. Dentre os que possuem emprego formal, 23,06%, possuem renda familiar entre 01 e 02 salários-mínimos, valor insuficiente para suprir as suas carências materiais e de seus familiares no contexto atual da sociedade capitalista brasileira que carrega a marca da carestia e alto custo de vida;

viii) constato, como de fundamental importância para a formação política, uma concentração de experiências participativas em todos os 03 segmentos, nas seguintes instituições ordenadas decrescentemente: associações religiosas, comunitárias, partidos políticos, sindicatos, associações profissionais o que é considerado um importante para caracterizar a cultura política local e favorecer o aprendizado da luta política e da cidadania;

Em síntese, esboço um perfil socioeducacional e político do conselheiro da SER V, onde em todos os segmentos se evidencia, no geral, a presença de características comuns, a exemplo da ocupação no funcionalismo público e da escolaridade em nível de ensino médio. Notam-se, ainda, características diversificadas, em que aparece evidente distanciamento entre segmentos, sobretudo, no que diz respeito à renda e atuação política. Assim, enquanto o CSG tem renda familiar acima de 05 salários mínimos, o CST e o CSU tem ganho familiar entre 01 e 02 salários, constituindo uma enorme disparidade de renda. Quanto à atuação política o CSG aparece com participação inferior a do CST e CSU, os quais demonstram maior interesse em atuação e inserção em outros espaços de organização social nos seus territórios de representação, tais como associações comunitárias e entidades religiosas.

Em se tratando do nível de compreensão dos 03 segmentos em torno de questões mais abertas abordadas no questionário e relativas ao exercício participativo e do controle

social, configuram-se, em linhas gerais, visões empíricas em consonância com os estudos teóricos da temática em relação à totalidade da conjuntura municipal/regional.

Em relação a categoria controle social, por exemplo, é possível perceber que prevalece, entre os 03 segmentos, uma visão um tanto restrita, embora existam visões críticas. Do ponto de vista do CSU o controle social é: “acompanhar, fiscalizar todas atividades desenvolvida pelos os governos.”; “acompanhar e participar do trabalho em unidade, junto a comunidade e órgão competente.”. Já o CST se referiu a ele como: “É um segmento legal de fiscalização popular das políticas e gestões públicas.”; “É o acompanhamento e fiscalização dos gastos públicos em todas as áreas da gestão.”. O CSG relatou: “a participação da sociedade no acompanhamento e na verificação das ações da gestão pública”; “é a participação da população diretamente na fiscalização”.

Percebo que entre os conselheiros, indistintamente, ainda prevalece a compreensão de que o controle social está vinculado, basicamente, à ideia de acompanhamento e participação com ênfase na fiscalização dos serviços de saúde prestados na SER V. Isso é lamentável, na medida em que a dimensão deliberativa acaba secundarizada, quase que exclusivamente, a cargo dos técnicos da SMS e/ou DS V, em face da incompreensão dos princípios e diretrizes do SUS e do caráter político da atuação do conselheiro por parte dos conselheiros, embora, pontualmente, alguns considerem o exercício do controle social um direito da sociedade, uma ação de cidadania associado à conquista de melhores serviços e conseqüentemente da qualidade de vida. Suas falas expressam: “É fiscalização e trabalho mútuo p/ melhorar qualidade de vida de nossa comunidade.” e “Um direito sugestivo de melhorias e soluções para problemas na sociedade” (CSU) e “reivindicar seus direitos, estar a par das situações e ter poder de decisão.” e “é uma medida de ações que visa a melhoria da população.” (CST). Nenhum CSG se manifestou nesse sentido.

Com relação aos requisitos para atuação do conselheiro visando potencializar as ações do CRS V, entre os 03 segmentos constato o reconhecimento quanto a importância e necessidade de aprimorar a publicização das ações e ampliação da participação no colegiado através de uma integração mais orgânica com os CLSs associado a um programa de capacitação permanente visando qualificá-los para a dinâmica participativa no controle social.

O CSG retratou: “Acho que é necessário uma maior participação dos usuários (da sociedade)”;

“Melhor mobilização e conscientização do papel dos conselhos locais de saúde da SER V”. Segundo o CST é imperioso: “uma maior participação com a comunidade e maior divulgação dos seus trabalhos”; “maior participação da comunidade. Esclarecer a comunidade

sobre seus direitos e deveres para que essa possa se sentir forte.” Pelos entendimentos produzidos pelos CSUs é fundamental: “a expansão do conhecimento a comunidade para que haja mais participação do povo e atuação dos conselheiros com as autoridades do órgão.”; “mais divulgação e participação dos populares e fundamental a presença dos servidores da saúde.”

Para o CSG é importante os CSUs adquirirem princípios éticos e morais condizentes com a função pública de conselheiro, devendo atuar na luta pelos interesses coletivos e não apenas individuais, em face das relações de representatividade entre o instituído, o conselheiro e o instituinte, a sociedade. Um deles expressou: “acho que é necessário uma maior participação dos usuários para a sociedade.”

O CST evidenciou a necessidade do CRS V planejar e organizar seu processo de trabalho voltado para as ações de controle social, destacando como características essenciais ao conselheiro: compromisso, autonomia e independência perante o governo e a sociedade política em geral. “Que tenha mais autonomia pra ver o erro e denunciar e ser cumprido”; “ter organização e ser competentes nos processo.” ilustra tal entendimento.

Ademais, o CSU foi o mais enfático ao considerar como requisito essencial para atuação do CRS V adequadas condições em termos de infraestrutura física, insumos e recursos humanos. Um deles manifestou: “Ser totalmente democrático e atuante com liberdade e condições de trabalho.”

Concernente, a relação entre os conselhos de saúde, sociedade e governo, todos os 03 segmentos compreendem que os conselhos têm a legitimidade para representar os interesses da sociedade nas decisões sobre a política de saúde. Ilustrativamente, um CSG argumentou: “O Conselho representa a sociedade, por isso a opinião do conselho se faz importante”; “O conselho de saúde representa a sociedade nas ações e decisões governamentais de saúde na SER V”. Há concordância do CST que se posicionou: “Precisa mais presença nas reivindicações e ter peso nas suas decisões (conselho regional) conselho local (nenhuma).”; “o elo mais importante e porta-voz de todos os anseios da comunidade, usuários e segmentos afins.”

Entretanto, dentre os CSTs, houve destaques mais críticos que discordam da legitimidade dos conselhos como representantes dos interesses sociais coletivos na saúde na SER V. Na observação de um deles tal fato fica demonstrado: “Às vezes determinados conselhos tem a finalidade política vendo o conselho local com candidaturas políticas.” Considerando o CSU, as opiniões foram bem mais heterogêneas e conflitantes: “Representam muito bem, é atuante, defende posições favoráveis ao povo”; “Não tem ligação a comunidade com a regional e falta consciência por parte das comunidades.” Outros assumiram uma posição bem mais

cética, além de denunciar nítidos conflitos de interesses entre os conselhos e o governo da SER V: “Não influencia em nada, a saúde pública está cada vez pior”; “É uma relação nada próxima. Infelizmente, existe limitações que impedem a evolução do conselho, e são impostas pelo próprio governo”.

Após abordagem acerca do perfil dos membros do CRS V e suas concepções e visões sobre os organismos em que atuam percebo que, embora o discurso governamental propugne a bandeira do reconhecimento e legitimidade dos conselhos com as causas e interesses da comunidade adstrita e considerando o testemunho da vivência empírica a partir das observações participantes constato que as decisões do conselho acabam sendo limitadas e desconsideradas como bem explicitaram os conselheiros. Para os CSTs isso decorre da restrita participação e conseqüente falta de pressão da sociedade civil, sobretudo, nos CLS. Nesse sentido eles concordam que é primordial fortalecê-los através do fomento à participação cidadã no próprio local onde as comunidades vivem.

Tomando com referência as narrativas dos conselheiros como sujeitos históricos e sociais, percebo por parte dos CSTs e CSUs uma intencionalidade de denúncia de estratégias manipuladoras de suas atitudes/ações, o que se revela em fator de extrema preocupação, sobretudo, quando se analisa a relação entre conselho e governo local: esse obstaculizando o exercício das funções daquele, o que demonstra na prática a dificuldade da partilha de poder e a configuração real de uma pseudo-democracia tutelada, ou seja, ao invés de fortalecer os laços de soberania e participação irrestrita encerra em seus significados concretos aquilo que é o oposto no discurso propalado: ocorre o efetivo exercício e participação pela maioria sim, mas ao gosto da vontade e subordinado aos interesses imperante de uma minoria privilegiada.

Em face, portanto, da apresentação do cenário de onde emergem e a contextualização socioeducacional e política dos sujeitos-conselheiros que atuam no exercício do controle social do SUS regional através do sistema de conselhos de saúde da SER V, no próximo capítulo aprofundo a avaliação expondo, sobrepondo e entrelaçando os dados colhidos no campo empírico de pesquisa para compreender, interpretar, analisar e avaliar o processo participativo e o exercício do controle social pelo CRS V.

4 AVALIAÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA DA PARTICIPAÇÃO E O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE ATRAVÉS DO CRS V

“O exercício do controle social ultrapassa a dimensão da questão financeira. Além de fiscalizar, o controle social significa propor, monitorar, acompanhar, participar conjuntamente dos critérios de formulação das políticas públicas, das estratégias de viabilização dessas políticas, enfim, ter acesso à construção desse processo.” (MACHADO, 2004, p. 138)

A elaboração dos capítulos anteriores converge para a realização, nesse capítulo, da avaliação participativa revelada por meio do entrelaçamento e sobreposição dos diversos olhares dos conselheiros acerca do modo como se processa a participação e o exercício do controle social no CRS V. Trata-se da descoberta e produção inédita de um conhecimento científico, considerando as especificidades (loco)regionais.

Por fim, busco interpretar as temáticas vivenciadas no Conselho procurando articular o contexto mais geral e as (macro)análises abordadas nos capítulos anteriores com o objeto de pesquisa em questão desenvolvendo um esforço analítico para empreender uma avaliação de processo em profundidade, crítico-analítica e participativa.

Considerando a caracterização do perfil sócio-educacional e político do conselheiro, o estudo das documentações oficiais, as observações em campo e o aprofundamento complementar das categorias analíticas e questões de pesquisa através da realização dos grupos focais com os três segmentos de conselheiros, busco recuperar, registrar, aprofundar, sistematizar e analisar as memórias dos depoimentos, impressões e argumentos dos sujeitos da pesquisa constituindo o substrato para a análise, reflexão e conclusão avaliativa.

A forma de exposição e o modo de apresentação dos dados primários qualitativos, coletados nos grupos focais, basearam-se na seleção e resgate de recortes de cenas/passagens, na forma de temáticas – não necessariamente na ordem cronológica dos acontecimentos – mas, basicamente, em função do roteiro investigativo construído para apreender as diversas relações e interações entre os conselheiros a fim de revelar da maneira mais fidedigna possível os diálogos, contradições, compromissos, esforços, resistências, particularidades, limites, avanços, retrocessos, interesses, conformismos, descaso, tensões, rebeldia, rotina, sabores e dissabores.

4.1 A avaliação do CRS V: entrelaçando olhares e percepções

O registro fidedigno, e se possível “ao pé da letra”, de entrevistas e outras modalidades de coletas de dados cuja matéria-prima é a fala, torna-se crucial para uma boa compreensão da *lógica interna* do grupo ou da coletividade estudada. (MINAYO, 2011, p. 73)

A participação e o exercício do controle social se funda numa concepção ampliada de política e democracia, compartilhamento de poder e definição *ex-ante* do interesse público e se traduz em estratégias/operações de acompanhamento formulação, gestão e execução das PPs pela sociedade que busca consolidar a democratização do Estado mediante mecanismos institucionalizados de gestão participativa que englobam e ultrapassam os dispositivos de uma democracia representativa. (SANTOS, 2002)

De fato, isso se materializa através da formulação ampliada das PPs/orçamento construídos em arenas públicas deliberativas cujo marco demarcatório é a CF/1988 que prevê a existência legal de espaços participativos, embora o controle social se estenda para além deles. Para Sposati e Lobo (1992, p. 8) o controle social representa “[...] o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. É desprivatizar interesses. É introduzir cenas de negociação explícitas”.

Em face dessas considerações iniciais, realizo a abordagem intitulada temática 1 que diz respeito ao significado e implicações da institucionalização do CRS V. A partir dos significados produzidos prossigo apresentando outras 03 outras temáticas, resultado dos muitos diálogos estabelecidos e registrados durante o processo investigativo, sistematizados como relatos e avaliados como concepções abrangentes de controle social na política de saúde regional.

Temática 1: avaliando significados e implicações da institucionalização do CRS V

Segundo o arcabouço jurídico-formal de constituição do sistema de controle social na saúde de Fortaleza, os conselhos de saúde são concebidos como integrantes do poder executivo municipal; são institucionalizados, portanto, como parte do aparelho estatal da PMF³⁷. O artigo 2º da Lei Municipal nº 8066/1997 declara: “Ao CMSF, órgão colegiado de caráter

³⁷ Sugiro consulta ao organograma exposto nas páginas 83.

permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, compete: ...”. Em seu próprio RI, essa normatização é ratificada no art. 1º:

O CMSF é um órgão colegiado de caráter permanente deliberativo e consultivo, **integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS**, que tem por finalidade deliberar sobre a política do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito municipal. (RI, CMSF) (grifos meus)

Seguindo essa mesma diretriz, o art. 1º do RI do CRS V, assim, o define:

O CRS V é um órgão colegiado deliberativo, consultivo e fiscalizador, **integrante da estrutura administrativa da SER V**, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, constituindo-se numa instância colegiada de natureza permanente, com a finalidade de propiciar a participação da sociedade na definição, acompanhamento e avaliação, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, as ações e serviços de saúde no âmbito da Secretaria Executiva Regional V. (RI, CRS V) (grifos meus)

Pode-se constatar que a legislação municipal que cria os conselhos de saúde em Fortaleza, institucionaliza-os integrando ao aparelho estatal da PMF. Ao longo do tempo, esse entendimento tem preponderado entre os conselheiros que, muitas vezes, não se atentam para as conseqüências sobre a atividade participativa e de controle. Mesmo sendo prerrogativa do pleno dos próprios conselhos a elaboração de seus RIs; eles, também, reproduzem a vinculação ao aparelho estatal: o CMSF à SMS e o CRS V à SER V.

Embora todos compreendam a responsabilidade executiva pelo custeio dos conselhos, a Lei Municipal nº 8066/1997 não regulamenta como deve ocorrer seu financiamento. Nada constam, nem nos próprios RIs, sobre sua definição e normatização.

Entretanto, verifico que os conselhos de saúde em Fortaleza sofrem com a insuficiência e/ou descontinuidade de recursos financeiros/estruturais – físicos, equipamentos, insumos, recursos humanos - para desenvolver suas atribuições. O custeio de suas despesas pelo executivo municipal, SMS/SERV, apesar de se tratar de uma obrigação estatal é resultante de uma disputa com os governos que geralmente impõem uma dependência fragilizadora que pode comprometer a autonomia e independência, sobretudo, quando se trata de órgãos responsáveis pela aprovação do Plano Municipal de Saúde, Plano Anual de Saúde e Relatórios de Gestão e, portanto, instâncias deliberativas e fiscalizadoras do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

O CSU5 considera a instabilidade/insegurança financeira vivenciada pelo CRS V:

[...] a questão do orçamento dos conselhos pra atuar de uma forma mais independente, desligado da gestão. Um dos nossos maiores problemas, **um dos nossos maiores**

entraves, é primeiro: financeiramente, o conselho acaba de uma forma ou de outra dependendo da gestão. Segundo: ele depende exatamente de quem não quer que esse processo se dê com sucesso. Então, o que vai acontecer é, exatamente, o provável insucesso [...] Enquanto não tivermos um orçamento próprio, independente, vamos ter grandes dificuldades em fazer controle social como precisa ser feito. (grifos meus)

Na condição de pesquisador saliento que essa situação representa um grande paradoxo. Se por um lado a legislação municipal institucionaliza os conselhos de saúde englobando-os à esfera do Estado, por outro lado, tal aparato legal induz ao imaginário social e aos próprios conselheiros, a concepção de que eles são parte e, portanto, componentes da PMF obscurecendo para a maioria o contexto histórico de constituição desses colegiados e o real sentido e significado dessas novas institucionalidades originárias das lutas sociais e do aprofundamento democrático brasileiro.

No cenário atual marcado pela crise de representatividade da democracia delegativa formal e avanço do protagonismo da sociedade política na definição dos rumos do Estado/PPs, os conselhos de saúde, dentre eles o CRS V, no contexto de Fortaleza, no período em estudo, compreendidos como estrutura da PMF encontram dificuldades para se comportar como espaços públicos propiciadores de participação cidadã na discussão/deliberação e no controle social do SUS na perspectiva de garantir/ampliar direitos. Nos governos de coalizão de frente popular, normalmente, os conselhos acabam se tornando reféns capturados por uma elite política privilegiada ou, não raro, constituem-se em mero apêndice estatal, estrutura vestigial incapaz de assegurar uma participação ampliada e sintonizada com os interesses mais amplos da sociedade e, muito menos, o controle social, sobretudo, quando na disputa pela hegemonia nos colegiados, as forças assumem um caráter mais progressistas.

Ocorre que no período de 2010 a 2012, o CRS V se destaca pelo esforço em desenvolver relações mais orgânicas entre os conselheiros de saúde e a sociedade civil visando construir/garantir a legitimidade do colegiado e superar as limitações impostas pela legislação e resistências à gestão compartilhada pelo executivo municipal/regional.

A mesa diretora juntamente com alguns sujeitos da pesquisa se recusa e resiste a assumir o lugar de apêndice da SER V, inclusive, tendo que recorrer ao Ministério Público (MP) para garantir a infraestrutura/custeio mínimo para viabilizar a atuação como (co)gestor da política. Apesar das limitações financeiras, o ânimo da mesa e de alguns dos conselheiros individualmente não foi arrefecido, mesmo não demonstrando compreender ou não considerando conquista os reais significados da institucionalização dos conselhos de saúde, para além dessa “sinuca de bico” a que esses órgãos estão expostos, isto é, como síntese do esforço e

produto da luta democrática em prol da criação de espaços públicos plurais de participação e exercício de controle social.

Diferente do que apregoa a legislação municipal e os próprios RIs, entendo que os conselhos de saúde não devem ser vistos como um organismo localizado no interior do Estado; mas, sim como Avritzer (2002; 2005; 2007) os concebe: colegiados híbridos compostos paritariamente por membros oriundos do Estado e sociedade civil, organismos colegiados (co)gestores, fruto da luta, pressão social e conquista do projeto político democrático-popular brasileiro da década de 80 que intrinsecamente; pelo menos, em tese, carrega um enorme potencial democratizante. (CORREIA, 2010)

Então, os conselhos de políticas públicas e de modo particular os conselhos de saúde devem ser encarados como espaços públicos, um *locus* privilegiado por onde devem circular informações fundamentais sobre as PPs sem as quais se compromete a participação cidadã e o exercício do controle social. Definitivamente, são patrimônio da sociedade brasileira e como tal devem ser custeados pelos tributos originários da própria sociedade.

No contexto em questão as análises dos organogramas do sistema de controle social na saúde de Fortaleza evidenciam que da forma como os conselhos de saúde estão definidos e estruturados acabam se comportando mais como um departamento da SMS/SER “disponível” às determinações do governo do que como instituições híbridas (co)partícipe na formulação, implementação, monitoramento, fiscalização e avaliação das PPs de saúde como instrumento e estratégia para desprivatizar interesses, garantir/ampliar direitos e gerar bem-estar social. (SPOSATI, 1992; PAOLLI e TELLES, 1994)

Fundamentado nas reflexões e contribuições teóricas de Dagnino (2002; 2003; 2006) e a partir do olhar de conselheiro e pesquisador compreendo que essa situação ambígua vivenciada pelos conselhos é resultante de mais uma disputa entre concepções e projetos políticos diferentes acerca do sentido e significado da categoria institucionalização.

O projeto político democrático-popular a concebe como um conjunto de normas para organizar a dinâmica participativa e o exercício do controle social definindo regras para a atuação coletiva de forma autônoma e independente do governo, características que se definem e se revelam a partir de uma disputa permanente no colegiado. Assim, cumpridos os pré-requisitos legais – reconhecimento executivo e aprovação legislativa – são os próprios colegiados que autonomamente devem discutir e elaborar seus próprios conjuntos de regras para regulamentar sua dinâmica de funcionamento.

Para o projeto neoliberal a terminologia assume como significação a inclusão na estrutura do estado - SMS/SERs - e, portanto, num cenário de democracia liberal, restrita e tutelada como observado na pesquisa, os conselhos constituem-se em mais um “aparelho” à disposição dos interesses da elite governamental - utilizados e, normalmente, manipulados - para viabilizar seus interesses/ projetos. Essa é uma questão estrutural a ser publicizada, discutida e pauta na agenda de reflexão dos conselhos e, principalmente, nos programas de educação permanente voltados para a formação crítica do sujeito-conselheiro.

Os dados coletados na pesquisa apontam que o cenário de constrangimento financeiro/estrutural pelos quais atravessam os conselhos em Fortaleza, associado à condição de vulnerabilidade sociopolítica, econômica e educacional dos conselheiros contribuem para o desenvolvimento ou encontro com caminhos alternativos, não institucionais, visando superar as dificuldades de custeio, o que acaba por tornar, frequentemente, os conselhos alvos de disputas político-partidárias favorecendo o afastamento de suas reais competências.

Ao ser ocupado por militantes partidários, mais preparados em termo de retórica, acabam manipulando e dominando o ambiente, transformando-os em arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente os interesses partidários do interesse público na saúde. A aproximação do jogo político tradicional e dos políticos inescrupulosos acaba por desviar o conselho do seu verdadeiro caminho silenciando outras vozes importantes acarretando/mantendo um círculo de atrelamento e perda de autonomia face a “partidarização” do colegiado fato que a mesa diretora do CRS V procura coibir.

O CSU2 observa em sua vivência no CRS V:

A ligação que vai acontecendo do conselheiro com o poder é complicada. Isso abre precedente para que os partidos políticos possam se envolver nos conselhos de base, porque não tem autonomia. Então, aquela pessoa que está como conselheiro e conhece algum político, vai solicitar o apoio a ele e aí, o partido começa a se infiltrar e aparelhar o controle social, aí ele já não é mais controle social, é controle partidário. (CSU2)

É importante considerar que a legitimidade, autonomia e independência perante o governo é fruto e acarreta uma tensão permanente constituindo-se numa disputa constante cujo resultado é influenciado pela compreensão dos conselheiros desses processos e pela resultante da (co)relação de forças do coletivo heterogêneo que compõe o colegiado. Tais questões serão aprofundadas nas próximas temáticas.

A seguir, analiso e avalio a compreensão dos sujeitos da pesquisa com o termo controle social e o sentido da função de conselheiro de saúde.

Temática 2: avaliando a compreensão da categoria controle social e o significado da função pública de conselheiro de saúde

Nessa temática resgato, analiso e avalio o significado do controle social para os sujeitos da pesquisa buscando compreender qual o sentido do cidadão da SER V assumir a função pública de conselheiro de saúde.

