

Iracema Pietro Biasi



A IMPLEMENTAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL COMO META DA GESTÃO NA  
POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Porto Alegre, 2012.

Iracema Pietro Biasi



A IMPLEMENTAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL COMO META DA GESTÃO NA  
POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como parte das atividades para obtenção do  
título de Especialização em Gestão de Saúde  
Pública da Escola de Administração da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor orientador: Rogério Faé

Porto Alegre, 2012.

Iracema Pietro Biasi

A IMPLEMENTAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL COMO META DA GESTÃO NA  
POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

A banca examinadora:

---

Instituição de origem.

---

Instituição de origem.

---

Professor orientador: Rogério Faé

Dedico este trabalho à minha família, que me apoiou neste momento de reflexão, ao mesmo tempo em que continuo no dia a dia a caminhada pelo empoderamento da sociedade.

Agradeço ao Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Esteio, espaços institucionais onde pude realizar o trabalho de transformar em práxis idéias e ideais; em especial aos Conselheiros, Presidentes de Conselhos Secretários de Saúde que doaram parte de seu tempo respondendo ao questionário que faz parte das reflexões deste trabalho;

Também agradeço a todos aqueles que foram meus professores, em especial, aqueles que desde os movimentos sociais, desde as bases em cada canto onde estive, reforçaram a crença de que o povo pode sim ser autor de sua própria história.

*“... Um milhão de trabalhadores, trabalhando por nada  
É melhor você dar a eles o que merecem  
Nós temos que te derrubar  
Quando chegarmos à cidade  
Cantando o poder para o povo.  
Poder para o povo, agora...”.*

“Poder para o povo” - John Lennon.

## **Resumo**

Este trabalho acadêmico visa analisar descritivamente a experiência da construção e consolidação do “Controle Social na Saúde” na cidade de Esteio, no período de 1994 a 2011. Foi realizado nos moldes de “relato de experiência” por ter sido a autora partícipe desse processo desde o Conselho Municipal de Saúde durante esse período.

Palavras-chave: controle social, empoderamento, participação, organização, formação, políticas públicas.

## **Abstract**

This academic work aims to analyze descriptively the building and consolidating experience of the "Social control in Healthcare" in the town of Esteio between 1994 and 2011. It was conducted along the lines of "experience report" once the author is either a participant in the process since the Township Health Council during this period.

Keywords: social control, empowerment, participation, organization, training, public policy.

## SUMÁRIO

Introdução.....	Pág. 11
01) Tema.....	Pág. 11
1.1) Questões referentes ao fenômeno.....	Pág. 11
02) Contextualização.....	Pág. 13
2.1) Contexto em que o programa acontece .....	Pág. 13
2.2)Elementos da conjuntura política e econômica que influenciam a problemática.....	Pág. 15
2.3)Aspectos culturais e sociais .....	Pág. 16
03) Objetivos do trabalho.....	Pág. 17
3.1) Objetivo geral.....	Pág. 17
3.2) Objetivos específicos.....	Pág. 17
04) Justificativa.....	Pág. 17
05) Desenvolvimento.....	Pág. 20
06) Fundamentação.....	Pág. 20
07) Metodologia e instrumento de coleta de dados.....	Pág. 24
7.1) Definição do tipo de estudo.....	Pág. 24
7.2) Plano de coleta de dados.....	Pág. 24
7.3) Plano de análise, interpretação e apresentação dos dados.....	Pág. 25
08) Relato de experiência.....	Pág. 26
09) A opinião dos agentes do Controle Social.....	Pág. 29
9.1) Entrevista com Conselheiros representantes da Comunidade.....	Pág. 29
9.2) Entrevista com Presidentes do Conselho Municipal de Saúde.....	Pág. 31
9.3) Entrevista com Secretários Municipais.....	Pág. 33
10) Análise dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde.....	Pág. 35
11) Descrição e análise das atas do Conselho Municipal de Saúde.....	Pág. 37
12) Descrição e análise dos Planos Plurianuais.....	Pág. 45
Conclusão.....	Pág. 49
Referências Bibliográficas.....	Pág. 53
Anexos.....	Pág. 54

**Lista de abreviaturas e siglas**

CMS	Conselho Municipal de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
HSC	Hospital São Camilo
HMSC	Hospital Municipal São Camilo
UBS	Unidade Básica de Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor (programa)
PAM	Posto de Atendimento Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CAPs AD	Centro De Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas
PPA	Plano Plurianual
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços
FAMURS	Federação dos Municípios do Rio Grande Do Sul
PT	Partido dos Trabalhadores
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro

## INTRODUÇÃO

### 1) TEMA:

#### **A implementação do controle social como meta da gestão na política pública em saúde: relato de experiência.**

O Tema deste trabalho é a análise de como o Estado, na sua instância Municipal, realiza a implementação do controle social na área da saúde.