A dinâmica interativa do grupo focal revela que no imaginário do conselheiro do CRS V há uma associação entre participação e o exercício do controle social com ênfase na supervalorização da dimensão fiscalizatória sobre o SUS regional conforme perceptível nas entrelinhas dos depoimentos: “É a participação ativa dos membros da sociedade, servidores ou não, na decisão e fiscalização de ações e projetos de saúde.”; “É a participação da população em todos os eixos do serviço público, no sentido de o usuário se integrar e inteirar fiscalizando todos os serviços públicos.” são manifestações dos CSGs quanto ao caráter fiscalizatório do controle social.

Alguns avançam ao conceber implicitamente a ampliação da terminologia no sentido de contemplar o compartilhamento democrático das decisões. Os trechos demonstram: “É o controle do povo sobre as ações públicas.”; “É a ação da sociedade na decisão pública junto com a gestão.”; “É a participação popular na decisão da administração pública.” (Tarjetas preenchidas na atividade de grupo focal dos CSGs)

Depoimentos mais consistentes em relação à ampliação do conceito de controle social se originam dos CSUs ao perceber o papel objetivo do CRS V na discussão, deliberação, fiscalização e avaliação da política de saúde regional. “Controle social é a capacidade que a sociedade tem de fiscalizar as ações do gestor em saúde. E também propor e deliberar bem como avaliar políticas de saúde”, são argumentos do CSU5. É importante considerar que o referido conselheiro percebe o controle além do caráter fiscalizatório, compreendendo a complexidade e importância de aprofundar a dimensão propositivo-deliberativa contemplando a atuação *ex-ante* na formulação das PPs. Isso implica numa dimensão pedagógica para o cidadão e ao mesmo tempo resgata a essência política da participação e do controle social.

O controle social é o mecanismo constitucional que deu à sociedade o direito de participar das decisões referentes PPs de saúde no Estado nos seus diversos níveis (CST5). Participação no acompanhamento das ações desenvolvidas em determinada área, no sentido de poder deliberar encaminhamentos em relação a mesma (CSG1).

Em suas respectivas compreensões, o CST5 e CSG1 remetem a noção de direito e a inclusão da dimensão deliberativa complexifica a atividade de controle social ao envolver interesses influenciadores das PPs. Os CSUs e CSTs, por sua vez, demonstram com mais ênfase a necessidade de aprofundamento na participação das ações públicas estatais, reconhecendo o controle social como uma forma de participação e direito de cidadania inscrito na CF/1988 e instrumento de democratização do Estado e sua relação com a sociedade.

Para esses segmentos é consensual a compreensão de que o controle social: “É uma das formas de exercer a cidadania, contribuindo de perto com a melhor qualidade de vida da sociedade.” (tarjeta construída pelo grupo focal dos CSUs) e “É tudo ou qualquer benefício que viabilize o bom funcionamento de uma entidade ou unidade de saúde, bem como usar de transparência nas suas decisões no bem comum de uma sociedade” (tarjeta construída pelo grupo focal dos CSTs).

Refletindo sobre o tema, verifico que alguns conselheiros problematizam a construção conceitual, o caráter dialético que o termo assume em diferentes tempos da nossa recente democracia, as “modalidades e a amplitude” da participação e controle social, além de reconhecer que ainda há um grande desconhecimento por parte da sociedade civil não apenas do CRS V, mais dos outros instrumentos de controle social sobre a PMF, conforme explicitados abaixo:

[...] o objetivo, na verdade, é o tamanho dessa ação, **porque existem várias vertentes dessa participação da sociedade no controle do Estado**, Estado que pertence à própria sociedade, e nós temos o tal do formal, informal, e o controle social, nos moldes que a gente tem hoje no Brasil, veio para abrir uma nova perspectiva da participação da sociedade, mas que já existia controle, alguns instrumentos da sociedade, que o povo nem sabe que tem, alguns instrumentos da sociedade já funcionavam, enfim, pelo menos existiam e existem, o controle social acabou abrindo uma nova porta, especialmente, essa que eu acho que é a mais importante, **que é de passar à sociedade o conhecimento do próprio Estado e dos direitos dela sobre o Estado**. (CSU3) (grifos meus)

O nome **controle, há, assim, uma colocação dupla, tanto do governo para o social como do social para o governo**. A palavra controle social é muito, assim, pesada para o assunto, deveria ser trocada por participação. **O controle social pode ser do governo controlando a sociedade como do povo administrando a coisa pública que nos pertence**. (CSU2) (grifos meus)

Existe controle social muito bonito no papel, na realidade não acontece. Em todas as esferas que estão ali impostas, o controle social é igual ao SUS, no papel, porque na realidade até a própria população não sabe nem que tem esses mecanismos. (CST5)

Questionando o segmento governamental, o CSG3 exemplifica a forma como entende que o conselho deveria atuar: “É a participação da população na gestão **de maneira**

integral ou parcial.” (grifos meus). Depreende-se que tal argumentação carrega o ranço do tradicionalismo colonial/senhorial, herança constituinte da formação da sociedade brasileira, que naturaliza a dominação privada do aparelho estatal e a apropriação das PPs, assumindo a participação e o controle social um processo apassivado, limitado e concedido, reproduzindo relações de autoritarismo e subordinação da sociedade civil aos interesses da elite política governamental. As heranças tradicionais oriundas da constituição histórica da sociedade e do Estado brasileiro associado ao modelo hegemônico de democracia liberal contemporâneo tem sido hostil representando uma barreira à participação ativa dos cidadãos na vida política. (SANTOS, 2000)

Análises mais críticas mostram o entendimento de que o controle social é produto das conquistas da sociedade brasileira nas últimas três décadas, constituindo-se num processo dinâmico, multifacetado, “de avanços e retrocessos”, como reflexo do processo de democratização do Estado brasileiro frente ao avanço da sociabilidade do capital que, bem sabemos, impõe novos mecanismos excludentes que se misturam às tradicionais formas de desigualdade, dominação e opressão utilizadas pelas elites brasileiras gestando novos padrões de hegemonia, dominação e subordinação social.

Trata-se, portanto, de um processo inacabado, com ritmos diferenciados e que precisa se viabilizar pela atuação política de diferentes sujeitos coletivos em busca do aprofundamento da democracia, na sociedade, no Estado e em suas relações como possível caminho para superar problemas decorrentes da atual sociabilidade do capital financeirista e garantir direitos sociais.

Diante dos limites impostos “pelos novos tempos” à cidadania, à gestão democrática das PP, à participação e ao exercício do controle social nos conselhos de PPs, o CSU3 reflete sobre a recente democratização brasileira e a (co)relaciona com a crise de representatividade observada na realidade local.

nós estamos engatinhando, o país, uma nação como a nossa, está renascendo ao regime que queríamos a própria sociedade, passa por uma dificuldade terrível, vive um processo de transformação, passagem, nós estamos tentando nos redescobrir como sociedade, essa é uma realidade, então, tem toda uma violência, enfim, de coisas que nos pertenciam e que, hoje, nós estamos tentando nos adaptar a este cenário, o controle social que surgiu aí, ele já é resultante desse processo de redemocratização do Brasil. Claro que tem muito problema, e vai continuar existindo porque se o gestor público entender que, para ele, é bilhões de vezes melhor, caminhar com a sociedade na execução de PPs **é preciso que a sociedade se entenda como completa, mas para isso é preciso que as pessoas desejem caminhar juntas, e não existe isso, alguém é eleito, assume o Estado, e, no dia seguinte, está contra o povo, não consigo entender isso, eu acho que é fruto de uma desinformação, de uma ausência de consciência e coletividade e de existência como cidadão.** (grifos meus)

Embora a apartação e individualização, subproduto do avanço da sociabilidade do capital em tempos contemporâneos, sejam importantes fatores limitadores da atuação política coletiva, o conselheiro avalia reconhecendo o potencial democratizante que o controle social carrega apontando a necessidade para a reflexão crítica acerca dos caminhos para o exercício da cidadania:

[...] **é preciso a compreensão da atuação política coletiva**, é preciso essa formação, as universidades são fechadas para esse debate, para essa discussão, até para que a sociedade seja melhor informada, quem pode trabalhar isso, quem é que pode construir isso? É uma lógica educacional perversa que acaba nos separando, é porque nós somos apenas peças de reposição de mercado, qual é a lógica de tudo isso, nós precisamos fazer uma avaliação mais profunda dessas coisas, que pra mim entender, como cidadão, conselheiro, e contribuir pela melhoria da qualidade do serviço, da sociedade que eu vivo, eu primeiro preciso me compreender como pessoa, como cidadão e, assim, **exercer minha cidadania e o controle social para os meus pares e não pra mim mesmo** [...] os direitos pressupõe deveres. (grifos meus)

Implicitamente, transparece que a crise de representatividade também permeia o sistema de conselhos de saúde da SER V. Evidentemente, observo incompreensões quando ao verdadeiro sentido de assumir a função pública de conselheiro de saúde principalmente por parte dos CSUs, principalmente, nos CLSs das unidades de saúde, que muitas vezes, utilizam da função pública para auferir vantagens individualizadas em detrimento da luta coletiva em prol dos direitos mais amplos na saúde.

O CSG sinaliza a existência na SER V de traços do patrimonialismo demonstrados pela auto-representação dos conselheiros:

[...] eu recebia processos de conselheiros, que chegavam na ouvidoria para reclamações e **quando a gente ia atrás eram coisas pessoais deles**: exames que eles queriam. No posto de saúde X, agente teve que intervir com alguns conselheiros locais porque eles quando chegavam lá não queriam pegar uma fila para pegar o remédio, porque eles eram conselheiros, eles tinham que ter esse benefício, fichas, eu tive que ir lá conversar com alguns deles mostrando, que eles como conselheiros não têm essa prioridade? Acho que eles não entendiam esse processo direito ou queriam realmente se beneficiar de alguma maneira.” (CSG1) (grifos meus)

O controle social se deu de uma maneira importante, mas que em alguns momentos os conselheiros não entendiam ou realmente faziam um papel que não eram de sua competência. (CSG4)

De fato, nos CLSs grande parte dos conselheiros não compreendem o conceito de cidadania, representatividade e a importância de assumir a função pública no conselho. Para muito deles, o verdadeiro significado de “participar do conselho” é auferir benefícios indivi-

dualizados facilitado pela proximidade com os governos face a incapacidade estatal de disponibilizar ações e serviços de saúde universais e de qualidade.

As pessoas têm medo de participar, a gente observa isso nas eleições de conselheiros nas comunidades e o controle social não se fez por causa disso, a falta de conhecimento do que seja o controle social e a falta de cidadania, as pessoas acham que só são cidadãos na hora do voto, depois são esquecidos. As pessoas que querem participar são da periferia, são da base dos centros de saúde, sem o conhecimento prévio da situação e se candidatam a conselheiros locais e daí tem que galgar os outros degraus. E, a maioria das pessoas que tem a coragem de participar, elas vêm mais impelidas pela locupletação da função do que mesmo para a participação do controle social. Participam sim, tem uma vinda aqui outra acolá, nas decisões, nas reuniões, mas verdade elas buscam mesmo um empreguinho. (CSU5)

Noto, por meio das posturas e posições assumidas entre os conselheiros da SER V, o anseio pela satisfação dos interesses imediatos e o desinteresse em se organizar, articular e discutir coletivamente a política, expressando e lutando pelos interesses sociais coletivos.

Mercantilização da saúde, desmonte do Estado com a destituição dos direitos sociais, individualismo e ausência de solidariedade e, em particular, o modo como a sociedade na SER V elege seus conselheiros de base representam alguns dos fatores que favorecem a individualização da participação/controlado social. Isso decorre, muito provavelmente, pelo fato de que qualquer cidadão pode ser eleito conselheiro de saúde nos CLSs, independente da existência ou não de vínculo com a sociedade civil organizada, facilitando a autorepresentação.

Há, no entanto, o relato de que assumir a função pública de conselheiro significa contribuir para aprimorar a política e dar continuidade às conquistas sociais legalmente instituídas, reconhecendo os conselhos como potenciais instrumentos de luta pela garantia e ampliação dos direitos. Embora o caráter deliberativo seja lembrado, novamente, a função fiscalizatória sobressai, ora em sinergia com o governo, ora conflituosa diante das divergências de interesses. O CSU1, membro do CRS V e ex-presidente do CESAU, relembra a luta histórica pela institucionalização dos conselhos e o papel a ser desempenhado pelo cidadão na condição de conselheiro de saúde.

Na década 80, na VIII Conferência, ainda havia pouca participação popular apesar de tenhamos necessidade do controle da população, porque não estava sendo feito o papel que era para ser feito total da gestão e que necessitava desse controle dos gestores, das ações e dos recursos públicos. Na CF de 88 houve o primeiro veto do presidente Collor e aí, sim, depois houve toda uma movimentação de todos aqueles que estiveram na oitava conferência e outros no Senado e conseguimos a Lei 8.142, que nos dá esse papel de fiscalizar, de elaborar PPs e de ser um verdadeiro cidadão no papel do controle da saúde. [...] acho que o papel já foi dado, é de fiscalizar e, principalmente, elaborar e buscar soluções juntos com os gestores, quando eles querem, e quando não querem é a gente fazer valer o direito de cidadão e da maioria e buscar no (bloco) as soluções para a nossa saúde de nosso Estado, município e país. (CSU1)

Alguns trechos apontam para o papel dos conselheiros, independente de segmentos: comprometer-se com o aprofundamento da função social do Estado visando o bem-estar coletivo.

[...] não importa se é conselheiro gestor, trabalhador, usuário tem que ter compromisso com a melhoria da qualidade do serviço a ser prestado, é um dinheiro que sai do meu bolso, custeia toda essa estrutura, para que ele possa retornar em benefício de melhor qualidade possível, e nós, já que o dinheiro é meu, é nosso, nós devemos utilizá-lo da melhor maneira possível, com melhores equipamentos, com melhor atendimento, com melhores profissionais. (CSU4)

Outros conselheiros reconhecem que suas atribuições transcendem a questão fiscalizatória e deve incorporar uma relação de proximidade orgânica, responsabilidade cívica e solidária ainda que preocupe a forma como acontece a representação e expressão dos interesses de seus representados (suas bases sociais), principalmente, no contexto de uma sociedade civil fragmentada/desarticulada como a SER V o que pode favorecer a auto-representação devido a limitada pressão e cobrança social.

Vai muito além da função de fiscalizar, vai muito além da capacidade de você analisar, identificar as falhas da gestão, identificar aonde precisa ser mudado. **O papel do conselheiro está relacionado com a responsabilidade que cada cidadão tem para com a sociedade que está à sua volta, que não tem as devidas informações, que não tem, vamos dizer, os mecanismos corretos para cobrar da gestão, cobrar do governo, cobrar do estado, uma ação que é de sua obrigação e não é feita. Então, o conselheiro assume esse papel e deve ter muita responsabilidade ao fazer isso.** (CSU5) (grifos meus)

Outros demonstram certo ceticismo com relação à representatividade e vínculo entre conselheiro e sociedade civil.

Agora, qual é o grande problema **é que cada um quer se sobrepor ao outro, não existe essa consciência de sociedade**, esse o maior problema, você está aqui, você tem o seu papel, você tem a sua missão, a sua função a sua remuneração e está tudo certo, a minha é essa e eu vou fazer o meu pedaço e acabou, quando eu contribuo, se eu fizer a minha parte eu vou estar contribuindo, e o controle social não é diferente, quer eu seja gestor, trabalhador, usuário, porque todo nós contribuimos para que aquilo exista de fato, isso é uma realidade, sem essa contribuição aquilo não existirá [...].(CSU3) (grifos meus)

Como o SUS enquanto produto da RSB concebe a saúde como direito-dever do cidadão a partir de uma atuação e construção coletiva, o CSU3 expõe como é complexo representar interesses coletivos numa sociedade de classes evidenciando-a como campo conflituoso e palco da luta de classes marcado por extremas desigualdades e diversos interesses, por vezes, contraditórios e inconciliáveis. Ele destaca o desconhecimento generalizado por parte da

sociedade civil do controle social: “Eu diria, que falta, a nós, enquanto sociedade, compreendermos melhor o que é controle social.” (CSU3).

Como ex-conselheiro e pesquisador imbuído do compromisso ético e político de engrandecer o CRS V, acredito que a própria pesquisa e a divulgação dos conhecimentos e saberes produzidos nesse contexto particular poderão contribuir para clarear contradições e despertar reflexões favorecendo e qualificando a atuação dos atuais e futuros conselheiros de saúde demonstrando ser possível e viável a atuação dos conselhos de saúde sobre o SUS.

No próximo tópico abordo a dinâmica participativa e o exercício do controle social no CRS V, campo empírico estudado.

Temática 3: avaliando a dinâmica participativa e o exercício do controle social no CRS V: avanços, disputas, enfrentamentos, limites, resultados

Para apreender e avaliar a dinâmica participativa, exercício do controle social e seus resultados no SUS regional, busco explorar o significado das impressões dos diferentes conselheiros entrelaçando-as e sobrepondo-as para analisar como tais práticas de fato se apresentam na dinâmica do CRS V.

Instigados sobre como acontece à participação e controle social, os CSGs se manifestam reconhecendo o esforço participativo além de elencar algumas características que contribuem para o desempenho do conselho:

[...] uma das marcas é a transparência do conselho. As coisas eram muito transparentes, tudo jogavam às claras, quando havia algum problema, eles convocavam, discutiam aquela situação não deixavam passar nada, qualquer problema eles chamavam e queriam esclarecimentos, acho isso muito importante. (CSG3)

[...] queria destacar duas questões: eu sinto uma grande participação no CRS V em comparação com outras regionais. Aqui sinto uma renovação, vejo pessoas antigas, que estão nas comunidades a mais tempo, mas também sinto a chegada de pessoas novas, com novas ideias com contribuições muito interessantes, assim, essa questão de como participar, vai se refinando, vai mudando com a chegada de novas pessoas, porque quem já está, vai trazendo a sua experiência e quem vai chegando tem a sua novidade e aquela vontade de compreender, compartilhar e participar, vem ideias muito boa e aí se faz aquela troca. Os conselheiros foram consideravelmente atuantes, propondo questões orçamentárias e fiscalizando os servidores e coordenadores. (CSG4)

As falas dos CSG3 e CSG4 levantam algumas condições essenciais que permitem demarcar o CRS V como um espaço de discussão da política de saúde regional, diferenciando-o dos demais conselhos de saúde do sistema municipal.

O CSG5 compartilha algumas características desejáveis ao conselheiro para favorecer e induzir um funcionamento democrático do colegiado. Diz ele:

[...] **independência política e econômica, capacitação, tempo, dedicação e conhecimento.** A independência política e econômica de não ter, porque têm muitas desses representantes de usuários que, no português da mamãe, tem o rabo preso com algum político ou com a própria gestão então, se ele não é independente politicamente, economicamente ele não tem moral, autonomia, para votar sem isenção. [...] tão importante quanto isso é a capacitação, conhecimento, se não tiver, não vai, tem que ter conhecimento. (CSG5) (grifos meus)

Em uma análise semelhante com que Arendt (2007) aborda em seu clássico “A condição humana” onde contextualiza historicamente os pré-requisitos essenciais para o exercício da democracia na esfera pública da sociedade ateniense no Período Clássico, CSU2 problematiza as circunstâncias particulares que permitem à mesa diretora do CRS V implementar uma dinâmica participativa e o controle social de forma autônoma/independente do governo.

As pessoas que vieram para cá queriam lutar pela melhoria da sociedade. Enquanto isso não acontecer, tiver a locupletação, os interesses particulares se evidenciarem, não vai acontecer o controle social. Por que aconteceu o controle social na SER V? **Porque todas que estavam na mesa diretora tinham seus ganhos, têm as suas próprias rendas, todos que vieram pra cá já tinha isso, não precisavam da gestão para viver e o exercício do controle social foi isento, em benefício da sociedade, nunca para cada um, separadamente.** (CSU2) (grifos meus)

Os discursos dos CSGs demonstram que o parâmetro avaliativo da atividade de controle social se resume a existência formal dos CLS nas unidades de saúde cuja criação e funcionamento permitiria o acompanhamento e fiscalização das ações/serviços de saúde nas unidades de saúde da SER V o que seria evidenciado como avanço trazendo por si só maiores benefícios aos serviços públicos prestados e consequentemente a saúde da população. Tal compreensão é ratificada abaixo.

[...]o próprio conselho local, ele tá bem posto, esta atuando, está cuidando das coisas lá, o benefício que o povo vai ter vai ser diferenciado, eu acho que a gestão já é fiscalizada pelo Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), vários instrumento de fiscalização, Ministério Público (MP) e tudo, mas aquele é mais um instrumento de atuação, fiscalização, que tá nesse controle, eu acho importante. (CSG2)

Comparando a caracterização socioeducacional e política dos conselheiros do sistema de conselhos da SER V com o posicionamento evidenciado acima, afirmo que essa análise é por demais superficial e engloba apenas o atendimento processual aos ditames legais. O fato é que a simples existência dos CLSs não garante, por si só, uma ação participativa e, mui-

to menos, o controle social sobre as ações e serviços de saúde ofertados por uma unidade de saúde à comunidade na regional.

Dentre outros motivos, constato que há enormes dificuldades do conselheiro apreender os verdadeiros sentidos e significados do controle social ampliado que somente se viabiliza mediante a participação qualificada como cidadã segundo Teixeira (2007). Esse processo contempla dois elementos na dinâmica política: i) o “fazer ou tomar parte” no processo político-social por indivíduos, grupos, organizações que expressam interesses, identidades, valores que podem se situar no campo do “particular”, mas atuando num espaço de heterogeneidade, diversidade e pluralidade e ii) o sentido cívico de “cidadania”, enfatizando as dimensões de universalidade, generalidade e igualdade de direitos articulados à ideia de responsabilidades e deveres à propensão ao comportamento solidário, inclusive ,relativo àqueles que, pelas condições socioeconômicas, encontram-se excluídos do exercício dos direitos, dos “direitos a ter direitos”.

Ademais, as falas dos CSUs dos CLSs denotam uma lógica participativa formal e vazia de sentido político. As tarjetas construídas no grupo focal dos CSUs são ilustrativas: “é quando o povo tem vez e voto”; “participação popular”; “é a participação da comunidade nas ações do governo.”

Comparando e sobrepondo essas argumentações com os dados colhidos pela observação participante, fica evidente que a maioria dos conselheiros do sistema de conselhos da SER V não conseguem atuar no cotidiano compreendendo os colegiados como uma arena pública, e, menos ainda promover um debate coletivo e crítico sobre a conjuntura local/regional/municipal e sobre a política de saúde: atos, decisões, orçamento, aplicação orçamentária, instrumentos de planejamento - PPA, LDO, LOA, planos de saúde e relatórios de gestão e planos de aplicações. Nesse contexto a participação assume uma condição burocratizada apenas processual, apassivada, consentida de fácil manipulação ou indução por elites dirigentes devido ao limitado entendimento e capacidade técnica/política do conselheiro.

Em face dessas limitações e associado a uma concepção restrita de democracia – característica comum nos governos de coalizão viabilizadora da governabilidade - o controle social embora possa parecer utópico, uma atividade burocrática para atender uma exigência legal e legitimar uma relação estado-sociedade baseada na imposição, dominação/ subordinação e, principalmente, na tomada de decisão privada sobre as PPs, mesmo assim, representa um avanço, mesmo parecendo pouco expressivo, caso a dinâmica do colegiado consiga desnudar e socializar, entre os conselheiros, informações sobre o funcionamento da máquina ad-

ministrativa - interesses, limites, possibilidades, finalidades, contradições – facilitando a construção e leitura crítica da realidade onde o conselho está inserido. Isso é primordial para se constituir num instrumento de organização e luta política em prol dos direitos na saúde. Evidentemente, canalizar a energia transformadora que a atuação coletiva e a dimensão deliberativa do controle social carrega em direção à democratização do Estado e das PPs é o grande desafio enfrentado pelos conselhos de PPs.

Destacando a importância da transparência das ações públicas para o exercício do controle social e subjetivamente percebendo não estar participando efetivamente das decisões, o CST3 critica a dinâmica participativa na atuação *ex-post* explicitando limitações e colocando “em cheque” a real capacidade deliberativa do CRS V:

Quando eu usei a palavra transparência, é porque a gente escuta muito dizer que tá fazendo controle social, que existe controle social, **mas a gente nunca consegue, realmente, saber como é, o que estão fazendo para que essa melhora exista, falam muito, mostram muitas coisas, muitas notas, dizem que estão fazendo, muitos dados, mas, na realidade, você não sabe.** Uma coisa que eu vou ser bem franca, que é o suprimimento de fundos³⁸, para mim isso aí é o controle social, suprimimento de fundos. A gente que estava no conselho de saúde, agora a gente tem a comissão de fiscalização, finanças, ela apresenta as notas fiscais, ali, que foi comprado isso, isso e aquilo, **mas eu não estava lá na hora que foi tomada a decisão do que ia ser comprado, quando foi comprado, o que foi comprado, se era realmente aquilo que era para ser comprado. Então, eu acho que essa transparência, ainda, não existe ainda.** (CST3) (grifos meus)

Os CSUs denunciam traços da cultura política tradicional presentes no governo de coalizão que, segundo eles, apropria-se da máquina estatal da saúde para auferir diversas vantagens na SER V, inclusive, político-eleitorais.

[...] considero um retrocesso muito grande a política partidária na saúde, em Fortaleza. **As regionais têm seus espaços reservados aos candidatos que têm determinado número de pessoas que trabalham para ele em cada regional.** E aqui na SER V é cheio disso e a gente não pode mudar. Considero um grande retrocesso para a nossa saúde e para o controle social. (CSU2) (grifos meus)

Complementa sua análise denunciando concretamente como ocorre à apropriação privada da máquina pública.

A terceirização dos profissionais, ninguém quer mudar isso, porque vem da política partidária, então, uma coisa é o retrocesso que estagna, não avança por causa disso, porque a política partidária está ali, apenas para se locupletar desse sistema e fazer com que ele fique estagnado para que seja sempre objeto de força na eleição. (grifos meus)

³⁸ Suprimimento de fundos é uma pequena dotação financeira prevista no orçamento público destinada as unidades de saúde municipais devendo ser utilizadas para custear pequenas despesas de caráter emergencial.

A pesquisa permitiu a revelação de uma situação muito complexa nos CSFs. Observo que em suas gerências se encontram as coordenadoras, conselheiros gestores, a maioria indicadas pelos vereadores que normalmente administram as unidades de saúde assumindo a agenda e interesses da própria classe política em detrimento do interesse público e bem-estar coletivo, (re)produzindo condutas patrimonialistas e clientelistas. São irregularidades, inclusive, reconhecidas e apresentadas no grupo focal pelo próprio CSG5. Na prática, isso significa assumir a propriedade/recursos da saúde, apesar de se tratarem de equipamentos públicos pertencentes à sociedade. É quase sempre nesse contexto que ocorre o encontro nos CLSs entre os CSGs e os CSUs/CSTs e onde se desenvolvem inúmeros enfrentamentos, conflitos e disputas quanto às finalidades do estado e das PPs.

Nos momentos em que tais práticas³⁹ foram apresentadas e denunciadas em plenário, o CRS V não naturalizou tal questão nem ficou inerte. É tanto que se pode verificar nos arquivos da Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema do CRS V a existência de documentos que atestam a abertura de procedimentos investigativos, requisições de diversas documentações oficiais, vários convites/convocações a servidores e gestores, pareceres indicativos/conclusivos, solicitações de afastamento/demissão de terceirizados e abertura de processo administrativo contra servidores(as), deliberações sobre a organização dos serviços, gestão do trabalho/recursos humanos entre outros a partir e como resultado de insatisfações, reivindicações, embates, conflitos, disputas, expectativas e frustrações na apreciação de cada uma dessas matérias/solicitações.

Práticas tradicionais de natureza privatistas associadas à incapacidade de articulação/organização da sociedade civil são recorrentes nos ambientes dos conselhos de saúde de base. Compostos por conselheiros que desconhecem os princípios do SUS e na ausência de vínculo com a sua base social territorial, os CLS, em sua maioria, são poucos efetivos, em participar do cotidiano da política e exercer pressão sobre o gestor/governo, visando garantir/ampliar os direitos em saúde. Não raro, o que se testemunha é a auto-representação do conselheiro que atua em busca de obter vantagens particulares: intencionalidades eleitorais, justi-

³⁹ Para maiores aprofundamentos sugiro ao leitor (a) consulta aos arquivos públicos do CRS V, mormente, os diversos processos administrativos instaurados pela Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema de Saúde e Comissão de Implementação do Controle Social, seus respectivos pareceres, cujos conteúdos em termos gerais denunciam as precárias condições de trabalho e o uso político-partidário das Unidades de Saúde da SER V, reformas de unidades incompatíveis com os valores orçados e empenhados, apadrinhamento de servidores públicos para atender interesses privados, dentre outros.

ficativas para ausências trabalhistas no setor público, privilégios no acesso as ações/serviços de saúde, medicamentos, exames, consultas especializadas e outros.

Quando indagados sobre como o controle social acontece no CRS V, os conselheiros demonstram perceber uma solução de continuidade entre a atuação do colegiado no período estudado em relação a períodos anteriores. O próprio CSG argumenta:

Eu acho que aconteceu mesmo, **a organização que tem hoje é totalmente diferente de três anos, de quando começou.** Todas as unidades daqui têm conselho e praticamente todos os camaradas estão bem orientados do que é controle, pode haver essa desvirtuação de pensamento e o camarada querer essa coisa mais particularizada, mais pessoal para o lado dele, ou para si, mas eu acho que o marco foi feito e daqui pra frente a coisa acontecerá com mais tranqüilidade [...] (CSG2) (grifos meus)

É essencial pontuar que apesar de possuir 14 anos de existência, ao iniciar a pesquisa empírica, praticamente, não existia documentação oficial arquivada, o que compromete o resgate da memória de sua dinâmica de atuação, exceto alguns ofícios que solicitavam insumos, equipamentos, vales transporte/refeição, atas sintéticas e pouco conclusivas de reuniões ordinárias, declarações abonatórias de ponto de CST, um antigo RI datilografado e rascunhado de caneta, um *desktop* contendo alguns poucos arquivos institucionais, alguns livros/panfletos sobre o SUS/controle social e muitas superficialidades pessoais.

São cerca de 10 anos de difícil resgate e compreensão com pouca produção oficial construída/arquivada, evidenciando o caráter restrito da participação e pouca manifestação pública de uma instituição que em tese deveria se ampliar para a sociedade. Tendo explorar e reconstituir essa história, por meio de conversas informais com uma antiga funcionária, lá lotada desde a sua criação, porém obtive êxito uma vez que ela não concordara em falar porque “não queria se comprometer”.

Antes de 2008, o planejamento e custeio das despesas relativas às ações/serviços da saúde implementadas na regional eram prerrogativas exclusivas do DS que solicitava ao FMS a liberação da cota financeira para a execução da política. À Comissão de Orçamento e Finanças do CRS V cabia acompanhar o que fora planejado previamente pelo DS que dispunha de até 03 meses para enviar ao colegiado as devidas prestações de contas. Restava à comissão checar receita/despesa, elaborar um parecer indicativo e submetê-lo ao plenário que normalmente o aprovava sumariamente.

Em 2009, após eleição da nova mesa diretora, novos conselheiros rompem com a proximidade e a conduta mais alinhada ao governo característica da mesa anterior se propondo a ensaiar o desafio de se relacionar com a SER V de forma institucional pautada pela auto-

nomia e independência buscando afirmar o CRS V como espaço público e campo de discussão e definição do interesse público na saúde.

O CRS V conseguiu, apesar de todas as limitações do povo da SER V, se abrir para a sociedade. Criou uma rede se articulando com a maioria dos CLS daqui. Houve uma interação muito boa, eles (conselheiros locais) perceberam o CRS V aberto para a participação da sociedade, para defesa dos interesses mais coletivos e principalmente um canal de recepção de demandas e escuta dos problemas da saúde dos recantos mais longe dessa regional [...] (CSG3)

O depoimento do CSG evidencia como o CRS V procura se ampliar para a sociedade, embora diversos enfrentamentos tenham se apresentado. O maior deles foi construir e conquistar a legitimidade do conselho para além da letra da lei, tanto perante a sociedade quanto ao governo, como instituição (co)gestora do SUS regional. A partir do compromisso e atuação cidadã, de alguns de seus membros, o CRS V trilha um árduo caminho para superar a “boa vontade” do governo da SER V em reconhecê-lo/custeá-lo como espaço público pertencente à sociedade civil.

A análise do CSU2 mostra como se constrói a identidade de um colegiado razoavelmente articulado com os CLSs, ciente da importância, complexidade e legalidade de suas funções, embora marcado por uma atuação eminentemente fiscalizadora. Esclarece como foi o relacionamento como o MP, quando os dissensos/conflitos chegam ao extremo destacando o aprisionamento burocrático e a limitada estrutura de trabalho daquele órgão que não consegue responder a contento e ao tempo as provocações dos conselheiros atuando em desincronia temporal com os conselhos. Acerca disso, o CSU2 declara:

Primeiro de tudo, a Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema foi muito atuante na época, todas as situações que eram negativas para a sociedade foram encampadas e tomadas decisões, pelo colegiado e levadas ao MP, porque não estava sendo atendida mais pela gestão. A partir da primeira ação que nós levamos para lá, a gestão da regional V, entendeu que o conselho que estava aqui sabia fazer e não estava brincando de controle social, a gente queria fazer controle social como deveria ser feito, fundamentado nas leis, nos documentos e não poderiam fugir disso, e aí entenderam que o controle social da V teria que existir, porque senão, iria para o MP, embora, o MP tenha a sua parcela de culpa para que o controle social não se consolide mais rapidamente. Então, as ações foram essas, fiscalizadoras, ações que trouxeram, realmente, benefícios para a sociedade, a fiscalização e o MP, apenas como figura de defesa que o controle social precisa para que ele possa ser exercido na sua essência, foi isso que aconteceu. [...] a gente vive o controle social, como é que é: (co)gestão, o Brasil tem isso e a gente não sabe, mas na realidade, é que nós temos essa dificuldade, a sociedade tem essa dificuldade [...] a questão do MP, ele também passa por essa dificuldade, porque é uma estrutura pesadíssima, todo mundo sabe disso, por conta desse estado brasileiro, complicado que a gente vive. (CSU2)

Aprofundando a dinâmica participativa, o exercício do controle social e as influências das ações governamentais no SUS regional pelo CRS V, busquei estimular a problematização entre os conselheiros no grupo focal.

Teve muito controle, **os processos administrativos deflagrados nos postos de saúde contra as pessoas, servidores, no exercício de seus atos, esse acompanhamento aqui, nós tivemos uma conta de determinado mês, rejeitada durante um período, discutida exaustivamente, que por fim, terminou aprovada, isso é um processo que compete a quem tem controle**, as comissões nesse trabalho de estabelecer uma pré-organização para despesa, a prestação de contas comparada depois, isso é controle efetivo, acho que as reuniões foram sistemáticas teve diversas reuniões acho que isso inquestionavelmente, teve o controle sim. (CSG2) (grifos meus)

Creio que houve uma considerada boa atuação dos conselheiros. **E as comissões foram muito importantes neste sentido**. Você vê, a Comissão de Orçamento se reunia todo mês com os conselheiros, discutia o plano de aplicação, os conselheiros sugeriam algumas coisas, a gente refazia o plano, trazia, às vezes algumas coisas que a gente errava mesmo, refazia a conta por uma questão de forma. **Essa questão orçamentária, eu acho que essa regional, este conselho regional foi o único conselho a sistematizar todo mês, em aprovar, ter o parecer da comissão, trazer para plenária e discutir**. Aí ressalta a importância da comissão. Quando não se tem uma comissão boa, a coisa não anda, ter um bom coordenador eu acho que é o disparador dos processos da comissão para o plenário, o conselho, muitas vezes, eu como gestor discordando, de algumas ações, eu achava que não era justo, mas é assim, o conselho tá para ouvir as pessoas, a população e os gestores, também, nesse sentido, para apurar, talvez extrapolando um pouco suas atribuições como já foi dito aí. Mas, assim, em vários casos tomou providências e deu encaminhamento, o grande lance é esse, você toma providências e dá encaminhamento. Algumas vezes mandou processos para o MP, para a Controladoria, Auditoria do SUS, a gente fez e já encontrei vários processos. Eu acho que nesse sentido foi uma atuação aqui consideravelmente boa. Eu acho que fundamental para isso, além de pessoas chaves nas comissões e que se interessavam muito além dos membros da mesa diretora, tiveram um papel muito importante, de propor, de ter tempo aqui no conselho, disparar processos de fiscalização e irregularidade nos postos de saúde, eu diria que sim, neste sentido foi uma atuação boa. (CSG5) (grifos meus)

Nas nossas reuniões, nos nossos debates, nas nossas prestações de contas, na busca dessas apresentações de contas corretas, **na busca de acompanhar, cada conselho local, que estivesse com dificuldade, cada reclamação ou denúncia que se recebia nesse conselho a gente tentava ir averiguar, *in loco*, o que tava acontecendo [...]** (CSU1) (grifos meus)

Na SER V houve dois tipos de controle, tanto da gestão, da administração pública para com a sociedade como da sociedade para a gestão pública, pois, em várias ocasiões, nossas ações foram tolhidas, como que controladas, outras nós conseguimos alguns êxitos, a sociedade teve êxito em determinadas ações e outras não. Então, tanto faz de lá como de cá, há um controle sobre isso, e não é muito bom esse controle, porque diminui muito a participação tanto da população no que diz respeito à fiscalização das ações como o esconder das ações injustas praticadas pela gestão. (CSU2) (grifos meus)

Além de resgatar detalhes da forma concreta como a atividade participativa e o controle social aconteceram no CRS V, os depoimentos e testemunhos explicitam o esforço da mesa diretora e de alguns conselheiros em desenvolver e implementar um processo de tra-

balho visando mostrar a possibilidade/viabilidade da participação da sociedade civil na definição de critérios e parâmetros orientativos da ação pública apesar da hegemonia do poder decisório e resistência ao seu compartilhamento pelo governo a época.

Observo que a mesa diretora mais do que procurar consensos, busca articular os dissensos em torno do interesse coletivo, processo que acarretou alguns “desconfortos” ao governo regional. Primando pela autonomia, independente da cor partidária individual de seus membros, o CRS V se esforça para não se afastar de seu papel fundamental: propiciar a participação e o exercício do controle social sobre as ações e serviços de saúde do SUS regional. O CSU1 discorre:

[...] **independente de você ser governo, de você não ser governo, de qual partido você veste a camisa, o papel do conselheiro, eu costumo dizer que eu tiro todas as minhas outras camisas no momento que eu adentro na sala de uma reunião de conselho**, é tanto que as minhas atitudes e as minhas falas dentro dos conselhos, elas são falas coerentes de copiar a realidade, o que tá certo tá certo e o que tá errado tá errado, vamos buscar uma solução junto com a gestão ou junto com MP e eu acho assim, você tem a sua vida fora, você pode ser gestão, você pode ser de qualquer partido, mas dentro de um conselho, seja ele qualquer, do conselho de saúde você tem que despir, ao entrar nesta sala, para discutir a essência da política. (CSU1)

Através do desenvolvimento de um mecanismo rotineiro e sistematizado de fiscalização, o CRS V procura se relacionar com a SER V, gestor municipal, apresentando e negociando o interesse público mediando as relações entre Estado-sociedade em torno de questões concretas e relevantes: acompanhamento da implementação das ações/serviços de saúde nas unidades de saúde considerando as necessidades e especificidades locais; gestão de recursos humanos, monitoramento/fiscalização das reformas de unidades de saúde à luz das necessidades de usuários/trabalhadores; compra e distribuição de equipamentos; e, sobretudo, apropriação da questão orçamentária da política regional e avaliação dos impactos da política na qualidade de vida dos cidadãos através da apreciação dos relatórios anuais de gestão.

O grupo focal evidenciou o esforço em conjugar nas atividades cotidianas práticas reflexivas como estratégia para mitigar as diferenças cognitivas entre os conselheiros para favorecer o protagonismo coletivo. O CSU3 e o CSU2 destacam como avanço a contribuição da prática participativa no conselho para a formação política coletiva e cidadã.

[...] nesses últimos quatro anos aqui, **o que houve foi socialização de conhecimentos**. Eu compreendo que o básico é o seguinte, **compromisso**, como falei **o que a gente entendeu aqui foi socializando conhecimentos**, nos aperfeiçoando, ao ponto de crescermos como cidadão, vivendo isso, a cada dia, fomos fazendo nós mesmos então que aconteceu: nós fomos fazendo, fomos fazendo. (CSU3) (grifos meus)

Então, temos as ações das comissões do conselho que funcionaram muito bem todas elas, Controle Social, Acompanhamento e Gestão do Sistema, Finanças, Recursos Humanos, principalmente, então, em todos esses campos nós tivemos ações em saúde durante esse período de 2009 a 2011 aqui na SER V. (CSU2)

Nesse sentido, as comissões temáticas, mesmo compostas por um reduzido número de conselheiros e em algumas situações representando uma ação mais individual do que propriamente coletiva, foram muito importantes. Contribuem com revelações, interpelações, problematizações e publicizações de assuntos específicos visando subsidiar o plenário na perspectiva de compartilhar com os interessados, o que antes costumeiramente era tratado exclusivamente pelo governo, vindo a público somente para atesto do interesse público e homologação, sem muita polêmica e discussão.

As ações de monitoramento e fiscalização, principalmente, nas questões financeiras, gestão do sistema e recursos humanos propiciam ao CRS V tracejar ações de controle, negociações/pactuações públicas, tensionamentos para exigência de prestação de contas, cobranças de informações e responsabilização pública e, sobretudo, buscando se legitimar para a representação e expressão dos interesses sociais na saúde além de afirmá-lo como instância receptora de denúncias e de tensionamento com o governo da SER V. No período estudado, considerando todo o sistema de conselhos de saúde municipal apenas ele atuou dessa forma.

Tais processos, no entanto, não ocorreram de modo consensual. O CSU3 sinaliza essa questão explicitando quão conflituoso foram essas ações, sinteticamente, falou: **“Foi um processo, um confronto direto em todos os encontros e desencontros.”** (grifos meus) O CSU1 ratifica o caráter político da função, “o clima conflituoso” e o ambiente de constante disputa devido à divergência de interesses entre os conselheiros.

Nós estávamos num cenário de conflito sobre o controle social, mas um cenário que é político, e que lida com PPs, aonde a gestão fazia seu papel e nós usuários e profissionais tentávamos fazer o nosso, cenário que é visto, hoje, em todas as casas que se diz de controle, e acho que ainda continua assim no desenho que o país tem. (CSU1)

Enfrentamentos e conflitos ocorreram em diversas ocasiões tanto nas comissões quanto nas reuniões plenárias do CRS V, expressando-se pela disputa na definição do interesse público, nas competências do colegiado e oportunidade/finalidade das ações governamentais. De um lado os CSU e CST pressionando o governo para implementar a política de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e conforme a deliberação do pleno; de outro lado, os

CSGs buscando legitimar suas ações que muitas vezes não coincidiam com os anseios da coletividade e, as vezes, privilegiavam apenas de alguns segmentos.

Nas comissões foram abertos procedimentos para averiguar: indícios de superfaturamento em reformas nos CSF; uso particular das unidades da saúde visando auferir vantagens políticas eleitorais/individuais/financeiras; problemas na gestão de recursos humanos – favorecimentos, perseguição/assédio moral a trabalhadores, ampliação dos serviços do PSF; denúncias da gestão da política contrariando os princípios da administração pública; transparência e publicização das informações sobre a política, dentre outros.

Como qualquer deliberação do conselho necessita de aprovação da maioria do colegiado testemunhei, quando as pautas tratam de assuntos dessa natureza, tanto nas comissões temáticas quando no pleno, empates e disputas ferrenhas sobre a competência/oportunidade/finalidade da abertura dos procedimentos investigativos⁴⁰ pelo Conselho, entre grupos de conselheiros mais alinhados ao governo – preocupados em não comprometer sua imagem “democrática” e manutenção de sua hegemonia sobre as decisões da política - e grupos mais alinhados à mesa diretora - que assumiam uma postura mais crítica diante do modelo de gestão implementado na saúde pelo governo tendo como objetivo aprimorar a aplicação dos recursos em ações/serviços de saúde promovidos na SER V que fosse ao encontro das necessidades sociais. O acirramento dos conflitos ocorreu, sobretudo, na aprovação das resoluções concernentes a manifestação do colegiado sobre as referidas matérias.

A maioria dos procedimentos investigativos tiveram seus relatórios de instrução final aprovados e foram inicialmente encaminhados para os órgãos de controle interno municipais - Ouvidoria Regional/Geral e Controladoria Geral do Município (CGM). Em face da real conduta desidiosa do governo, exceto algumas reuniões para fins de esclarecimento, e como em nenhum momento se obteve qualquer resposta pública, o Conselho decide encaminhá-los para os órgãos de controle externo e para a Vara especializada do MP/Ce.

⁴⁰ A análise dos dados evidenciaram que a dinâmica de funcionamento implementada pela mesa diretora do CRS V era a seguinte: provocado pelas supostas denúncias (por qualquer cidadão conselheiro ou não), a mesa diretora encaminhava de imediato para a comissão temática apropriada para análise, deliberação e emissão de parecer indicativo, ficando a deliberação final sob a competência do plenário. Quando a matéria interessava a várias comissões, o próprio pleno constituía um grupo de trabalho misto e autorizava a abertura de procedimento investigativo envolvendo visitas, convites e convocações de partes para prestar esclarecimentos. Tudo isso visando elaborar o relatório de instrução para subsidiar a deliberação dos conselheiros em plenário, onde se dava a aprovação final e os encaminhamentos pertinentes. Em algumas ocasiões, devido a incapacidade técnica/estrutural do Conselho, e diante do silêncio e/ou omissão dos órgãos de controle internos da PMF/SER V, Ouvidoria e Controladoria, a mesa solicitava cooperação técnica de outras instituições (MP, Controladoria Geral da União (CGU/Ce), Comissão de Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil, e outros) para concluir os relatórios dos procedimentos abertos. Por fim, a mesa diretora elaborava a resolução, encaminhando-a ao chefe do executivo regional para executá-la e publicizá-la.

Tais medidas foram importantes e, uma vez que na própria SER V inexistia a Comissão de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar, tais instâncias foram criadas e instituídas, resultantes do tensionamento do CRS V para que o poder público se manifestasse, não as concebendo como instrumentos punitivos; mas, principalmente, como forma de (re)frear a ação danosa ao patrimônio público imprimindo um respeito e responsabilidade ao trato das questões públicas. Os processos investigativos foram abertos, concluídos e enviados ao chefe do executivo regional, a secretária municipal de saúde, ao ouvidor geral e ao gabinete da prefeita para manifestação e providências.

Para a mesa diretora os conflitos e desconfortos oriundos da (co)gestão sobre a PP e da relação com a governança municipal eram importantes e motivadores, na medida em que podiam se constituir em possíveis caminhos para mudanças favoráveis à coletividade. Nesse sentido, e considerando seu intrínseco potencial transformador e pedagógico, a mesa buscou esclarecer e conscientizar o colegiado sobre a necessidade de enfrenta-los *tête-à-tête*. Contribuiu para explicitar contradições e desvelar os dilemas do SUS na SER V, território de menor IDH de Fortaleza. Paulatinamente no cotidiano do colegiado a unanimidade das posturas no plenário se confronta com crescentes problematizações e questionamentos emergentes.

Os CSGs apresentam uma compreensão muito heterogênea acerca da dinâmica do colegiado. Alguns externam um explícito desconforto e, por vezes, intolerância. Contraditoriamente, outros a compreendem como inerente ao jogo democrático e uma característica essencial em organismos vivos/pulsantes. Os conselheiros usuários (re)lembram compromissos e esforços para ampliar o caráter público do CRS V e a “peleja” para legitimá-lo como (co)gestor da política apesar de muitas vezes, nos primeiros momentos, atuarem meio “de costas para o Estado” devido às dificuldades impostas pelo governo:

Nas nossas reuniões, nos debates, nas nossas prestações de contas, na busca dessas apresentações de contas corretas, na busca de acompanhar, em cada conselho local, que estivesse com dificuldade, em cada reclamação ou denúncia que se recebia nesse conselho a gente tentava ir averiguar, *in loco*, o que estava acontecendo, aí a gente criou uma reputação [...] (CSU1)

[...] a gente fazia a coisa acontecer independentemente do governo propiciar condições ou não, nós íamos no nosso carro, nós íamos fiscalizar, nós falávamos sobre cada problema que tinha e atuávamos em todas as áreas que tínhamos para atuar, sem essa dependência total que têm outras pessoas. (CSU5)

O segmento gestor manifestou sua impressão acerca da dinâmica participativa e a contribuição no aprimoramento da cidadania e exercício do controle social do cidadão-conselheiro destacando a aprendizagem significativa conforme pormenorizado anteriormente:

eu acho que foi um avanço grande, ao mesmo tempo avanço e processo educativo junto, foi a questão orçamentária, as pessoas aprenderam, analisando o orçamento. Os membros da comissão de orçamento aprenderam. Eu aprendi. Então, ao mesmo tempo, que era o papel, “fiscalizador, policialesco”, foi um processo de educação prático de organizar orçamento, de chamar o Departamento Informações Financeiras (DIFIN), espera aí vamos explicar isso aqui, essa tabela que fizeram aqui não está clara para gente não, que diabo é isso aqui mesmo? Até o próprio chefe do Departamento Regional Administrativo e Financeiro (DRAF) ou eu mesmo, teve coisas que eu não sabia, eu aprendi junto. Então, esse processo terminou sendo também, um processo de educação sem a gente planejar como processo educativo da parte orçamentária. CSG5 (grifos meus)

Ao falar de controle social é necessário refletir sobre a dimensão deliberativa, a intervenção na definição da política, na alocação e acompanhamento da execução dos recursos financeiros. Considerando essas dimensões percebo que os avanços foram tímidos devido alguns fatores que obstaculizam o exercício do controle social pelo CRS V.

Os CSUs enfatizam que mesmo adotando como diretriz de governo a gestão democrática e o compartilhamento do poder, o governo de Fortaleza (Luizianne Lins, PT 2005 – 2008 e 2009 - 2012) tem se mostrado pouco propenso a partilhar o poder de decisão da política setorial saúde nos conselhos de saúde, incorporando o estilo mais tradicional de governar. O CSU5, em diversos momentos da atividade do grupo focal, relata: “A nossa maior barreira é a própria gestão. Nosso maior adversário é a gestão que nós temos, que não tem o maior interesse em ter um controle social de qualidade [...]”. Solidarizando-se com o que foi dito, o CSU2 dispara: “O grande limite do controle social aqui na V, aonde participo, é o reconhecimento de ser (co)gestor. A gestão não reconhece a (co)gestão do controle social (CRS V).”

Constato nos dois mandatos do governo municipal vultosos investimentos na saúde, operados quase que exclusivamente pelo gestor, sem (com)partilhar essa prerrogativa com a sociedade nos ambiente dos conselhos de saúde conforme determina a legislação, embora o CSU2 recorde alguns avanços a respeito da questão orçamentária: “[...] a participação na construção do OP é um avanço da nossa sociedade, junto com as implementações das comissões deste conselho, e com a participação mútua e ativa do pleno nas reuniões”.

Visto como princípio/diretriz de governo, o Orçamento Participativo (OP) é considerado por alguns conselheiros do CRS V, também delegados do OP, como um expressivo avanço em termos de conquistas populares, apesar de relatos do pequeno percentual orçamentário reservado às deliberações populares. Há, também, reclamações que as demandas hierarquizadas, muitas delas, não eram empenhadas, e quando foram havia, ainda, toda uma luta pela liberação da cota financeira. Como o orçamento representa apenas uma intenção na dis-

puta pela execução orçamentária, não raro as demandas populares para a saúde são secundarizadas frente à hegemonia do legislativo.

Numa clara demonstração de repreensão e rejeição à postura autoritária revelada pela fala do secretário da SER V, os CSUs demonstraram a insensibilidade do governo em criar uma ambiência na qual aflorassem as propostas encaminhadas e o reconhecimento do colegiado como uma arena de disputas que explicita os diferentes interesses. Assim, se pronunciaram:

Uma coisa que a gente encontrou muito aqui sabe o que foi? A pessoa chega ao poder e se apropria dele como se fosse coisa sua, pessoal. Ele, o governo, não senta, não assume a função pública para socializar com a sociedade, aquele mesmo povo que o conduziu até lá. (CSU3) (grifos meus)

Marcante foi uma reunião que tivemos aqui pra discutir a reforma de um posto X e eu vi o secretário da SER V simplesmente dizer que se o conselho aprovar bem, se não aprovar, ele mandava fazer do mesmo jeito. Então, isso é uma relação ditatorial, no meu ponto de vista. (CSU5)

Com a crise financeira mundial de 2009, ocorre no cenário nacional significativa diminuição das transferências federais fundo a fundo. Como Fortaleza é a capital que proporcionalmente recebe maior repasse federal do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o reflexo no financiamento da saúde pública foi imediato. Além disso, esse período, caracterizou-se por desvios de conduta de gestores, apropriação privada de recursos públicos⁴¹, fragilidades técnicas no planejamento e implantação da política, acarretando pífios resultados e crescente reprovação pública dos governantes.

Em 2010, a prefeita Luizianne Lins exonera o gestor municipal do SUS, nomeando para a SMS uma técnica de perfil gerencialista da economia ortodoxa, para organizar e sanear “as contas da saúde” pouco afeita/preocupada com a história e princípios e diretrizes norteadores do SUS. Dentre suas primeiras medidas uma merece destaque por implicar em sérias consequências à gestão regional da saúde, a participação e o exercício do controle social pelos CRSs: sem qualquer pactuação, negociação ou satisfação aos órgãos (co) gestores a gestora recém-empossada e seu *staff* centraliza na SMS todo o poder de deliberativo e gerencial da política de saúde municipal, pouco considerando o que preceitua a legislação federal/municipal - descentralização administrativa e financeira das SERs, plano de saúde, plane-

⁴¹ Para aprofundamento vide pareceres da Comissão de Orçamento e Finanças do CMSF que demonstram a prorrogação de contratos/convênios de modo irregular, com dispensa de licitações mesmo com parecer negativo da própria Procuradoria Geral do Município (PGM), diversas dívidas com fornecedores, privatizações das atividades meio pela criação e contratação de organizações sociais, dentre outras comprometendo a oferta de ações/serviços nas unidades de saúde.

jamento ascendente participativo, gestão democrática com garantia de participação e partilha de poder na gestão do SUS municipal/regional.

Assim consta no plano municipal de saúde:

[...]

- Garantia e incentivo à participação da sociedade em todos os aspectos da dinâmica participativa do SUS;

[...]

- **Mobilização social com ampla participação dos profissionais de saúde, população e gestão, tendo como método de trabalho o planejamento participativo;**

[...]

- **Promover a participação dos Conselhos de Saúde como atores no efetivo controle social, fiscalização, acompanhamento e execução das ações de saúde;**

- **Mobilização social com ampla participação dos profissionais de saúde, população e gestão, tendo como método de trabalho o planejamento participativo;**

[...]

- **Fortalecer o controle social na saúde, com incentivo à organização de conselhos gestores em todas as unidades de saúde e fortalecimento dos conselhos populares de saúde, com respeito à sua democracia interna, discussão e transparência da administração municipal junto aos mesmos na definição de prioridades de ações e investimentos na saúde pública;**

- Criar Fóruns em Defesa da Saúde Pública, âmbito municipal e metropolitano, que tendo como referência as deliberações das Conferências e Conselhos Populares de Saúde, aproxime gestores e a comunidade para discutir e propor alternativas de melhorias na saúde da população;

- **Incluir parte dos recursos do SUS para gerenciamento local via Orçamento Participativo, aumentando a transparência e eliminando a corrupção e o desperdício; [...]** (FORTALEZA, 2008) (grifos meus)

Conforme evidenciado em trechos anteriores e fundamentado nos achados da dinâmica do grupo focal depreendo que, ao contrário do proposto no Plano Municipal de Saúde, o modelo de gestão adotado na saúde, sobretudo, a partir da nova secretária, foi marcado pela centralização, autoritarismo, falta de transparência na execução orçamentária na saúde fatores que reconhecidamente dificultam a participação e o exercício do controle social tanto do CMSF quanto dos CRSs.

Em face das medidas centralizadoras e totalitárias que visavam sanear as finanças, tomadas sem qualquer publicização oficial no Diário Oficial do Município (DOM), decreto ou portaria, portanto, em desconformidade com o processo legal, restaram aos DSs⁴² apenas a execução do que fora decidido centralmente desconsiderando os anseios e necessidades dos cidadãos e, principalmente, o ordenamento jurídico-legal: os princípios do SUS e da administração pública. O planejamento ascendente foi substituído pela determinação vertical da SMS. Nessas circunstâncias, altamente desfavoráveis, coube aos CRSs além da denúncia apenas

⁴² A grande maioria é composta de cargos terceirizados, moeda de troca entre executivo e legislativo, indicados pelos vereadores da base aliada em troca de apoio parlamentar na Câmara Municipal, o que determina um funcionamento privado do Estado normalmente voltado a satisfazer “o proprietário da grade dos cargos” em detrimento do interesse público. Infelizmente, isso já é algo bastante naturalizado na PMF.

fiscalizar as ações executadas pelos DSs, centralmente formuladas pelos “iluminados” gestores da SMS.

Embora nenhum sujeito da pesquisa tenha se referido diretamente a essa questão, tal medida absolutista e irresponsável, qualificada como discricionária e legítima pela nova gestora, ao mesmo tempo que centralizou a prerrogativa governamental sobre a gestão da política/recursos financeiros distanciou o cidadão usufrutuário dos serviços do núcleo decisório gerando expressivo limite à participação e ao exercício do controle social na saúde pelos CRSs nas SERs.

Tendo em vista a relação estabelecida entre o CRS V e a sociedade através dos CLSs, o próprio CSG2 reconhece o Conselho como mediador dos interesses sociais mais amplos, apesar de deixar transparecer que algumas demandas apresentadas pelo colegiado e não cumpridas pelo governo regional se deviam à centralização da política na SMS.

Eu acho que o conselho da V cumpriu o papel em relação à sociedade. Eu acho que a maturidade da mesa que tomava conhecimento da manifestação da sociedade, acho que ele respondeu no sentido enquanto dizer eu vou adotar providências imediatas e ir atrás? Eu vou atrás! **Como teve demandas que talvez não tenham sido nem cumpridas, por outras imposições ou liquidações**, quer dizer, mas foi buscado pelo conselho todas as demandas da sociedade, é do meu conhecimento e tudo que a sociedade buscou foi procurado dar sequência com o acontecimento, isso a sociedade não vai desconhecer nunca [...] (grifos meus)

Tal fato demonstra o distanciamento e desarticulação dentro da PMF entre a SMS, instância de planejamento/monitoramento/avaliação da política, e as SERs, instâncias autônomas executórias.

Ainda com relação aos limites próprios do CRS V, o CSU2 opinou elencando motivos que contribuem para o enfraquecimento participativo e do controle social.

O controle social, na regional V, ainda foi muito incipiente. **A falta de informação do que seja o controle social, participação, cidadania, conhecimento da constituição, conhecimento social, verdadeiramente da sua posição social é que faz o controle social ser incipiente.** As pessoas que vêm, que tem um pouco mais de conhecimento, são acadêmicos, tem um determinado estudo, sentem-se cidadãos mais propriamente na palavra, vem participar sim, aí essas vem e conseguem fazer com que esta participação, este controle social, seja efetivamente efetuado na regional V, como foi o caso do conselho na gestão de 2009 até 2011. Essa incipiência se dá por causa desses vários fatores, **não se faz controle social, ainda, como deve ser feito, porque as pessoas quando vem participar perguntam logo: “quanto eu vou ganhar?”**, **embora a função não seja remunerada.** Então, as pessoas estão preocupadas em quanto vão ganhar para melhorar sua vida do que, realmente, melhorar a condição social de uma comunidade. **Eles não têm, ainda, este pensamento de comunidade**, o que é ser, participar de uma sociedade em que todo mundo tem a sua função e que deve se ajudar uns aos outros. (CSU2) (grifos meus)

Além desses há outros fatores que contribuem para uma participação engessada e tutelada resultando na burocratização do exercício do controle social: as desigualdades sociais locais; exclusão educacional e desconhecimento da política, práticas participativas e controle social como um direito de cidadania por grande parte da população; o sentimento de fracasso e descrença com os princípios da democracia representativa; a fragilidade de uma cultura política democrática, solidária e cívica; a incapacidade de organização e mobilização coletiva da sociedade civil e a conseqüente letargia testemunhada nos CLSs da SER V.

Quanto ao resultado das ações do CRS V, os conselheiros relataram efeitos positivos tanto para o Estado, quanto para a sociedade.

Eu acho que o conselho mais atuante, cobrador, fiscalizador, propositivo, como foi este, neste período, cobra mais do Estado. Vamos um exemplo prático, aquele problema que teve das contas não aprovadas, por que aquilo ocorreu? Nós, na burocracia, cometemos um erro, foi meramente burocrático, pedimos o mesmo equipamento duas vezes, duas vezes seguidas, e aí, dava a impressão que teria sido pago, o mesmo equipamento, duas vezes. Como houve aquela cobrança grande, do conselho, e o conselho assumiu mesmo o seu papel, o representante do Estado, tentou fazer as coisas com mais transparência com mais cuidado. Então, **aprimorou os processos de trabalho do Estado, os processo de contas, os processos de gestão [...]** (CSG5) (grifos meus)

O controle social pode ser um instrumento de aprimoramento, como a gestão procurou outros instrumentos de aprimoramento, formas de fazer, forma de trabalhar a burocracia [...] o conselho teve um papel talvez não tão significativo, mas teve um papel também de aprimoramento, sim, eu acho que na hora que eu estou sendo policiado, tá me dizendo, ó eu vou te fiscalizar dessa forma aqui e aí eu vou aprimorar o meu fazer [...] (CSG2)

Os trechos resgatam as impressões dos CSGs quanto à importância da atuação do CRS V no monitoramento, fiscalização e aprimoramento da gestão do SUS regional. Existiu o reconhecimento, embora em algumas circunstâncias houvesse a tentativa de desqualificar ou minimizar as ações de (co)gestão do conselho evidenciado pelo termo “policialesco” que pode demonstrar possível desconforto do gestor com às ações do conselho.

Inquirido como a gestão reagiu à ação de controle implementada pelo Conselho, o CSG3 demarca seu ponto de vista:

De forma natural, a gestão não vê de outra forma no sentido de coibir, de forma nenhuma, eu acho que as participações sempre tiveram a presença dos representantes da gestão. O Secretário sempre esteve presente ou se fez substituir (enviou representante), no desenrolar das coisas, e a gente viu de forma natural, acho que, por exemplo, as instruções que foram emanadas do conselho aqui para serem homologadas pelo Secretário, as que não foram homologadas, foram devolvidas, mas dizendo o porquê da não homologação, que era direito subjetivo do Secretário fazer isso, que podia também ser encaminhada pela Mesa Diretora do Conselho para outros comandos, o MP poderia dizer não, discordo do Secretário e vamos fazer valer isso aqui,

eu acho que teve sim, não teve dissenso maior não, o que teve foi construção positiva. (CSG3)

Nesse período, o colegiado buscou construir o consenso necessário entre seus membros com vistas a elaborar resoluções cuja síntese das principais discussões e deliberações realizadas em plenário nos anos de 2010/2011 (Anexo C) colaboraram com os avanços necessários na implementação do SUS regional.

É importante esclarecer que apesar do empenho do conselho para construir o interesse público, o governo regional - mesmo reconhecendo a importância e estando frequentemente presente no colegiado - não reconheceu as demandas, ou se o fez, raramente, materializou as deliberações para concretizar o discurso participativo preconizado. Se o fizesse os gestores, verdadeiramente, estariam reconhecendo o espaço público e contribuindo para introduzir modificações nas relações de poder e na cultura política da SER V.

Informalmente, durante o intervalo do lanche do grupo focal, escutei, de um CST, o seguinte cochicho sobre o controle social: **“não dá resultado e a execução das proposituras não ocorre conforme o desejo da sociedade, porque o que é executado é baseado no desejo e interesse do gestor e não da sociedade. E isso é autoritarismo.”** (grifos meus). O desabafo ratifica a percepção dos conselheiros quanto a verdadeira natureza do governo que reiteradamente, faz vista grossa e não vem cumprindo os desígnios populares emanados nas Conferências. Por outro lado, tal impressão, cristaliza o ceticismo em relação à efetividade da atuação dos conselhos.

De fato, o CRS V ainda luta para ser reconhecido como (co)gestor. Grande parte da gestão regional o enxerga como uma formalidade legal, ao mesmo tempo o ignorando como espaço público legítimo de deliberação da PP. A parceira é desejável desde que seja favorável aos interesses do governo embora esses, nem sempre, coincidam com o interesse público. Ratificando essas impressões, o CSG5 assinalou como se estabelecia a relação entre conselho e governo a época:

Eu acho que a relação do conselho com a gestão central (SMS), não só a gestão central, com a gestão como um todo, eu acho que foi uma relação muito boa. Foi uma relação que o conselho, a mesa diretora e se mais membros do conselho quisesse seguir, tinha agenda com o gestor máximo que era o Secretário, tinha uma agenda mensal. Então, só em você ter uma agenda mensal, isso já significa alguma coisa, para mim. Pode ser que muitas coisas, muitas questões da agenda elas não sejam encaminhadas, na prática, mas sim você receber e escutar [...] eu acho que isso já é uma relação boa. Com o DS, também, na parte mais específica da saúde, também era uma relação boa. Eu considero que era uma relação que tentava encaminhar algumas resoluções e encaminhava, outras não, outras ficavam pendentes porque estava fora das possibilidades. (CSG5)

Em outro momento do grupo focal retoma o ponto expressando:

Então, eu acho que em alguns momentos tinha relação de desconfiança, mas, em outros momentos, agente teve muitas relações com a gestão com o conselho: relação de parceria, relação de parceria mesmo, de confiar total no conselho, agora, eu como gestor eu falo de desconfiança é uma hipótese minha, mas talvez a palavra melhor seja uma certa cautela seja melhor do que desconfiança. (CSG5)

Discordando do entendimento governamental, os CSUs expuseram suas impressões sobre a relação conselho e governo na regional:

O reconhecimento para a parceria não é o reconhecimento para buscar benefícios para a melhoria da qualidade do serviço. É aquilo que eu falava no princípio, se você imaginar que eu sou gestor público e vou partilhar, e vou socializar, e vou caminhar a gestão junto com a sociedade, eu caminho muito mais sossegado, muito mais tranquilo e, na pior das hipóteses, por pior que seja a minha administração ela será em parceria com a sociedade, a responsabilidade não será minha, mas será de todos que partilharam isso. Então, o que aconteceu? As nossas ações e essa reação que veio das pessoas que lá estão e, aí, eu não quero colocar a gestão como um todo, mas refiro-me, especificamente, às pessoas, houve um reconhecimento sim, muito forte. Tivemos primeiro grandes embates, mas depois mudaram de táticas [...] (CSU3)

Elucidativamente, a resistência à partilha de poder e o árduo caminho trilhado pelo direito de participar e exercer o controle social na SER V vem à tona a partir do depoimento do CSU2: **“Quanto ao governo da regional, nós tínhamos aqui o respeito necessário, não o reconhecimento de (co)gestores, mas o respeito por este conselho ser atuante. (CSU2) (grifos meus)”**.

O governo elenca como aspecto negativo a indefinição e falta de normatização da dinâmica participativa e controle social no município analisando como problema para gestão regional da saúde.

Como ponto negativo essa falta de uniformização para o município todo, em termos de conselho, aqui tivemos uma atuação, o CRS V teve uma atuação diferenciada dos demais conselhos, isso foi expresso e dito em várias oportunidades e, também, a falta de interação com o CMSF dificultou, e onde o CMSF podia ajudar, eu não digo como gestão não, não digo como administração não, mas ele não fez a parte dele que tinha esse dever de interagir todos os conselhos [...] (CSG2)

O gestor reconhece a atuação diferenciada do CRS V quando o compara aos demais CRSs de Fortaleza, que normalmente, assumem um caráter processual e formal, mantendo com os governos um relacionamento mais tutelado/alinhado “consensuando”, comprometendo a efetividade da participação e do controle social. Nesse sentido, transparece para o governo da SER V certo desconforto com as ações independentes do CRS V e uma maior

liberdade e tranquilidade no processo de gestão das outras regionais e da SMS com relação as ações (co)gestores dos respectivos conselhos.

Há de se destacar que existem concepções contraditórias dentro do próprio governo regional. A CSG1, mais alinhada às posturas progressistas, reconhece a importância da atuação do CRS V para o aprimoramento da política, inclusive, recorrendo a ele em determinados momentos para compartilhar problemas e partilhar soluções. No grupo focal dos gestores, a conselheira se posicionou:

Como coordenadora da Atenção Básica, em relação à gerência da Atenção Básica, foi uma coisa muito boa, existiam críticas, mas eram críticas construtivas, e muitas vezes, a gente realmente recorria ao conselho até, assim, pra junto com a gente, tentar resolver algumas coisas, eu acho que foi muito parceiro, eu acredito que teve muita parceria, infelizmente, algumas coisas a gente não conseguiu ter avanços, de alguns problemas, mas talvez, assim, eu acho que foi muito parceiro, eu sempre, assim, senti o conselho aqui da regional muito parceiro. (CSG1) (grifos meus)

É clara, em alguns momentos, a associação sinérgica entre governo da SER V e CRS V, embora reconheça algumas limitações devido à centralização da política imposta pela nova Secretária Municipal da Saúde.

Apesar do esforço da mesa, no entanto, foi tímida a articulação dos conselheiros regionais com outros setores organizados da sociedade civil da SER V, além dos CLSs, agregando e potencializando força política ao Conselho visando pressionar o Estado para acatar suas resoluções. Isso representa uma lacuna que poderia ter sido melhor explorado.

Ainda assim, os CSUs afirmaram que o CRS V traz retorno a sociedade. O próprio processo participativo já representa um instrumento de capacitação política do cidadão. Destaco, também, que a presença constante dos conselheiros regionais junto às unidades de saúde e aos CLSs pressiona os técnicos/dirigentes da SER V a se aproximar do cotidiano da oferta das ações/serviços de saúde e da sociedade civil induzindo uma maior responsabilização/comprometimento dos agentes públicos do DS V responsáveis por implementar/monitorar a política.

Apesar de reconhecer a importância dos conselhos como potenciais instrumentos de luta, pressão e aprimoramento da gestão municipal, alguns conselheiros não compreendem a dinâmica variável de avanços e retrocessos do processo participativo e a correlação de forças existentes.

O CSU2 citou alguns ganhos:

[...] O que foi que teve? Qual resultado? Melhorar a gestão. Por que? Porque as pessoas que estiveram aqui, na mesa diretora, com a participação da assembleia, que era sempre presente, buscou melhorar essa gestão, ter uma imagem melhorada. Por que? Sabiam que as pessoas que estavam no conselho faziam o seu papel corretamente e eles tinham que andar direito, **porque se não andassem direito, as coisas iriam ficar cada vez mais escuras para eles e esse foi o prêmio da gestão. Claro que perdemos em algumas vezes, mas ganhamos em outras, e esse ganho das outras vezes trouxe benefícios sociais, nos postos não faltavam material, insumos, a gente conseguiu melhorar o suprimento de fundos, aumentar o suprimento de fundos, isso foi um ganho grande para as comunidades, para os postos de saúde, aonde as coordenadoras podiam administrar melhor e isso trazia benefício para a comunidade.** Isso é um benefício, isso é ganho social muito grande que não existia antes, os postos eram abandonados, era só o DS que cuidava disso e ele não se levantava da cadeira para ver como estava o posto, ia lá simplesmente para assistir reuniões e lá se fazia alguma coisa, traziam uma coisinha ali uma coisa acolá. **Depois que o conselho conseguiu fazer “controle social”, embora incipiente, na sua incipiência, nas suas deficiências, vamos dizer assim, conseguiu trazer algum benefício para a sociedade [...]** (CSU2) (grifos meus)

O CSU1 complementou as considerações anteriores:

Eu acho que teve sim. **Quando há debates e discussões** de horários de médicos, que a população tem que ser bem atendida, que farmácia tem que estar aberta totalmente, que a sobrecarga não tem que ficar só nos enfermeiros nem só nos auxiliares, os médicos tem que estar participando, a gestão das unidades de saúde ou dos hospitais da região ou dos CAPSs tem que está presente em toda essa discussão, tem que ouvir o conselho, eu **acho que a população ganha, porque passa a ser mais esclarecida e passa a cobrar mais os seus direitos.** (grifos meus)

Considerando a importância dos princípios da gestão democrática, continuou recordando outros ganhos decorrentes da atuação do CRS V que a SER V/PMF obtiveram no período em questão.

No meu entender de cidadão, quando a gente mostra, e aí eu discuti isso com o gestor, onde está o erro e busca juntos a solução, **porque quem está de fora é mais fácil olhar do que quem está de dentro, eu acho que o benefício é esse**, se visualizam assim ou não, isso é de gestão a gestão, mas em todas as minhas intervenções e falas, mostra-se o erro e **busca-se soluções compartilhadas, o conselho é para isso, para buscar soluções, principalmente, dos erros de uma gestão, houve erro, estamos em cima, houve acerto, estamos juntos, apoiando, para mim, a gestão ganha, porque quando um conselho é bem esclarecido ele é um assessor gratuito para uma gestão ter uma melhor qualidade de trabalho**, uma melhor qualidade de prestar serviço aos usuários, ao povo da cidade. (CSU1) (grifos meus)

O CSU3 argumentou como a atuação do colegiado ajuda a aprimorar os processos de gestão projetando/diferenciando a SER V das demais regionais, inclusive, com reconhecimento para além do município:

A gestão pública do município de Fortaleza teve ganhos altíssimos, imagem é tudo, hoje em dia, a PMF, a SER V, esteve representada num encontro nacional, mostrando experiências exitosas. Nesta área do controle social, em Brasília, o

então Secretário da Regional V foi convidado ao encontro nacional levando experiências das ações da sociedade aqui da regional V, do que fez o controle social aqui, da efetiva participação da sociedade que foi comentada pelas ações do conselho, em função dos problemas que surgiam e a reação que o conselho tinha em relação a cada problema, a cada situação que surgia. Isso provocou uma participação, isso promoveu a sociedade que tomou parte em tudo isso, reagir, isso trouxe à regional V esse resultado, que levou a regional V, em nome do município de Fortaleza, a participar de um evento nacional e **isso refletiu como uma imagem positiva da gestão.** Nós tivemos um encontro com o pessoal da CGU, em que eles chegaram a dizer, a fazer comentários que o que nós estávamos fazendo não existia em lugar nenhum no Brasil. (CSU3) (grifos meus)

O CSU2 ratificou a importância que o CRS V deve ter para o governo: “compreendendo a atuação do CRS V não mais como uma pedra no sapato de investigação, de exame de falcatrua, de corrupção e tudo mais, quando, na verdade, **o controle social é uma ferramenta para melhor administrar [...]**” (CSU2) (grifos meus)

A partir dessa colocação, questionei ao grupo: por que vocês acreditam que a gestão enxerga assim? O CSU2 não titubeia em destacar os conflitos de interesses entre governo e sociedade: “**Porque o sistema está corrompido. Então, eles têm muito a esconder do povo, o povo não precisa saber de tudo que acontece e, quando o povo se mete nisso [...]** é como o CSU3 estava falando, o controle social deveria ser uma corroboração de informações e não um instrumento de investigação de corrupção.” (grifos meus). Assim, pude perceber a divergência de concepções quanto à finalidade do controle social entre conselheiros governamentais e não governamentais. Há, ainda, os que vendo os avanços detectam fragilidades. Isso demonstra que gestões anteriores foram tão próximas, atreladas e pouco críticas que alguns depoimentos chegam a expressar uma postura ufanista, deixando de perceber e registrar lacunas/debilidades ainda existentes.

De fato, nesse período, inexistiram evidências da ação complementar entre os CRSs e o CMSF em prol da construção de um sistema articulado e em rede. O CMSF não conseguiu construir/organizar um processo de discussão sobre a saúde municipal e nem os CRSs dispuseram de instrumentos para pressioná-lo. Além disso, o colegiado central se submeteu ao ritmo/agenda governamental, o que tem contribuído, dentre outros aspectos, para o seu esvaziamento e enfraquecimento demonstrado pelos repetidos cancelamentos das reuniões ordinárias, sob a alegação de “dificuldade para atingir o *quorum* ordinário”. Caracterizou-se por um controle social restrito, mínimo, altamente burocratizado, típico de uma instância de

baixa intensidade democrática, apartado dos CRSs e com limitada incidência nas decisões, apesar de utilizar o discurso em defesa da saúde dos munícipes⁴³.

Tais fatos contribuem para que a mesa diretora do CRS V se afastasse do CMSF. O resultado foi uma atuação desarticulada do sistema municipal de controle social na saúde. O Conselho, muitas vezes, acabou trabalhando de forma solitária, o que não deixa de se configurar num equívoco de proporções sócio-histórico-político relevante, bem como expressão de fraqueza nos laços que unem as forças democráticas e progressistas da sociedade civil à esfera do poder na sociedade política.

Questionados sobre os limites da ação de controle social pelo CRS V a dinâmica do grupo focal fica um tanto tensa em virtude do desconforto causado entre os CSUs, uns mais atrelados ao governo vigente, outros assumindo uma postura mais autônoma e crítica. Ilustro o conflito no grupo focal a partir do diálogo entre o CSU5 e o CSU1: “Eu acho que o limite, eu acho que o nosso maior limite [...] Eu poderia entender esse limite como sendo uma barreira?”. Na condição de moderador respondo positivamente ao CSU5 que continua falando: “Então, nossa maior barreira é a própria gestão. É o próprio governo. Nosso maior adversário é a gestão que nós temos [...]”, disse ele. O CSU1, por sua vez, retrucou: “Você quer chegar ao governo”? E ouve como resposta um desabafo de quem testemunha o descaso governamental devido às atuais condições das unidades de saúde do município.

É o governo aquele que administra, para mim é o governo. Então, é inadmissível, hoje, nós analisarmos o dinheiro que é investido na saúde e estarmos com os nossos postos de saúde sucateados, como estão, caindo, com equipamentos que não dizemos nem que estão sucateados, eles simplesmente não funcionam, unidades de saúde que não tem a menor estrutura para ser nem canil quanto mais uma unidade de saúde que atende a população e, diga-se de passagem, uma população que já é bem sofrida e precisava ser vista com melhor olhos. (CSU5)

O CSU5 completou sua posição: **“o governo não tem o maior interesse em ter um controle social de qualidade, em ter um controle social de verdade...”** (grifos meus). Indago, então, eivado de curiosidade: o que é um controle social de verdade? Ao mesmo tempo emocionado e desapontado o conselheiro desabafa sintetizando, a partir de sua vivência

⁴³Tal conduta teve com conseqüência o esvaziamento do colegiado, tanto pela sociedade quanto pelo governo evidenciado em diversos momentos pela falta de *quorum* para a realização das reuniões ordinárias. Suas comissões seguiram o mesmo processo, esvaziando-se em face do descrédito dos próprios conselheiros com os rumos tomados pela mesa diretora da instituição. Nesse ínterim, a própria gestão, observando o esfacelamento do CMSF e consequentemente sua incapacidade de qualquer tensionamento e controle, apoiou-se no discurso da urgência e do tempo exíguo, isolando-o completamente da formulação e no acompanhamento da PP saúde. Nesse contexto, restou à mesa diretora do CMSF e aos conselheiros municipais se apropriar da periferia da política e de seus interesses/causas pessoais, tais como “viagens, diárias para eventos para trocar experiências de controle social na saúde” país afora.

empírica, o modo como o CRS V tenta implementar a atividade de controle social sobre a política de saúde regional como instituição produtora de *societal accountability*⁴⁴.

É aquele que fiscaliza as ações públicas e que tem a clareza de detectar suas falhas e propor à gestão, mudanças, fazendo com que a sociedade tenha o retorno que precisa ter e que paga para ter. Então, quando o controle social funciona, ele atua de verdade, ele acaba desnudando a podridão, aquilo que a gente tem de mais vergonhoso dentro dos diversos equipamentos e níveis que o estado tem e atua para com a sociedade de forma fraudulenta, mentirosa, e não é diferente de uma saúde, pelo contrário, a saúde, hoje, no país, ela é um caos, e se diga de passagem, isso não é privilégio da regional V [...] (CSU5)

Mesmo desviando o foco, outro conselheiro teceu novas críticas ao governo regional/municipal. Para o CSU2: **“O grande limite do controle social aqui na V ainda é o reconhecimento de ser co-gestor. A gestão teima em não reconhecer a co-gestão do controle social.”** Prontamente CSU5 retrucou: **“Então, você está corroborando com o que eu estou dizendo, o nosso maior problema é a gestão.”** (grifos meus). Em face do acirramento dos ânimos, antes que a polêmica se aprofundasse e prejudicasse/inviabilizasse o andamento do grupo focal, propus o encerramento do debate.

Em face do exposto e comentado, resgato a reveladora impressão do CSG5 como balanço genérico da missão dos conselhos de saúde e a falta de sensibilidade dos diferentes níveis da gestão municipal em interagir e reconhecê-los.

Acho que o grande problema é que a gente, gestor, não está acostumado com um conselho atuante, um conselho que cobre, que fiscalize, que era o que deveria ser desde o começo, para todo mundo se acostumar. Então, às vezes, é estabelecida uma relação de desconfiança, por parte da gestão e dos conselheiros. Eu acredito que, em alguns momentos aqui, teve relação de desconfiança, da gestão mesmo, eu acredito que em alguns momentos, sim, sendo bem sincero e essa relação de desconfiança, eu diria que ela é natural, por causa do processo que vem andando, **porque é muito mais difícil você fazer as coisas com transparência, é muito mais difícil fazer as coisas coletivamente, discutir com o conselho às vezes queriam tomar uma decisão apressada de uma coisa, de um só tomar, eu digo olhe: uma decisão quando é coletiva ela é mais difícil, mas quando erra, erra todo mundo, e quando um só toma?** (CSG5) (grifos meus).

Na próxima temática analiso as possibilidades de aprimoramento da participação e exercício do controle social e o conselho como espaço de formação de novos atores sociais.

⁴⁴ É um fenômeno político onde um ou vários atores sociais tem a possibilidade de cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam. (OLIVEIRA, 2006, p. 32)

Temática 4: avaliando o CRS V como espaço de formação de novos quadros políticos e as possibilidades de aprimoramento da participação e exercício do controle social

Diante da necessidade de ampliar o relacionamento Estado/sociedade nos conselhos de PPs, os conselheiros pontuaram a importância da capilarização das instâncias participativas e de controle social na saúde destacando o esforço da mesa diretora em fazê-lo através do processo eleitoral na SER V.

Vários percalços, no entanto, foram observados. Um dos mais importantes se refere à normatização do processo das eleições dos colegiados. Após algumas discordâncias e embates, prevaleceu a proposta defendida pelo CMSF, mais próximo ao governo, de que qualquer cidadão a partir de uma representação social difusa poderia se candidatar aos CLSs desde que residente na área territorial da unidade de saúde. O CRS V defendia que o ingresso deveria ocorrer mediante chamada, credenciamento e eleição pública das organizações da sociedade civil interessadas em compor os conselhos locais que autonomamente indicariam seu representante. Assim, o futuro conselheiro adentraria no conselho vinculado a uma base/segmento social e, supostamente, estaria mais afeto às práticas políticas e participativas.

Nessa disputa, apesar de vencido, o CRS V constitui sua comissão eleitoral, planeja e realiza seminários locais preparatórios previamente nos CLSs ou em espaços sociais identificados pelos conselheiros buscando uma interação maior com a sociedade civil. De certa forma, o processo eleitoral também representa uma atividade educativa envolvendo diversos atores - conselheiros, gestores, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias – cuja metodologia consistiu na apresentação dos princípios da política de saúde e troca de experiências cotidianas considerando o contexto local através de rodas de conversas. Fechado esse ciclo, elaborou-se o calendário eleitoral e, novamente, todos os CLSs foram visitados desta vez buscando-se eleger os conselheiros locais em eleições específicas por segmentos.

É importante destacar que a dinâmica participativa, autônoma e independente do governo possibilitou o reconhecimento e a credibilidade do CRS V perante a grande maioria dos CLSs facilitando a realização do processo eleitoral. Os CSGs relataram tal percepção reconhecendo sua contribuição para o fomento/ingresso de novos atores nos CLSs da SER V.

[...] Nos processos eleitorais dos conselhos locais, eu acho que nós só tivemos avanços. A comissão era formada por diversos membros do conselho e profissionais das unidades, o DS liberou profissionais para fazer parte desta comissão, a gestão liberou. A comissão ia lá, discutia no primeiro momento, marcavam um outro dia para fazer a eleição. Eu acho que esse processo eleitoral não foi feito dessa forma, tão sis-

tematizada, em outras regionais, mas aqui na regional V foi um processo muito bom. O conselho, a comissão, exigia um membro da gestão, sempre, não só para legitimar, mas porque é responsabilidade da gestão estar acompanhando esse processo (CSG5)

Acho que conseguir mobilizar esse pessoal todo aqui da SER V, um povo difícil, e esse pessoal dar essa continuidade no trabalho da forma que está dando hoje, isso foi um grande avanço pelo fato de o conselho ser uma coisa nova e difícil da turma formar e continuar. (CSG2).

Após a eleição dos conselhos, a mesa diretora organiza um seminário regional com os novos atores visando reforçar conhecimentos/experiências, ratificar o seu caráter público, aproximar os novos conselheiros entre si, apresentar/partilhar a dinâmica do CRS V evidenciando sua importância na construção de novas relações entre a sociedade e SER V/PMF visando democratizar as PPs na perspectiva de viabilizar os direitos na saúde.

O CSU2, membro do CRS V e presidente do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), falou sobre a importância da capilaridade das instituições de controle social e do ganho para as gestões. Abordando a realidade de Fortaleza, externou desapontamentos quanto à burocratização do CMSF, evidenciando seu imobilismo apesar de reconhecer que o sistema de controle social na saúde de Fortaleza se destacou no Ceará.

Em termos de CESAU, por exemplo, a gestão estadual teve um ganho muito grande, porque conseguiu formar, praticamente, todos os conselhos dos 184 municípios que o Estado do Ceará tem, isso é um ganho muito grande, aconteceu igual aqui. Agora, o que deixou muito a desejar foi o CMSF que ficou imobilizado [...] Na área da saúde, no Estado do Ceará, nesse período, o controle social de Fortaleza estava em evidência em todas as reuniões, muitas vezes devido o CRS V, seja naquelas do Conselho das Secretárias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE), naquelas outras reuniões, a gente estava lá em evidência, principalmente, o controle da regional V. (CSU2)

Considerando a relação como os outros conselhos do estado, o CSU3 diz que “Houve uma efervescência muito grande no controle social, na área da saúde.” recordando a conquista do CRS V como espaço diferenciado revelando algumas experiências e abordando a complexa questão da democracia nos colegiados.

Posso falar que **consequimos desenvolver a capacidade de articulação, de formar grupo, no sentido de pensar junto, de querer as coisas juntos, e, assim, vencer obstáculos que foi a nossa brutal dureza aqui nos anos que passamos aqui**, até quando nós nos inserimos na questão (referindo-se as eleições dos outros conselhos de saúde) do CMSF, do CESAU, esse sentimento, esse desejo, **inclusive, atraiu essa possível democracia, atraiu o que tem em termos de município e o que tinha em termos de estado para cá**. Lembrem-se que nós realizamos reuniões aqui para decidir os destinos do CMSF e do CESAU. [...] falar de democracia é difícil. Você cria um grupo e esse grupo começa a gerenciar as coisas, ele pensa junto, ele discute junto, ele respeita a posição dos outros, **quantas vezes nós nos sentamos com posições diferentes e saímos com uma posição só! Quantas vezes? É preciso enten-**

der o que é democracia e até que ponto se está disposto a ser democrático. (CSU3) (grifos meus).

Ao falar de democracia, o CSG4 (re)lembrou um episódio inusitado decorrente dos embates em plenário no momento de discussão acerca de determinada matéria. Após calorosa discussão, no momento deliberativo, um CSG posiciona-se contra os interesses do governo da SER V. Assim, mencionou:

[...] eu quero só destacar um avanço. Esta conselheira X, que é representante da gestão, teve um ponto muito importante, que ela votou contra a gestão, e espero eu que não tenha havido nenhuma censura a ela, falando de democracia e de avanço, de não haver censura. Isso é um avanço, uma pessoa representante da gestão, uma coisa que era, “interesse da gestão”, ela falou, votou contra, por exemplo: eu não fiz e nem pensei em nenhuma censura e espero que não tenha sido feita nem do chefe dela, nem do Secretário, nem da chefe do DS, nem ninguém, por uma questão de respeito, mesmo a pessoa sendo representante da gestão discordar, eu acho que isso foi um avanço, poder discordar. (CSG4)

Compreendo que, para além de uma postura progressista/democrática do gestor, tal discurso atesta a credibilidade construída pela mesa diretora envolvendo o trato do SUS, os princípios administração pública e compromisso irrestrito com o direito de expressão do conselheiro.

Quando questionado sobre a articulação com os demais conselhos de saúde de Fortaleza, o CSU3 expressou a desídia dos conselhos hierarquicamente superiores com relação a (co)gestão da PP de saúde e (re)lembrou como o CRS V contestou a lógica burocrática vigente nos colegiados e defendeu os princípios democráticos:

Eu diria que a integração existe no papel sim, na prática não. Porque quando falta uma visão dessa integração, da junção das ações, estaria nas mãos do CMSF, do CESAU, como órgãos proponentes de PPs, o que em nenhum momento isso foi feito no Estado do Ceará e Fortaleza, foi? **Esses dois órgãos, foram órgãos proponentes de PPs? Vamos ser sinceros, quem viu?** Exercer de fato o seu papel Eu não vi! Aqui nós tivemos a ousadia, não porque estou falando nós, mas tivemos a ousadia de fazer uma Conferência Regional? **Tivemos a ousadia de fazer uma Conferência Regional que não podia, era pra ser apenas um momento de faz de conta, fazer de qualquer jeito, os conselheiros que iam para lá não eram eleitos, não escolhidos pelo povo, mas nós fizemos, o povo falou inclusive reformulamos o nosso RI que foi discutido e aprovado por uma comunidade inteira [...]** (CSU3) (grifos meus).

A realização da I Conferência de Saúde Regional da SER V, em 2011, foi mais um objeto de disputa entre o CMSF e o CRS V quanto à concepção, oportunidade, finalidade e o caráter deliberativo. Para o CMSF, tal evento constitui apenas uma pré-conferência, uma etapa preparatória e antecedente à 6ª Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza, conside-

rado o local apropriado para traçar as diretrizes que nortearão o SUS municipal. Entretanto, o CRS V compreendeu - e defendeu incisivamente sua compreensão - que a etapa regional representa um momento político ímpar para discutir e afirmar as necessidades e demandas em saúde constituindo-se como um fórum privilegiado para deliberar as diretrizes considerando as especificidades (loco)regionais. Tal evento representa uma oportunidade para envolver novos atores, ampliar a participação, publicizar e problematizar o SUS regional, construir uma identidade social/política além de uma agenda pública na perspectiva de comprometer e tensionar o governo para consolidar/ampliar os direitos na saúde, principalmente, para os mais vulneráveis. Além disso, a Conferência é importante para publicizar sua missão e divulgar as ações do colegiado constituindo-se numa etapa preparatória fundamental para a eleição do sistema regional de conselhos.

Em virtude da burocratização do CMSF, o CSU5 retratou a fragmentação do sistema de conselhos de saúde de Fortaleza e a atuação solitária do CRS V:

Não conseguíamos ser entendidos pelos outros conselhos de saúde em Fortaleza, parece que a gente estava a anos-luzes de todos eles, não conseguíamos ter uma relação entendível, direta, não havia uma relação mais coerente, a gente atuou como se fosse um satélite. Mesmo assim fizemos todas essas atividades de forma subversiva e revolucionista, nós tivemos que ir de encontro a toda uma estrutura, a todo um cronograma, a todo um cenário que estava montado, proforma, e que não era aquilo que esperavam da gente. Nós atuamos, de forma incisiva, no CMSF, no CESAU [...] (CSU5) (grifos meus).

Enxergando mais os avanços que lacunas/debilidades, o CSU2 explica relembRANDO como o CRS V se relacionou do com os demais conselhos de saúde de Fortaleza, com a sociedade civil e governo:

Eu acho que fomos uma tábua de salvação para eles (outros conselhos). A gente conseguiu ter a confiança no CRS V, tendo em vista que em todas as reuniões que tinha a participação de outros conselhos de saúde elas iam encontrar o respaldo legal, um entendimento mais perfeito sobre o controle social [...] O respeito delas mesmas, tanto que nós fomos procurados, várias vezes, pelos outros conselhos regionais, para entender a situação da saúde de Fortaleza, até mesmo no CMSF, até mesmo no CESAU, aonde participamos de algumas reuniões, nós éramos destaque, por nós termos o entendimento diferente daquelas pessoas que estavam lá. Com a sociedade civil: magnífico. As pessoas (referindo-se aos conselheiros locais de saúde da SER V) encontravam, no CRS V, confiança, elas acreditavam na gente quando a gente fazia alguma coisa, por que digo isso? Ao final de todos os seminários que foram feitos nos conselhos (referindo-se aos seminários e encontros preparatório das eleições realizados nos CLSs da SER V), as pessoas participavam muito e vinham até nós dizer: “você trouxe coisa nova para gente”. Então, esse era um momento muito mágico. Quando chegávamos as unidades de saúde diziam chegou o pessoal da V, pronto, vai resolver o problema, era como se fosse desse jeito. E quanto ao governo da regional, nós tínhamos aqui o respeito necessário, não o reconhecimento de (co)gestores, mas o respeito por este conselho ser atuante. (CSU2)

Para o CSG5 “a relação com os conselhos locais foi muito boa, foi muito propositiva, foi bem encaminhada. Agora, a relação com os outros conselhos regionais e com o CMSF diria que foi uma relação pífia, fraca”. Porém, nem tudo são flores. A vivência no campo empírico sinaliza alguns equívocos na atuação do CRS V. A supervalorização de conquistas locais⁴⁵ o fez perder a importância da visão de conjunto/unidade contribuindo com a fragmentação do sistema municipal de conselhos. A descontinuidade de suas ações pelo CMSF, sobretudo, a partir do momento da centralização autoritária da política pela nova gestão da SMS representou outra grande barreira ao exercício do controle social. Na ausência de uma articulação ascendente e complementar com o CMSF, muitas das demandas do CRS V para serem viabilizadas extrapolavam a competência do Secretário Executivo da Regional e dependiam do governo central, Secretária Municipal de Saúde, para se materializar.

Os conselheiros reconhecem a necessidade de aprimoramento das práticas participativas e do exercício do controle social pelo CRS V. A maioria concorda com a importância de se implementar processos de capacitação continuada visando à aquisição de instrumentos teóricos/ferramentas práticas para facilitar a compreensão das práticas políticas e participativas como forma de aprimorá-las. O CSG5 foi taxativo ao considerar: “nos processos educativos a gente tem que avançar mais, de ser mais permanente, ser mais permanente mesmo [...]”.

A inexistência de uma política municipal de educação permanente voltado para a capacitação do conselheiro de saúde foi uma constatação embora existam algumas ações pontuais, estanques, fruto da iniciativa e articulação de algumas mesas diretoras planejadas e implementadas sem qualquer apoio ou suporte governamental. Onde essas ações foram realizadas, o processo ocorreu descolado da vivência prática do cidadão desconsiderando seu contexto/realidade social, incapaz de evidenciar seu significado político, muitas vezes, privilegiando o conteúdo frio da legislação visando “tecnificar as ações” do sujeito-conselheiro. Isso acaba contribuindo para afastá-lo da militância de base e da atuação política.

Especificamente, na SER V, apesar obrigação legal do Estado em viabilizar condições operacionais, o processo formativo aconteceu exclusivamente devido o compromisso político e empenho da mesa diretora do CRS V. Os próprios CSGs recordam a desídia do

⁴⁵ Podem-se enumerar algumas: a pactuação de uma agenda permanente bimestral com secretário da SER V, a conquista da presença/assento nas reuniões de gestão entre o DS V e as gerentes/coordenadoras dos CSF, o compartilhamento na definição e planejamento orçamentário na SER V, o atendimento às solicitações de insumos/equipamentos para equipar o CRSV, dentre outros.

CMSF em pressionar a SMS pela implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)⁴⁶.

[...] o problema da capacitação, a questão não é de recursos, recurso tem, sobrou, tem recurso lá no CMSF que sobrou e vai voltar para o MS, aí um conselho só, o CRS V só não teria pernas para isso, teria que ter ajuda do sistema municipal da educação permanente (SMSE) [...] Então, eu acho que faltou ajuda ao conselho, mas mesmo assim ele procurou fazer aqui na V. (CSG5)

No segundo mandato de Luizianne Lins (PT, 2009-2012), os princípios operacionais relativos à Participação Social e Controle Social são desenvolvidos a partir de objetivos específicos, dentre eles, destacam-se os relativos à qualificação dos conselheiros:

- Assegurar processos formativos, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e outras instituições, para os conselheiros locais, regionais e municipais;
- Implantar a política ParticipaSUS juntamente com as equipes dos serviços de Ouvidoria, Auditoria, monitoramento e avaliação da Assessoria de Planejamento. Período: 2010-2011;
- Implantar Projetos de Capacitação aos conselheiros que foram eleitos para os respectivos conselhos (locais, regionais e municipal), bem como Educação Permanente ao longo do mandato. Período: 2010-2013;
- Realizar plenárias anuais de conselheiros de saúde. Período:2010-2013;
- Implantar um site independente para socialização das ações e comunicações dos Conselhos de saúde, interligado a outros conselhos possibilitando a comunicação entre conselheiros locais, regionais e municipais. Período: 2010-2013;
- Elaborar um jornal, bimestralmente para divulgação das ações dos conselhos. Período: 2010-2013;
- Elaborar uma revista, semestralmente, visando proporcionar informação, conhecimento, bem como possibilitar espaço para divulgação das vivências no controle social do SUS no município de Fortaleza.Período: 2010-2013. (FORTALEZA, 2011)

O próprio CSG5 reconhece a incoerência entre o discurso governamental e a experiência vivida pelos conselheiros embora o governo tenha firmado compromisso nas Confe-

⁴⁶A ParticipaSUS visa a orientar as ações de governo na promoção e no aperfeiçoamento da gestão democrática e participativa no âmbito do SUS. Pauta-se nas seguintes diretrizes: i) Promover a ampliação dos direitos da população à saúde, comprometendo a sociedade e os distintos setores de governo com a produção de saúde e com o SUS; ii) Construir um pacto de gestão participativa comprometendo as três esferas de governo com a implementação da política de gestão participativa, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS; iii) Ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre saúde, SUS e direitos sociais; iv) Fortalecer e qualificar as instâncias de participação da sociedade civil e do controle social; v) Qualificar e promover a humanização e solidariedade nas relações entre os gestores do SUS, trabalhadores de saúde e usuários, ampliando os canais de comunicação e a co-responsabilidade destes atores com o processo de produção social da saúde, de garantia do acesso integral e da equidade; vi) Promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e participação popular na saúde e apoiar instâncias organizadas de representação social e viii) Realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando estas informações para serem utilizadas como ferramentas para a gestão nas distintas esferas do SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Participasus%20-%20Politica%20Nacional%20de%20GP%20para%20o%20SUS.pdf>>. Acesso 15 set 2012.

rências de Saúde com a elaboração de planos de saúde com a garantia de participação e o fortalecimento do controle social através dos conselhos. Ele reflete: “A célula de educação da SMS (SMSE) é fechada. Só é aberta a processos disparados pela própria a gestão, e ele (CMSF) não ajudou nesse sentido, tanto é que o tal recurso tá lá sobrando. E aí poderia ter ajudado também na forma, no conteúdo do processo [...]”. É possível perceber que o governo municipal (SMS e SER) não vem realizando a qualificação da ação participativa e de controle social na saúde nos conselhos, restando às próprias mesas diretoras assumirem sozinha essa tarefa, sem, contudo dispor dos meios e recursos apropriados. Logo, o produto não poderia ser outro: iniciativas isoladas, fragmentada, desprovidas de um conteúdo político emancipatório, originária de esforços e compromissos individuais de alguns conselheiros utilizando-se, muitas vezes, de conteúdos descontextualizados e metodologias inapropriadas.

O CSU3 relembra um antigo pleito que poderia possibilitar uma formação contextualizada e permanente de seus membros além de propiciar uma maior autonomia do colegiado em definir um modelo de formação mais próximo ao desejo dos conselheiros.

Eu acho que essa lógica começa a ser mudada por uma propositura do CSU1, inclusive trabalhado nas Conferências a ideia de ter recursos destinados para a formação [...] ou nós trilhamos o caminho da educação, das parcerias com a universidade, abrindo portas, chamando a sociedade, como um todo, a participar disso, a conhecer isso, a se apropriar disso. Porque, ao ascender, mais tarde, ao poder essas pessoas terão sim, conhecimento e uma melhor formação e isso não acontece de uma hora para outra [...].

Considerando a autonomia financeira para o colegiado, o CSU1 defende um modelo de educação permanente mais “sintonizado” ao cotidiano e interesses dos conselhos.

Se tivéssemos um orçamento próprio, um orçamento para desvincular dessa “pidância” das ações dos conselhos à própria gestão, e a questão do conselheiro, eu acho com esse orçamento daria para a gente uma formação continuada, uma formação não tanto acadêmica, uma formação baseada nas leis, mas um pouco elaborada, também, em conjunto com os conselheiros que já estão há mais tempo e de outros atores que já passaram e possam contribuir nessa formação. Eu acho que a possibilidade é essa, é formação aproveitando os atores que foram buscar conhecimento e que contribuíram para o enriquecimento dos outros conselheiros num esforço dessa ação continuada como as pessoas que já passaram, [...] mas que essa formação fique à frente o próprio conselho. (CSU1) (grifos meus)

Em face do descaso governamental, motivado pela responsabilidade ético-moral e compromisso político em engrandecer a instituição, a mesa diretora através da Comissão Permanente Implementação do Controle Social concentra força para articular e problematizar junto aos CLSs da SER V a prática participativa e o controle social à reflexão teórica, favorecida pela vinculação educacional de um dos conselheiros ao programa de pós-graduação *stric-*

to-sensu Mestrado Profissional em Avaliação de PPs (MAPP/UFC). Esse esforço e ousadia são lembrados, não apenas com relação às capacitações; mas, sobretudo, pela situação limite vivenciada de dependência financeira da gestão ilustrando o espírito e compromisso cívico que marcou as ações do CRS V.

[...] a gente fazia a coisa acontecer independentemente do governo propiciar para a gente condições ou não, nós íamos no nosso carro, nós íamos fiscalizar, capacitar nós falávamos sobre cada problema que tinha e atuávamos em todas as áreas que tínhamos para atuar, sem essa dependência total que têm outras pessoas. (CSG5)

O CSU2 compartilhou a importância das práticas participativas e da ação coletiva no exercício do controle social nos conselhos de PPs para o desenvolvimento da consciência cidadã e crescimento político dos sujeitos demonstrando a importância do CRS V enquanto espaço formativo de novos quadros, ou seja, cidadãos com capacidade de análise crítica da realidade e com possibilidade de intervenção política cidadã.

Assumir função de conselheiro de saúde, para mim, foi uma coisa fantástica, mas eu queria falar antes do papel. O papel do conselheiro é como o CSU3 disse, é o papel de compromisso com a cidadania, assumir a função de conselheiro para mim foi uma transformação, eu me conscientizei do que é ser cidadão, do que é ser um cidadão brasileiro, houve uma transformação em mim, tão grande, que eu me apaixonei pelo controle social, eu não quero mais me desvincular disso, eu quero assumir o papel de verdadeiro cidadão. Ser conselheiro representa o que é ser um cidadão na sua essência. Participar da história, ver o legado que nos foi deixado e deixar isso se destruir! Se esvair! Qual é a nossa função-papel a de fazer com que isso permaneça cada vez mais vivo, essa participação popular, essa visão ampliada do que é uma sociedade e você se conscientizar do seu papel, como cidadão, dentro de uma sociedade! Conhecer o Estado, a administração pública, como é que funciona o sistema. A função de conselheiro para mim foi transformadora, me transformou num verdadeiro cidadão. (CSU2) (grifos meus)

Outra questão enfrentada pelo CRS V é a completa renovação de seus integrantes.

O CSU1 compartilhou as consequências da completa eleição dos conselhos.

Os novos conselheiros ainda não mostraram porque vieram, o que estão fazendo, ou se ainda estão aprendendo [...] como é um conselho quase que total renovado, ainda estão tentando buscar o que a gente buscou nos primeiros anos, conhecimento, a chegar neste conhecimento, ou se não, nos primeiros anos nossos, acredito que nós tentamos buscar isso, nos dois últimos anos a gente estava um pouco mais aperfeiçoados, estávamos mais com essa busca da realidade do que é o controle social e de uma busca de uma saúde melhor para a regional V. (CSU1)

Pode-se constatar que ainda está previsto no RI a total renovação do colegiado que associado à ausência de um processo de educação política pode comprometer/limitar a capacidade de atuação do conselho. Adentrando no conselho sem qualquer formação e quase sempre obtendo uma formação inicial empírica, o conselheiro quando começa a compreender

os processos de funcionamento da máquina estatal, a dinâmica participação e o exercício do controle social adquirindo instrumentos que ampliam sua maturidade sócio-política que em tese poderia resultar numa atividade mais qualificada, devido ao curto ciclo, encerra seu mandato (re)iniciado novo ciclo com novos conselheiros, normalmente, despreparados para as atividades, quando não, comprometidos com outros interesses.

Entendo que a vitalidade dos processos eleitorais que renovam completamente os membros do colegiado dos conselhos de saúde precisam ser imediatamente problematizados na agenda pública de discussão, para evitar a total descontinuidade das ações de controle social. Os RIs precisam oportunizar uma renovação parcial do colegiado para que não favoreça a descontinuidade das ações. Além disso, a atuação/convívio e o compartilhamento das atividades do colegiado entre os novos com os conselheiros mais experientes já representaria mais uma possibilidade de capacitação.

Na seção a seguir continuo aprofundando a interpretação das temáticas realizadas nos grupos focais.

4.2. Interpretando as temáticas e vivências no CRS V: (re) pensando o controle social na saúde

Mas, afinal, ao sair dos encontros nos grupos focais, como interpretá-los, ou melhor, o que podem nos revelar? Quais aspectos celebrar e quais criticar ou problematizar no cotidiano do CRS V? Como o conselho deve (re)agir diante do desafio de exercer o controle social sobre o Estado e a PP de saúde? Qual sentido imprimir ao exercício do controle social quando se leva em conta os limites impostos pela institucionalização e as tentativas de representamento e controle de suas ações? ...

Para começar é importante considerar que o cotidiano dos conselhos é repetição, mas a forma de fazê-lo não o é; há possibilidades e circunstâncias de inovar e articular ações de acordo com os movimentos conjunturais; sempre se esta em processo de mudança, mergulhados em redes de saberes e fazeres que podem ser imprevisíveis. A realidade do controle social em Fortaleza, na SER V, esta atravessada pela distância e lacunas entre ditos e o feito, pensado e realizado, teoria e prática...

Inicio pelas percepções sobre a institucionalização dos conselhos. Constatado que a segurança jurídico-legal que impõe sua institucionalização não se traduz na prática em condições participativas apropriadas para a (co)gestão e controle social do Estado/PPs visando garantir os direitos sociais constitucionais.

A maioria dos conselheiros do sistema regional, ainda não se atinaram para o real caráter e objetivo dos conselhos de saúde mesmo como todo o esforço da mesa diretora em evidenciá-lo. É fundamental reconhecê-los como originários da luta social e produto do aprofundamento democrático brasileiro, portanto, concebidos como espaços públicos privilegiados para a deliberação da política de saúde, ocupados paritariamente por coletivos heterogêneos, metade sociedade civil e metade estado, assumindo, um caráter híbrido, portanto, não podendo constar no organograma do poder executivo. Representa um patrimônio público, pertencente à sociedade brasileira, que deve ser custeado pelo estado.

Em Fortaleza, institucionalizados integrando o organograma do poder executivo, os conselhos de saúde ficam muito susceptíveis a reproduzir a lógica de funcionamento da PMF que historicamente incorpora/reproduz o padrão tradicional e burocrático do estado brasileiro e de produção das PPs que em tese deveriam ser uma instância de participação e controle social visando contribuir para a efetividade e, quando necessário, se contrapor e coibir procedimentos e ações que comprometam as políticas de saúde que integram o SUS.

Assim, o conselho acaba sendo submetido a diversos constrangimentos, dentre eles o custeio, que o leva a depender diretamente de acordos “secretos”, normalmente, entre membros da mesa diretora e os governos em troca de migalhas e benesses que permitam seu funcionamento como uma correia de transmissão dos interesses do poder público, controlado, diante do controlador, conselhos, constituindo um controle social “às avessas”, dificultando/esvaziando as discussões/encaminhamentos de conteúdo político emancipatório que as políticas sociais universais carregam em contraposição à hegemonia do padrão neoliberal de produção das PPs sociais em Fortaleza.

Do contrário, quando se constrói uma correlação de forças favoráveis por parte da sociedade civil, inclusive, com a participação de setores mais progressistas do próprio governo a resultante das forças internas do colegiado enfrenta com maior desenvoltura o assédio governamental e imprime um caráter mais crítico/propositivo às ações do colegiado na luta pela garantia dos direitos.

Por isso é importante a realização de estudos e pesquisas para qualificar a prática e o esforço participativo desprendidos por sujeitos que contribuem para a luta coletiva e aprimoramento dos conselhos em prol da implementação do SUS nos moldes da RSB.

O aprofundamento dos ideários neoliberais e suas conseqüências - debilidade dos mecanismos representativos democráticos, individualização da política, questões sociais, representação, a fragilidade e desorganização da sociedade civil e do próprio sistema municipal

de conselhos de saúde como reflexo – representam fatores estruturais que atentam contra as ações políticas coletivas e repercutem negativamente nos conselhos de saúde.

A centralização autoritária da política na SMS e a resistência à partilha do poder pelo governo constitui um importante limite à (co)gestão e ao exercício do controle social pelos conselhos que associado a pouca compreensão dos atores, sobretudo, nos CLSs, quanto ao seu papel sociopolítico na dinâmica participativa, controle social e na ausência de uma política municipal de educação permanente para os conselheiros de saúde representam importantes barreiras na atuação do conselho.

Apesar dessas condições desfavoráveis e dentro de suas competências territoriais, o CRS V desponta dentro do sistema de controle social de Fortaleza como um colegiado que contesta a ordem estabelecida, busca se ampliar para a sociedade e se esforça para exercer a democracia procurando construir na SER V, uma rede envolvendo os CLSs, como um espaço privilegiado para a discussão do SUS e das relações entre Estado-Sociedade.

A mesa diretora assumiu o desafio de superar as aparências e procurou informar/capacitar, sensibilizar, contextualizar e organizar os conselheiros para uma atuação coletiva, mais crítica e propositiva, e em sintonia com os interesses mais amplos da população da SER V. A intenção foi agregar força política com intensidade para inicialmente resistir a captura pela elite política, superar os constrangimentos financeiros fugindo da condição apêndice estatal, superar a burocratização e inoperância processual, exigir transparência e responsabilidade pública, contrapor-se às práticas autoritárias e novas formas de clientelismos e, por fim, desenvolver a capacidade de influenciar a política visando qualificar as ações/serviços de saúde ofertados a população da SER V reconhecendo-os como direito de cidadania.

Então, por diversas ocasiões, o CRS V recorreu ao MP, que amarrado por suas próprias burocracias e limitações institucionais, timidamente contribuiu com a análise e posicionamentos decorrente de conflitos gerados pela atuação do Conselho. Por vezes, o interesse público deliberado pelo colegiado fora remetido ao MP para análise técnica da legalidade visando estreitar laços (inter)institucionais e somar forças para pressionar o executivo cobrando o cumprimento de sua responsabilidade pública.

Especificamente, com relação à dinâmica participativa a pesquisa demonstra uma inesperada especificidade local: a baixa participação e a atuação pouco qualificada e produtiva dos CSTs apesar de possuírem formação técnica-científica mais consistente e maior segurança/estabilidade financeira, sobretudo, os trabalhadores de nível superior cuja a maioria são servidores públicos municipais. Com relação a esses trabalhadores, observo uma completa

apatia e despolitização com relação às atividades do conselho, por vezes, resistência a participação no trato político da saúde pública, característica exigida pelo SUS. Para os CSTs que se propuseram participar, a maioria apresenta uma visão política desconectada do contexto social da SER V, desconhecimento dos princípios participativos e extrema passividade desperdiçando o potencial democratizante que o conselho carrega em direção à consciência cidadã, à ampliação dos direitos e consolidação do próprio SUS. Indubitavelmente, os CSUs face a sua condição de maior vulnerabilidade sociopolítica, econômica e educacional tiveram uma atuação mais qualificada, solidária e cidadã.

Algumas potencialidades particulares favoreceram a atuação do CRS V. Destaco a composição da mesa diretora que constituída por conselheiros mais afeitos ao trato político na saúde, com disponibilidade de tempo e experiência no controle social além da vinculação de um de seus membros com a academia contribuindo para entrelaçamento entre o conhecimento teórico-acadêmico e o empírico possibilitando compartilhar conhecimentos e aprendizagens resultando numa atuação/condução mais qualificada.

Além disso, o fomento a atuação dos conselheiros nas diversas comissões temáticas possibilitou desvelar a trama da política na SER V e, ao mesmo tempo, representou um momento de aprendizagem recíproca e contínua. Também se constituiu num instrumento fundamental para a fiscalização das ações/serviços de saúde implementados, avançando na complexa tarefa do exercício do controle social regional.

Independente da filiação partidária dos conselheiros a mesa diretora compreende o Conselho como espaço público de discussão do SUS regional frente ao executivo, embora houvesse uma constante disputa de interesses em torno de sua autonomia o que, por vezes, compromete suas ações e o êxito de seu trabalho. Com o tempo, contudo, afirmou-se como uma oportunidade de exercício de cidadania e formação de novos quadros políticos assumindo em sua atuação um processo não induzido pelo governo local.

Ocorre que apesar de todos esses esforços, falar de controle social implica questionar o potencial transformador/emancipatório que a dimensão deliberativa enseja. Com relação ao caráter deliberativo pouco avanço foi notado. O governo da SER V é relutante em reconhecer e homologar o interesse público deliberado e materializado na forma de resoluções. E quando o faz, seus efeitos não foram operacionalizados.

Já a mesa diretora supervalorizou algumas conquistas parciais, tais como: participação nas reuniões de gestão dos CSFs, agenda regular com o próprio secretário executivo regional, participação no processo orçamentário regional, resolução de conflitos internos de

algumas CSFs, luta em defesa da realização da I Conferência Regional de Saúde da SER V, esforço para viabilizar melhor infraestrutura, custeio e meio de transporte e outros, que o fez perder a visão do conjunto da política.

É importante considerar de forma mais ampliada a questão da deliberação do orçamento geral para a saúde de Fortaleza que se constitui numa ação restrita, protagonizada exclusivamente pela sociedade política da SMS e legislativo municipal. Nesse sentido, o CRS V se comportou de forma tímida e poderia ter construído uma estratégia de articulação não apenas com os outros conselhos de saúde, mas; também, junto aos outros conselhos setoriais municipais de PPs, a setores organizados da sociedade civil e a *media* considerando que é uma luta a ser travada coletivamente.

Em seu âmbito territorial, após longos debates, negociações e pactuações com o governo, resta ao CRS V atuar no orçamento destinado à SER V, sua competência originária. A partir do desenvolvimento de uma metodologia de acompanhamento na definição de prioridades e aplicação financeira mensal na saúde, essa metodologia de trabalho possibilitou alguma experiência de controle sobre o SUS regional ao mesmo tempo em que revela o descaso e em algumas situações atestam o frágil compromisso da SMS em relação ao custeio das ações/serviços de saúde nas SERs. Em determinadas circunstâncias, as pressões do colegiado para ampliação dos serviços e investimentos nas unidades de saúde deixou o próprio Secretário Executivo Regional V de mãos atadas, nada podendo fazer a não ser “informalmente” apoiar as ações de denúncia e pressão política do CRS V em nível central, na SMS, face ao aprisionamento burocrático do CMSF.

Como a definição do orçamento do FMS e a execução orçamentária são questões de cunho macroeconômico decididas em gabinetes por uma elite política, bem distante da apreciação pelos conselhos e do olhar dos cidadãos, o CRS V mesmo se opondo à lógica privada da deliberação pública, isoladamente não conseguiu acumular força política suficiente para transformar/inverter essa realidade e ampliar o controle social. A desarticulação do sistema municipal de conselhos de saúde limita a emergência de forças contra-hegemônicas em intensidade suficiente para minar e reverter as novas feições da cultura política tradicional e a atual hegemonia da sociedade política na produção das PPs em Fortaleza.

Por fim, em tempos de democracia neoliberal, o controle social tanto pode ser um simulacro, apenas servindo como mecanismo de estabilização da decisão privada, como pode representar uma possibilidade de expressão e luta em prol dos interesses dos cidadãos, mormente, os mais vulneráveis de Fortaleza, como os da SER V. Para tanto é fundamental conti-

nuar denunciando o não cumprimento das responsabilidades constitucionais, apresentando propostas e exercendo o controle social junto ao governo da SER V/PMF como forma de garantir a democratização da gestão e o direito à saúde do cidadão fortalezense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Criar uma “nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa, também, e, sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las”, por assim dizer; transformá-las, portanto, em bases de ações vitais [...] (GRAMSCI, 1978)

O estudo realizado situa o controle social como fenômeno sociopolítico que se materializa em vários espaços, inclusive nos conselhos de PPs, com evidências crescentes de contribuir com os esforços dos atores sociais em direção a democratização do Estado e das PPs. Análise a dinâmica participativa e o exercício do controle social da política de saúde em Fortaleza, implantada na SER V, através do CRS V, com o propósito de compreendê-lo e avaliá-lo como instância de (co)gestão da política.

No contexto de expansão e hegemonia das teses neoliberais, a PP de saúde implementada no Brasil são expressões da disputa entre dois projetos políticos diferentes: um associado ao avanço das lutas democráticas, dentre elas a RSB, base constitutiva do SUS, de cunho democrático-popular, que proclama os benefícios sociais e bem-estar coletivo; e o outro, associado à mercantilização da saúde como um bem a ser adquirido no mercado pelos “cidadãos consumidores”.

Nessa disputa o Estado e as PPs têm um papel fundamental sendo utilizados para garantir a hegemonia neoliberal através de profundas reformas que visam compatibilizar a democratização brasileira à nova ordem global. Assim, o aparelho estatal se ajusta tornando-se máximo para o capital favorecendo a acumulação por meio das políticas macroeconômicas, e, concomitantemente, mínimo para as PPs sociais cujas principais tendências são a redução dos gastos com racionalização da oferta de serviços, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a estigmatizante focalização para clientela específicas incapazes de se inserir pelo consumo.

No campo político, regidos pela lógica e a égide da mundialização com dominância financeira, o Estado e as PPs adotam e sustentam uma concepção de democracia mínima, restrita, seletiva, representativa, processual, consentida compreendidos como campo quase exclusivo da sociedade política, distanciando a grande política da sociedade civil acarretando crises de representação que externam a falência dos princípios democráticos representativos.

No campo social, (re)significa o conceito de cidadania ao associá-la a mercantilização, individualização, mundo do dinheiro e posse das mercadorias, incluindo e compreendendo a saúde como tal, em detrimento da condição de cidadão detentor de direitos e deveres.

De fato, esse cenário contemporâneo é avesso a um modelo estatal democrático e que atenda os direitos fundamentais universais garantidos pela CF/1988. A sociedade de classes representa uma barreira que muito dificulta a afirmação da democracia, a participação e o controle social uma vez que a hegemonia da classe dominante garante que as principais decisões, sobretudo, as econômicas sejam tomadas privadamente. É certo que somente numa sociedade sem desigualdades sociais se pode realizar o ideal da plena cidadania, da democracia e, conseqüentemente, do controle social sobre o Estado e as PPs.

Constato que o próprio sucateamento da política tende a debilitar os espaços participativos se constituindo numa lógica contrária à gestão compartilhada e ao exercício do controle social das PPs e dos governos em geral. Essa é uma questão estrutural: **a reconfiguração política e social com feições neoliberais revela a tendência de minar os espaços de representação coletiva e exercício do controle social.** É importante ter a clareza de tais fatos nas lutas pela defesa, manutenção e ampliação das conquistas obtidas constitucionalmente.

Com relação à institucionalização, o estudo evidencia que no município os conselhos de saúde foram criados e integrados à estrutura da PMF, embora a segurança jurídica formal, não se traduza e, muito menos, garanta condições adequadas para seu funcionamento. Evidencio que apesar de possuir a melhor e mais organizada estrutura dentre os CRSs, o CRS V ainda sofre com o subfinanciamento comprometendo o desempenho esperado de suas ações. Percebi que esse modelo organizacional aproxima o Conselho das heranças e determinações da história política tradicional do Estado brasileiro, presente no campo em estudo.

Com isso, revela-se como espaços de legitimação política para gestores descompromissados com os princípios democráticos da RSB/SUS, principalmente, nos CLSs, ao invés de se constituírem em espaços públicos coletivos de expressão de demandas, deliberação e fiscalização da política. O fato de estar, equivocadamente, inseridos no organograma do executivo municipal e submetido a limitações financeiras e estruturais por ele imposto, os conselhos encontram limites e dificuldades para propiciar a participação cidadã e o controle social à sociedade civil e, conseqüentemente, o avanço na luta política.

Considerando a coalização partidária de frente popular formada pelo governo para viabilizar sua gestão e o atrelamento ao executivo municipal, os conselhos de saúde ficam muito susceptíveis para reproduzir a cultura política e as práticas burocráticas estatais repre-

sentando mais um espaço disponível aos interesses privatistas da elite política e menos num espaço público autônomo/independente e campo de disputa pela definição do interesse público, das PPs e fiscalizatório dos governos.

A pesquisa revela que a maioria dos conselheiros da SER V desconhece o caráter híbrido dessa nova institucionalidade, suas atribuições, possibilidades, limitações decorrentes da inserção no Estado e potencialidades democráticas. Além disso, vivenciando uma condição de vulnerabilidade socioeconômica, os sujeitos acabam capturados pela proximidade com o poder, deslumbrados por concessões governamentais que acabam por afastá-los de suas reais funções e base social reproduzindo e amplificando práticas que deveriam se opor.

No CRS V, apesar das assimetrias sociopolíticas e educacionais entre os conselheiros, sua composição conseguiu reunir sujeitos com certo acúmulo de recursos políticos (militância partidária) e experiência política participativa resultando na formação de uma mesa diretora com representantes comprometidos, independentes e com maior capacidade de atuação política. O ativismo e a melhor compreensão da dinâmica de controle social foram decisivos para atuação mais qualificada do colegiado favorecido pela ligação de um de seus dirigentes com a academia, através do MAPP.

Como a busca da autonomia e independência das ações frente ao executivo municipal constituem numa disputa permanente no interior dos colegiados e em virtude dessa composição assumir um caráter mais progressista e de oposição às tradicionais práticas políticas, o CRS V enfrentou fortes barreiras ao custeio de suas ações. É justamente por isso que se faz urgente (re)pensar o modo como os conselhos se relacionam e são custeados pelos os governos visando superar essa situação de atrelamento/dependência.

As próprias limitações sociopolíticas e educacionais dos conselheiros de saúde representam um forte entrave ao avanço da participação e do controle social, apesar do processo investigativo demonstrar o esforço da mesa diretora em superar tal situação mobilizando, capacitando e articulando forças entre os conselheiros, buscando fomentar uma participação nos moldes da RSB, mais ampla, democrática, crítica e propositiva.

O estudo demonstra a possibilidade e a viabilidade da atuação coletiva do conselheiro na expressão, luta e conquista do direito de (com)partilhar junto com o governo a gestão do SUS regional. Apesar das limitações operacionais, buscou estabelecer relações orgânicas com os CLSs visando articular e construir um sistema de conselhos de saúde na SER V como espaço público privilegiado para discussão, deliberação e fiscalização das PPs.

A partir da demarcação do Conselho como arena pública, autônoma e independente, o processo de trabalho desenvolvido pela mesa foi importante para ampliar a participação e qualificar a atuação do colegiado. Nesse sentido, as comissões temáticas se constituíram em instâncias de circulação das informações públicas, explicitação das contradições, aprendizagem recíproca entre conselheiros, enfim, de problematização da política e do próprio Estado, fundamentais para subsidiar e fortalecer as ações do plenário. Todo esse esforço permitiu ao CRS V construir sua legitimidade perante o sistema de conselhos de saúde da SER V e ao próprio governo resultando na definição de uma agenda/pauta de discussão caracterizada por não ser induzida e nem atrelada ao governo.

A aprendizagem significativa resultante da participação cotidiana local minimizou as diferenças cognitivas entre os conselheiros e firmou o CRS V como local de exercício da cidadania e formativo de novos quadros políticos. Além disso, consolidou-se como instância receptora de denúncias, sobretudo, as que envolvem a apropriação privada do público e promotora de *accountability* na SER V. Em decorrência dessas ações, no período em estudo, o governo da SER V se sentiu pressionado a (com)partilhar decisões e a gerir a política de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Depreende-se que ao construir e sistematizar uma rotina de discussão, o CRS V se apresentou como mediador na expressão e negociação de demandas oriundas da sociedade civil em torno de questões concretas: acesso/transparência das informações públicas (deliberação e aprovação do plano regional de saúde e dos respectivos relatórios anuais de gestão), orçamento e execução orçamentária (elaboração e fiscalização do plano mensal de aplicação financeira regional), gestão de recursos humanos (lutas contra a precarização do trabalho e o uso político-eleitoral dos postos de trabalho da saúde na SER V), monitoramento na execução dos serviços (calendário regular de visitas aos CSFs).

Em nível regional, portanto, a participação dos conselheiros resultou em algumas ações de controle sobre a política, principalmente, na discussão do orçamento, acompanhamento da execução orçamentária e seus impactos nos serviços de saúde, configurando-se num instrumento fundamental para o acompanhamento e a fiscalização do SUS regional, demonstrando a viabilidade do papel político que o conselheiro pode e deve desenvolver, apesar da hegemonia do governo regional sobre a gestão da política.

Entretanto, a investigação revelou outros entraves no exercício do controle social. Constatou-se que apesar dos esforços, os conselheiros continuam atuando numa vertente eminentemente fiscalizatória, impedindo o governo regional de transgredir, ao invés de uma atua-

ção *ex-ante* na deliberação da política, evidenciando uma participação com contornos mais reativos que propriamente propositivos. Percebi que foi discreta a atuação mais ofensiva concernente à dimensão deliberativa, apesar do esforço da mesa em apresentar o interesse popular para disputar com a intencionalidade governamental o desenho/decisões acerca das PPs na SER V.

Pode-se afirmar que o CRS V assume, no período pesquisado, posição destacada no sistema de conselhos de saúde de Fortaleza, ao resistir à tendência de subserviência aos governantes, levantando e disputando com o governo regional a autonomia e independência do colegiado. Contestou, portanto, a ordem estabelecida fazendo-o enfrentar muitas dificuldades institucionais para desempenhar suas funções nos moldes de um projeto político democrático-popular. O subfinanciamento, as limitações estruturais (física, recursos humanos e insumos), a dificuldade da partilha do poder pelo governo e a fraca articulação com os conselheiros de saúde representam barreiras à atuação e ampliação do colegiado.

Em virtude das limitações sociais, econômicas, educacionais, culturais por que atravessa a sociedade civil da SER V, constato que o princípio da paridade, que garante superioridade numérica dos conselheiros não governamentais, não se traduz em hegemonia e nem no protagonismo da sociedade civil na deliberação da política nos conselhos face ao domínio governamental sobre as informações públicas.

Mesmo com a interlocução permanente entre a sociedade e governo regional mediado pelo Conselho, o interesse público lá deliberado não foi considerado ou não se operacionalizou, dentre outros fatores, pela própria desarticulação administrativa entre a secretaria temática (SMS) e as secretarias executivas (SERs). Evidenciou-se a falta de sintonia entre ambas. As SERs como entes isolados/descoordenados, miniprefeituras cada qual com suas próprias regras/lógicas sem seguir uma diretriz governamental única para Fortaleza, apesar de presentes no Plano Municipal de Saúde. A tímida articulação no sistema de conselhos de saúde de Fortaleza, tanto transversal, entre os CRSs, quanto ascendente, com o CMSF, fragiliza e enfraquece a pressão política dos conselhos sobre os governantes e sobre a política regional/municipal. Logo, a atuação isolada do CRS V não teria “pernas”, fôlego e força suficiente para transformar essa realidade no sentido de priorizar o bem comum.

De certa forma, o CRS V supervalorizou conquistas parciais em nível regional e acabou perdendo a visão da força transformadora que a atuação conjunta e articulada com os demais conselhos poderia fornecer, envolvendo-se, muitas vezes, num casuísmo empirista que contribuiu para a fragmentação do sistema municipal de conselhos.

As possibilidades de avanços envolvem a definição de estratégias para uma ação mais articulada do local para o central, mais transversal e ascendente, com os outros conselhos e com a própria sociedade civil organizada que poderia, por exemplo, ter resultado na criação de ciclos de debates, encontros de estudos e fóruns permanentes entre os conselhos de saúde e com os outros conselhos de PPs de Fortaleza visando disseminar, ampliar e aprimorar o processo de trabalho desenvolvido pelo Conselho.

A fragilidade organizativa da sociedade civil da SER V e a pequena articulação com o colegiado constituem importantes fatores atenuadores da pressão política do CRS V sobre o governo. Logo, não se verificou uma modificação das relações de poder em direção à democratização da cultura política na SER V.

O processo de renovação completa do colegiado associado a uma representação difusa da sociedade, nos CLSs, implicou numa solução de continuidade no exercício do controle social, uma vez que grande parte dos novos conselheiros se encontra desvinculados de uma representação de base encontrando-se a maioria despreparada para o exercício da função pública de conselheiro.

Desta forma, o CRS V apresentou-se muito mais como uma potencial estratégia do que efetivo espaço de controle social e fortalecimento da sociedade civil. Expôs uma atuação mais efetiva na linha do monitoramento e fiscalização, e mostrou-se limitado com relação à capacitação de lideranças para a formulação, controle e pressão política.

É importante reconhecer que o CRS V deveria ter priorizado a articulação e a mobilização popular na regional como elemento fundamental para a potencializar a mudança de pauta dos governos e a inversão das prioridades das PPs. É necessário assegurar o entendimento de mobilização popular como um processo permanente e não como eventos pontuais, buscando vincular questões conjunturais com questões estruturais, visando a superação de problemas relacionados à exclusão social e dando uma resposta aos desafios estruturais impostos pela sociedade capitalista.

A partir da desarticulação e fragmentação do sistema municipal de controle social na saúde, observou-se, no CRS V, a formação de uma vanguarda, um pequeno grupo de conselheiros(as), que acabou se distanciando do nível popular, criando um hiato entre eles e a sociedade civil, dificultando uma relação orgânica e mobilizadora do cidadão. Pedrini (2007) os define como um grupo que começa a entender a dinâmica interna do Estado, mas acaba se engessando nos processos internos exigidos na burocracia legal e, mesmo com a maior clareza política adquirida pela experiência, acaba não realizando o processo de multiplicador progres-

sivo de envolvimento de novas lideranças, o que seria altamente desejável para ampliação e efetividade do controle social.

No que se refere aos mecanismos de deliberação coletiva do CRS V, a análise revelou que, a despeito dos esforços do CRS V para ampliar a participação da sociedade civil, o processo foi restrito, não desenvolvendo as potencialidades democráticas da deliberação pública coletiva. Em muitas ocasiões as ações são mais individuais que coletivas, mesmo dentro do conselho. A análise empreendida permitiu adentrar nas circunstâncias que determinam as restrições deliberativas do CRS V, dentre elas se sobressaiu a resistência a partilha de poder pelo governo, a dificuldade dos conselheiros em compreender os processos de controle social e o papel do conselho e, sobretudo, a fragilidade organizativa da sociedade civil na SER V.

Verificou-se, ainda, que muitos obstáculos têm impedido o exercício dos princípios constitucionais designados aos Conselhos, transformando-os, muitas vezes, em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores, reiterando a verticalidade de poder na área de saúde e dificultando a comunicação de seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público, incorrendo em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação.

É certo que toda essa conjuntura contemporânea é adversa e se apresenta como um grande desafio para a participação e o exercício do controle social nos Conselhos de Saúde, haja vista que traz, explícita ou implicitamente, implicações no sentido de gerar desânimo, desesperança e a crença na impossibilidade de mudanças sociais, bem como o imobilismo individual e coletivo que pode minar as forças dos que podem fazer a diferença em termos de resistência a essa lógica social desmobilizadora.

Vale ressaltar que os mecanismos de controle social têm limites próprios dentro de uma democracia representativa e participativa que (sobre)vive em meio às contradições inerentes do sistema capitalista. Infelizmente, a sociedade organizada ainda recua e apresenta dificuldades para assumir posicionamentos no processo participativo e para sustentá-los no bojo de sua organização política, sem muitas vezes se dar conta de que isso é reflexo da fragilização e insegurança dos indivíduos e/ou das instituições colegiadas diante das manobras do capital.

Em termos propositivos, torna-se essencial garantir uma estabilidade e autonomia financeira aos conselhos de saúde nos moldes do MP; publicizá-lo e estabelecer vínculos mais efetivos com a ampla massa da população excluída; assim como o desenvolvimento de uma

política municipal voltada para a educação permanente, visando disponibilizar ferramentas que permitam uma atuação mais consciente e crítica dos sujeitos conselheiros.

Também, é de suma importância a realização de pesquisas e socialização das informações produzidas, a criação de fóruns das políticas de seguridade social e sua articulação com os encontros de saúde bem como assessoria aos conselheiros de saúde com o cuidado em não “tecnificá-los” face à necessidade de atuação política combativa.

Para avançar na direção das conquistas sociais imprescindíveis na saúde é fundamental o aprofundamento da participação cidadã e qualificação do controle social, visando à construção de uma esfera pública na saúde para fazer frente ao neoliberalismo, que naturaliza a questão social tratando-a de maneira focalizada e personificada.

É, portanto, essencial para enfrentar esses desafios de forma ativa, autônoma e corajosa a mobilização dos movimentos organizados da sociedade fortalezense e o aprofundamento da democracia para desenvolver a ética da solidariedade e o potencial político para participar das decisões que dizem respeito à vida de todas as pessoas nos campos econômico, político, social e cultural, com a finalidade de superar o conservadorismo entranhado na sociedade política e na própria civil e, no seu lugar, plantar novas práticas de participar e exercer o controle sobre as conquistas alcançadas no contexto de lutas por uma sociedade mais justa e menos desigual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia de apoio

ALVAREZ, Sonia, DAGNINO, Evelina e ESCOBAR, Arturo. Introdução: O Cultural e o Político nos Movimentos Sociais Latino-Americanos. *In: **Cultura e política nos movimentos sociais Latino-Americanos***. Sonia Alvarez, Evelina Dagnino e Arturo Escobar (Org) Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000, p. 15 a 57.

ANDRADE, L.O.M. Humanização e cultura de paz: um desafio para o Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza-Ceará. *In: **Divulgação em saúde para debate** – Série Cebes/Conasems: Saúde e Paz*, n.35, jun. Rio de Janeiro, 2006, p.115-127.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 1º Ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____. Resenha. **Para além do capital**. 2002. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/014/14lmeszaro.htm>>. Acesso em: 22nov2011.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10º Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas: UNESP, 2003.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

AVRITZER, Leonardo. Cultura política, atores sociais e democratização: uma crítica às teorias da transição para a democracia. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, n.28, 1995.

_____. & SANTOS, Boaventura Sousa. Introdução: Para ampliar o cânone democrático. *In: SANTOS, B. S. (ORG.) **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Disponível em <www.eurozine.com>. Acesso em: 12nov2010.

_____. & PEREIRA, Maria de Lourdes Dolabela. **Democracia, participação e instituições híbridas**. Teoria & Sociedade (UFMG), Belo Horizonte, 2005.

_____. **Sociedade civil, instituições participativas e representação**: da autorização à legitimidade da ação. DADOS. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 50, nº 3, 2007, PP 443 a 464. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jun 2012.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO (BID). **Cidades divididas contra si mesmas**: o caso de Fortaleza. Relatório da Missão Piloto sobre Reforma Socioeconômica, maio 1996.

BARREIRA, Maria do Socorro Chagas. A intervenção planejada e o discurso da participação. *In*: BRAGA, Elza Maria Franco; BARREIRA, Irllys Alencar Firmo Coord.) **A política da escassez: lutas urbanas e programas sociais governamentais**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha: Stylus Comunicações, 1991.

BARREIRA, Irllys. Alencar Firmo (Org.). **Desafios da gestão municipal democrática**. Fortaleza: 1993/1996. Recife/São Paulo: Centro Josué de Castro/Polis, 1998.

_____. Fortaleza Rebelde. *In*: CHAVES, Gylmar; VELOSO, Patrícia; CAPELO, Peregrina (Orgs;). **Ah, Fortaleza!** Fortaleza: Terra da Luz Editorial, 2006.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

BOBBIO, Norberto. **O Futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1986.

_____. **A era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Nova Ed. Elsevier, 2004.

BRAGA, Elza Maria Franco. Política pública de segurança alimentar: tessituras em busca de nova institucionalidade. *In*: SOUSA, Fernando J.P. (organizador). **O poder e a política na América Latina**, Fortaleza, Edições UFC, 2010.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 26out2009.

_____. Ministério da Saúde. **IX conferência nacional de saúde: Relatório Final**. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 22 set2009.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 26out2009.

_____. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 26out2009.

_____. Relatório Final, 8º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso: 26out2009.

_____. Relatório Final, 9º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 26out2009.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. *In: Política Social e Democracia*. Maria Inês Souza Bravo e Potyara Amazoneida Pereira Pereira (orgs). 4º Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____. e MATOS, Maurílio Castro de Matos. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In: Política Social e Democracia*. Maria Inês Souza Bravo e Potyara Amazoneida Pereira (orgs). 4º Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

CARCANHOLO, M.D. **Causa e Formas de Manifestação da Crise: uma interpretação do debate marxista**. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal Fluminense, 1996.

CARTAXO FILHO, Joaquim. A cidade e as Regionais. *In: PT Ceará Diretório Estadual*. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.ptceara.org.br/artigos/texto.asp?id=226>>. Acesso em: 15dez2009.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Transformações do estado na América Latina em tempos de ajuste e resistências: Governos de esquerda em busca de alternativas. *In: Projetos nacionais e conflitos na América latina*. RURAL. Adelita Neto Carleial (org). Fortaleza: Edições UFC, Edições UECE, UNAM, 2006.

_____. **A luta por direitos e a afirmação das políticas sociais**, 2008. Disponível em: <http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v39n1/rcs_v39n1a2.pdf>. Acesso em: 15dez2009.

_____.; BAPTISTA, M.M; CARVALHO, M.M.P e GRAÇA, Irlene Menezes. Estado e Políticas Públicas Brasil e Portugal: novas configurações e Desafios do Presente. *In: Revista de Políticas Públicas/ Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas*. São Luis: Programa de Políticas. 2009. Disponível em: <www.revista.politicaspUBLICAS.ufma.br/download.php?id_publicacao...>. Acesso em: 15dez2009.

_____. Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: um olhar crítico sobre a América Latina no século XXI. *In: Poder e políticas públicas na América latina*. RUPAL. Fernando José Pires Sousa (org). Fortaleza: Edições UFC, Edições UECE, UNAM, 2010.

_____. **O desafio de assegurar bem-estar coletivo em tempo de mal-estar ...** Aula inaugural do MAPP. Fortaleza: UFC. Em 02set2010.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/IBASE. 1995.

_____. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma de Estado. *In: FLEURY, S. R. (Org.). Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Ed. Lemos. 1997.

CARVALHO, GILSON. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE. 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo A. **A participação social no Brasil hoje**. Instituto Pólis. 1998. Disponível em: <http://www.polis.org.br/obras/arquivo_169.pdf>. Acesso em: 10 fev 2011.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000. Capítulos “Com Fé e Orgulho” e “Comemorar”.

CHESNAIS, François. **A mundialização financeira: gênese, custos e riscos**. São Paulo: Xamã. 1998.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **Controle social na saúde**. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional, 2010. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>. Acesso em: 15 jan 2012.

COSTA JUNIOR, Pedro Wilson. **Estado e movimentos sociais: qual autonomia? A experiência dos conselhos populares em Fortaleza**. Disponível em: <www.periodicos.ufsc.br/index.php/emdebate/article/view/1980-3532.2011n6p129/20310>. Acesso em: 12jul2012.

COSTA, N. R.; PINTO, Luis Felipe. **Avaliação de Programa de Atenção à Saúde: incentivo à oferta de atenção básica e a experiência da descentralização no Brasil**. *Revistas Ciências e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 7, n. 4, p. 907-924, 2002.

COSTILLA, Lúcio Oliver. Pensando o estado: sociedade política e sociedade civil hoje, no Brasil e no México. *In: Projetos nacionais e conflitos na América latina*. RUPAL. Adelita Neto Carleial (org). Fortaleza: Edições UFC, Edições UECE, UNAM, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci e a sociedade civil**. Disponível em: <http://www.Gramsci.org>. Acesso em: 20nov2003.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. *In: Evelina Dagnino (org.), Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

_____, Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. *In: DAGNINO, Evelina (Org.). Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** Trabalho apresentado no Colóquio Internacional “Políticas de Ciudadania y Sociedad Civil em Tiempos de Globalización”. Caracas. 23 e 24 de maio de 2004.

_____. **Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal**. *Revista Rio de Janeiro*, n. 15, jan-abr. 2005. Disponível em: <http://www.forumrio.uerj.br/documentos/revista15/15_dossieEvelinaDagnino.pdf>. Acesso em: 26dez2011.

_____; OLVERA, A., PANFICHI, A. **Disputa pela construção democrática na América latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

ELIAS, P. E. **Estado e saúde**: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva. v. 18, nº3. São Paulo-SP: jul./set. 2004.

FALEIROS, Vicente de Paulo; SILVA, Jacinta de Fátima Sena; VASCONCELOS, Luís Carlos Fadel; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução burguesa no Brasil** – Ensaio de Interpretação Sociológica. Rio de Janeiro: Jahar Editora, 1976.

FLEURY, Sônia. M. **Descentralização dos serviços de saúde**. Cadernos da Nona. Brasília, IX CNS, 1992.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Diário Oficial do Município. Lei nº 8000 de 29 de janeiro de 1997. Disponível em: <www.fortaleza.ce.gov.br/system/files_force/.../dom13478.pdf>. Acesso em: 20fev2011.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. **Lei 8066, de 08 de Outubro de 1997** – Reestrutura o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza – CMS e dá outras providências. Disponível em: <cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php/legislacao>. Acesso em: 25fev2011.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. **Lei 8092** de 21 de Novembro de 1997 – Altera a Lei nº 8066 de 08 de outubro de 1997, que reestrutura o Conselho Municipal de Saúde, na forma que indica e dá outras providências. Disponível em: <cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/wp-content/uploads/file/.../80.pdf>. Acesso em: 25fev2011.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. **Decreto Municipal nº 8417 de 5 de dezembro de 1990** - Dispõe sobre a estrutura e atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. Disponível em: <cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/old/decreto_8417_de_05_de_dezembro_de_1990.html>. Acesso em: 25fev2011.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Decreto Municipal nº 10842, de Julho de 2000** – Dispõe sobre a Criação dos Conselhos Locais de Saúde nas unidades Públicas de Saúde do Município de Fortaleza. Disponível em: <cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/wp-content/uploads/file/.../77.pdf>. Acesso em: 25fev2011.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Decreto Municipal nº 12104, de 10 de Outubro de 2006** – Regulamenta dispositivos da Lei nº 8.066, de 08 de outubro de 1997, alterada pela Lei nº 8092 de 21 de novembro de 1997, que reestrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMSF. Disponível em: <cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/v1/?page_id=142>. Acesso em: 25fev2011.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Fortaleza, 2008.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Fortaleza, 2012.

- _____. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Fortaleza, 2008.
- _____. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Fortaleza, 2009.
- _____. Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. **Regimento Interno**. Disponível em: <cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/old/regimento1.html>. Acesso em: 25fev2011.
- _____. Conselho Regional de Saúde de Fortaleza. **Regimento Interno**. SER V. Arquivos internos, 2011.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**: Um reencontro com a Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala**: formação da família brasileira sob regime da economia patriarcal. 51^o Ed. São Paulo: Global, 2006.
- GOHN, Maria da Gloria. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Ed. Cortez, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 19nov2011.
- _____. **O Protagonismo da sociedade civil**: movimentos sociais, ONGs e redes sociais. 2^a Ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.
- GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. 2^a ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
- _____. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- GUIZARDI, Francini; PINHEIRO, Roseni. **Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde**. Revista Ciências e Saúde Coletiva. Vol 11, n^o 3. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. Acesso em: 18out2011.
- HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.
- HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. 25^o Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Praxes & Inojosa. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *In*. **Saúde e democracia**. Vol. 6. N^o2. São Paulo. Agosto/Dezembro, 1997. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>. Acesso em: 13nov2011.
- LOWY, Michael. **Ideologias e ciências social: elementos para uma análise marxista**. 18^o Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- MANNHEIM, Karl. **Sociologia sistemática**. Uma introdução ao estudo da sociologia. 2^a Ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Edições 70, LDA. 1000 LISBOA - Portugal, 2000.

_____. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2001.

_____. **A ideologia alemã**. I – Feuerbach. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

_____. **Miséria da filosofia**. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2008.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Campinas: Editora da UNICAMP; São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

_____. **O século XXI: socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo. Editorial, 2003.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. *In*: NESP (org.). **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

OLIVEIRA, Francisco. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. *In*: **Os sentidos da democracia**: políticas do dissenso e a hegemonia global. Orgs. Francisco de Oliveira e Maria Célia Paoli. Brasília: Ed. Vozes, 1999.

OLIVEIRA, Lúcia Conde. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UERJ, 2006.

_____. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *In*: **Revista Ciências & saúde coletiva**. Scielo Public Health. Vol. 15, nº 5, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a20.pdf>>. Acesso em 11jan2012.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

PAOLLI, M. C. TELLES, V. M. Direitos sociais: conflitos e negociações no Brasil contemporâneo. *In*: DAGNINO, Evelina Moreira (org). **Os anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

PEDRINI, Dalila Maria; ADAMS, Telmo; SILVA, Vanessa Rabassa (orgs). **Controle Social das políticas públicas**: caminhos, descobertas e desafios. São Paulo: Ed. Paulus, 2007.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera política e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Ed. Cortez, 1998.

FOGEL, Robert. Viver mais custa caro. *In*: **Revista Veja**: edição especial. São Paulo, Ed. Abril, Edição 2238, ano 44, 12out2011.

SADER, Emir. **Público versus mercantil**. ALAI – América Latina em Movimento. 02/06/2003. Disponível em: <<http://alainet.org/aclur/38048lang=ES>>. Acesso em 19mar2011.

SALES, Teresa. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *In*. **Revista Brasileira de Ciência Sociais**, nº 25, ano 9, junho de 1994.

SERAFIM, Lizandra. **Democracia brasileira, reforma do estado e os desafios para o exercício do controle social**: uma agenda política e de pesquisa. 2007. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/viewFile/16/13>>. Acesso em: 05jan2012.

SPOSATI, Aldaíza. **Regulação social tardia**: características das políticas sociais da latino-americanas na passagem entre o segundo e o terceiro. *Intervenção Social*. Portugal, v.1, nº 27, 1992.

_____. e LOBO, Elza. **Controle social e políticas de saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, Maria José Albuquerque. **Pluralidade e diferenças culturais na escola**: a formação para a cidadania em questão. Tese de Doutorado. Fortaleza. UFC, 2005.

SIMIONATTO, Ivete. O social e o político no pensamento de Gramsci. *In*: **Gramsci**: a vitalidade de um pensamento. Alberto Aggio. (org). São Paulo: Fundação Editora UEMESP, 1998.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In*: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Local e o Global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **As dimensões da participação cidadã**. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=198>>. Acesso em: 26dez2011.

TORRES, Carlos Alberto. Estado, privatização e política educacional. *In*: GENTILI, Pablo. (Org.). **Pedagogia da exclusão**: crítica ao neoliberalismo em educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

Bibliografia metodológica

ALVARENGA, Augusta T.; SOMERMAN, Américo; ALVAREZ, Aparecida M. S. **Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade**: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna: Saúde e Sociedade, vol. 14, n.3, p. 9-29, set-dez/2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições70, 2010.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. Uma incursão pelo lado “não-respeitável” da pesquisa de campo. *In*. **Ciências Sociais Hoje**, Vol. 1. CNPq/ANPOCS: Brasília/Recife, 1981.

CARVALHO, Alba Maria de Pinho. O exercício do ofício da pesquisa e o desafio da construção metodológica. *In*: **Cultura: metodologias e investigação**. Col. Cultura Portuguesa – Declarações Latino-Americanas, nº 3 Ed. Ver o Verso Edições LTDA e Autores, PT, 2009.

DAMATTA, Roberto. **O ofício de etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

FLEXOR, Georges. **Análise de políticas públicas: breves considerações teórico-metodológicas**. *In*: LIMA, Eli Napoleão de; DELGADO, Nelson G.; Moreira, Roberto José. (Orgs.). Rio de Janeiro: Maud X: Edur, 2007.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília-DF: Ed. Liber Livro, 2005.

KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra; Victoria, Ceres Gomes. **Pesquisa qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Objetivo, método e alcance desta pesquisa**. *In*: ZALUAR, Alba (Org). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. **Metodologia das ciências humanas**. Org. Paulo de Salles Oliveira. São Paulo: Ed. Huritec/ UNESP, 1998.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Análises de conteúdos e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas. **Revista eletrônica de ciências sociais – CAOS**, nº 16, UFPB, 2011. Pág. 55-73, Disponível em: <www.cchla.ufpb.br/caos. Acesso em 10abr2012>.

_____. Novas perspectivas metodológicas na avaliação de políticas públicas. **AVAL – Revista avaliação de políticas públicas**. Fortaleza, V2, jul-dez, 2008.

_____. Proposta para uma avaliação em profundidade em políticas públicas sociais. **Revista de Avaliação de Políticas Públicas – AVAL**, UFC, 2008.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da (org). **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora; São Luiz, MA: 2008.

VÍCTORA, Ceres Gomes et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS



ANEXO A

Termo de Esclarecimento



Caros Participantes da I Conferência Regional de Saúde V,

O SUS idealizado em seus princípios e diretrizes como um sistema único e integrado, financiado pelos três entes federativos a partir dos impostos recolhidos da sociedade, organizado de modo hierarquizado e descentralizado funda-se e ganha força na emergência de uma cultura democrática, reivindicatória e emancipatória de direitos que tem nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, espaços públicos institucionalizados para a participação da sociedade na gestão da política pública de saúde.

Evidentemente, eles necessitam ser fortalecidos e como aluno do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas da UFC (MAPP/UFC), eu, ANTONIO CLEYTON MARTINS MAGALHÃES, residente na rua Almirante Rufino, 1515, Bairro Montese, nesta capital, estudo esse tema, que tem por objeto o Conselho Regional de Saúde da SER-V (CRS V). Assim, por meio do preenchimento desse questionário, você está sendo convidado para participar da pesquisa “Conselhos de Saúde em Fortaleza: os desafios e as possibilidades do processo avaliativo de controle social” cujo objetivo é avaliar o CRS da SER V.

Sua participação não é obrigatória, porém, os benefícios relacionados com a sua participação poderão ajudar a assegurar, aos Conselhos de Saúde, formas de atuação mais qualificadas na proposição, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde que pode resultar em verdadeiras transformações sociais para a comunidade.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento.

QUESTIONÁRIO SOBRE CONTROLE SOCIAL

1. a sua escolaridade?
 Sabe ler/escrever, mas não frequentou a escola.
 1ª a 4ª série do Ens. Fund. 5ª a 8ª série do Ens. Fund. 5ª a 8ª série do Ens. Fund. Não concluído
 Ensino Médico completo Ensino Médio incompleto Ensino Superior completo Ensino Superior incompleto Pós-Graduação.
2. Como você sobrevive – qual a sua ocupação?
 Inativo Desempregado Empregado sem carteira assinada Empregado com carteira assinada Funcionário Público Autônomo Faz bico
3. Como você se classifica?
 Preto Branco Pardo Não sabe
4. Qual a sua idade? _____
5. Sua família é composta de quantas pessoas? _____
6. Qual o bairro em que você mora? _____
7. Qua a sua renda familiar, somando todos as pessoas?
 A única renda provém dos benefícios do governo (menor que um salário mínimo) (Ex.: Bolsa família).
 Até um salário mínimo (R\$ 545,00).
 Entre 1 e 2 salários Entre 3 e 4 salários.
 Entre 4 e 5 salários Maior que 5 salários.
8. Qual segmento você representa no conselho.
 Usuários Trabalhador Governo
 Prestador Não sou conselheiro.
9. Você participou, nos últimos anos, de quais atividades? Você poderá marcar mais de uma opção.
 OP Associação Comunitária Entidades Religiosas Associações diversas ONG's Temáticas Associação profissional Sindicato Organização de caridade/beneficente Partido Político Não participo Outras _____
10. Para você o que é Controle Social?

12. Na sua opinião, a sociedade civil (o povo) tem capacidade de influir nas decisões sobre ações e serviços de saúde na SER-V?
 É muito influente É razoavelmente influente
 É pouco influente Não influencia
13. Na sua opinião, como os conselheiros de saúde da SER-V representam a comunidade?
 Totalmente Na maioria das vezes
 As vezes. Nunca.
14. Como você avalia a qualidade da participação dos conselheiros de saúde da SER-V?
 Excelente Bom Regular Ruim
15. Você considera o Conselho de Saúde da SER-V uma instância pública democrática?
 Totalmente Na maioria das vezes Quase nunca Não é democrático
16. O que você acha necessário para a atuação do Conselho Regional de Saúde da SER-V?

17. Como você avalia a atuação do Conselho de Saúde para a melhoria das ações e serviços de saúde na SER-V?
 Excelente Bom Regular Ruim
 Justifique: _____
18. Na sua opinião, qual a relação entre o Conselho de Saúde, a sociedade e o governo nas decisões sobre a saúde na SER-V?

19. Qual a importância das decisões do Conselho Regional de Saúde da SER-V. _____

Temas: Participação, Controle Social, Sistema de Conselhos de saúde de Fortaleza, Conselho de Saúde da SER V (CRS V), relação Estado-Sociedade

Seções:

Seção 1 – Participação, Controle Social; Seção 2 – Sistema de Conselhos de saúde de Fortaleza, Conselho de Saúde da SER V (CRS V); Seção 3 - Relação Estado-Sociedade.

Seção 1 – Participação, Controle Social

1. O que você entende como controle social? Para você o que é controle social?
2. O que significa assumir o papel/função de conselheiro de saúde?
3. Como a participação e o controle social acontecem na área da saúde na SER V?
4. Qual o benefício (retorno social) que o controle social pode trazer para a sociedade? E para o Estado (PMF)?

Seção 2 – Sistema de Conselhos de Saúde de Fortaleza, Conselho de Saúde da SER V (CRS V)

5. Houve avanços, não avançou/regrediu (retrocessos), ou ficou parado (estagnação) como órgão (co)gestor de controle sobre a PP de saúde?
6. Quais são as possibilidades que deveriam ser exploradas? Você vê possibilidades de melhorias no controle social?
7. Como você acha que uma mesa diretora deve se comportar nas lutas pela saúde
8. Qual o perfil/modelo de gestão adotado pela mesa diretora do Conselho que favorece/interessa à organização/mobilização da sociedade em torno das lutas pela saúde?
9. Como se dá o relacionamento do CRS V com os demais conselhos de saúde de Fortaleza? Com a sociedade civil? E com o governo regional?

Seção 3 - Relação Estado-Sociedade

10. Qual o tipo de relação que tem se estabelecido entre governantes e conselheiros nos últimos tempos na SER V?
11. A manutenção dos conselhos pelo poder estatal interfere na atividade de controle? E com relação à autonomia? Em que medida a institucionalização limita a autonomia do exercício do controle social?

ANEXO C

CONSOLIDADO DAS RESOLUÇÕES 2010

Nº	DATA	MATÉRIA	HOMOLOGAÇÃO
01	18/03/2010	Requisitar ao Secretário desta Regional mais um profissional da área Administrativa, para exercer suas funções na Secretaria do Conselho Regional de Saúde.	SIM
02	18/03/2010	Acatar o pronunciamento, aprovado em plenária do dia 14 de janeiro de 2010, do Conselheiro Francisco José da Silva, representante do seguimento usuário, no que se refere ao seu pleito de ocupar o cargo de Vice-Presidente, na Mesa Diretora deste Conselho Regional de Saúde, enquanto perdurar o mandato até 03 de setembro de 2011.	SIM
03	18/03/2010	1) Requisitar a Confecção de <i>Banner's</i> , como instrumentos de comunicação entre a Sociedade e o Conselho Regional de Saúde (CRS), contendo as seguintes inscrições: a) Símbolo do SUS. b) telefones do CRS- V e CMSF c) <i>e-mail</i> e <i>blog</i> do CRS V e d) endereços físicos. 2) Preceituar que o referido material informativo seja afixado no SAME de todas as Unidades de Saúde e Ouvidoria da SER-V.	NÃO
04	18/03/2010	1) Propor o aumento da quota de Suprimento de Fundos, atualmente, no valor de R\$ 500,00 (QUINHENTOS REAIS), oriundos dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), para R\$ 1.000,00 (HUM MIL REAIS).	SIM
05	18/03/2010	1) Que o executivo da SER-V deverá apresentar, para apreciação e análise do Pleno do CRS V, as seguintes matérias: a) Quaisquer investimentos em obras que impliquem na utilização de recursos públicos da área da saúde; e b) Quaisquer modalidades de compras e serviços públicos que envolvam recursos do FMS.	SIM
06	18/03/2010	1) Responsabilizar os diretores gerais dos hospitais distritais desta Regional, a assumirem os custos dos serviços essenciais que postulam para o funcionamento, quais sejam: água, luz e telefone (fixo e móvel), bem como empreguem as medidas necessárias para a otimização no uso desses recursos. 2) Decidir pelo repasse, aos hospitais distritais dessa Regional, dos recursos que o DRAF disponibiliza para efetuar o pagamento dessas despesas. 3) Incumbir os representantes deste Pleno para pautar esta matéria no CMSF.	SIM
07	18/03/2010	1) Inserir o CRS V na participação do planejamento orçamentário e financeiro, junto ao setor de planejamento da SER V, para o exercício fiscal dos anos subsequentes.	SIM
08	28/05/2010	1) Aprovar a prestação de contas dos recursos destinados a operacionalização da política de saúde da SER V, referente aos meses de dezembro de 2009, janeiro de 2010 e fevereiro de 2010.	SIM
09	12/08/2010	1) O poder executivo regional deverá providenciar, no prazo de 180 dias (seis meses) segurança para as unidades de saúde, sobretudo, naquelas localizadas nas áreas de grande vulnerabilidade social e/ou aquelas onde já houve estatística de fatos dessa natureza.	SIM
10	16/09/2010	1) as unidades de saúde localizadas na área da SER V não deverão fechar suas portas durante o horário de expediente, considerando nesta resolução, inclusive, o horário de almoço; 2) Determinar que os serviços essenciais da unidade de saúde não sejam interrompidos durante o expediente, inclusive no horário de	SIM

		almoço; e 3) O DS da SER V deverá normatizar o funcionamento das unidades de saúde no período de realização das rodas locais de gestão.	
11	29/12/2010	1) Aprovar a prestação de contas dos recursos destinados a operacionalização da política de saúde da SER-V, referente aos meses de abril a setembro de 2010. 2) Desaprovar a prestação de contas dos recursos destinados à operacionalização da política de saúde da SER-V, referente ao mês de março de 2010, haja vista a dupla apresentação de um mesmo empenho (nº 130/10) em duas comprovações financeiras (fevereiro e março), fato que não comprova a execução dos gastos estipulados no referido empenho no mês em questão, não sendo, ainda, apresentado extrato bancário que comprovasse um único gasto do referido empenho. 3) Solicitar a publicação em DOM.	NÃO
12	29/12/2010	1) Aprovar a prestação de contas dos recursos destinados a operacionalização da política de saúde do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, referente aos meses de janeiro a setembro de 2010. 2) Solicitar a publicação em DOM.	

Fonte: Arquivo do CRS V

CONSOLIDADO DAS RESOLUÇÕES 2011

Nº	DATA	MATÉRIA	HOMOLOGAÇÃO
01	17/07/2011	1) Aprovar as prestações de contas dos recursos destinados à operacionalização da política de saúde da SER V, referentes aos PRIMEIRO E SEGUNDO TRIMESTRES (janeiro a junho) de 2011. 2) Aprovar as prestações de contas dos recursos destinados à operacionalização da política de saúde do Hospital Distrital Gonzaga Mota no bairro Prefeito José Walter da SER V, referentes ao ano de 2010. 3) Homologue-se e publique-se.	NÃO
02	25/08/2011	1) Apresentar ao Secretário Executivo da Regional V, para publicação em Diário Oficial do Município, o Regimento Interno reformulado e alterado conforme a legislação vigente e aprovado na I Conferência de Saúde da Secretaria Executiva Regional V, em 12 de julho de 2011. 2) Homologue-se e publique-se.	NÃO
03	25/08/2010 1	1) Constituir uma Comissão Eleitoral para divulgar o Edital do Processo Eleitoral, a partir de janeiro de 2012. 2) Aprovar a prorrogação do mandato dos Conselheiros Regionais e Conselheiros Locais de Saúde do Sistema de Conselhos de Saúde da SER V, até o dia 23 de março de 2012, improrrogáveis. 3) Esta Resolução entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Pleno deste Conselho Regional de Saúde. 4) Homologue-se e publique-se.	NÃO

Fonte: Arquivo do CRS V