Mais do que uma análise restrita à observação acadêmica, este trabalho é um relato de experiência, pois desde 1995 até a data trabalho na Prefeitura Municipal e participo no Conselho Municipal de Saúde.

A eficácia da implementação do controle social tem como termômetro direto a participação social. Não se pode nem sequer pensar no “controle social” sem conceituar, estudar, avaliar e verificar a participação da sociedade. Qualquer avaliação deste mecanismo de controle externo das políticas públicas da saúde tem como agente a sociedade civil, e a mesma só atua através de um mecanismo: a participação. Mais do que qualquer regramento ou discurso político, é a participação ou a falta dela quem consolida a democratização da gestão da saúde.

Por isso grande parte deste trabalho analisa a atitude do poder público no incentivo à participação e, ao mesmo tempo, na linha de tempo, a evolução e a negação dessa atitude ao procurar “aparelhar” as instâncias de participação como Conferências e Conselhos Municipais.

### 1.1 Questões referentes ao fenômeno

As questões que são inerentes a este projeto se inter-relacionam entre si, muitas vezes perpassando seus conceitos mais simples. Mas posso destacar, entre outros:

Um dos principais fatos a ser analisado é o “empoderamento” da sociedade em torno das questões referentes à gestão em saúde, através de sua participação permanente, garantida institucionalmente, e com poder de intervenção real. Este “empoderamento”, termos cunhado a partir de um anglicismo, a apropriação em português da palavra “empowerment”.

Empoderamento significa em geral a ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma situação particular (realidade) em que se encontra, até atingir a compreensão de teias complexas de relações sociais que informam contextos econômicos e políticos mais abrangentes. O empoderamento possibilita tanto a aquisição da emancipação individual, quanto à consciência coletiva necessária para a superação da dependência social e dominação política.

(PEREIRA, Ferdinand Cavalcante, em <http://www.fapepi.pi.gov.br/novafapepi/sapiencia8/artigos1.php>)

Enfim, superação da condição de desempoderamento das populações pobres, as quais segundo Nyerere (1979), não podem se desenvolver se não tiverem poder.

Por outro lado, outra questão que se torna presente neste projeto é o fortalecimento da gestão partilhada em saúde, como preconiza o SUS, através do respaldo da sociedade civil à mesma.

Esta “gestão partilhada em saúde” se dá, é claro, se há um empoderamento da sociedade civil, situação que se torna possível se há uma atitude condizente por parte do Estado, que é o que pretendo analisar em profundidade.

Mas para que essa situação se torne possível, é necessária também a organização da sociedade civil, que deve estar permanentemente renovando seus quadros e estruturas, numa espiral cíclica de crescimento e amadurecimento.

Para que esses avanços na psique da sociedade se tornem possíveis, é fundamental que exista um suporte institucional que brinde assessoria à organização da sociedade.

Essa assessoria passa pela existência e a garantia de políticas de capacitação destinadas aos diversos atores da organização social, lembrando que com a mudança das conjunturas políticas, os quadros das últimas gerações de dirigentes sociais oriundas dos anos “80 migraram para o Estado, originando-se um vazio de diálogo entre os mesmos e as novas gerações, que tiveram que assumir o comando da sociedade civil”.

É notório que há de se analisar o impacto real da instauração de políticas que visam à promoção da participação ativa da sociedade; tanto se as mesmas se tornaram realidade quanto se ficaram restritas ao campo do discurso político.

Neste projeto também procuro descrever o que considero deve ser o trabalho permanente para realizar, promover e garantir a institucionalização da participação social. Nesse sentido, considero que há de se mapear a realização de processos que visem o

fortalecimento dos vínculos entre a própria sociedade e a gestão pública da saúde através da implantação de políticas específicas.

Considero e reflito também sobre a promoção de ações, projetos e programas que efetivem a transversalidade entre os diversos atores da gestão em saúde e as demais políticas públicas; fator que é o facilitador para que as políticas públicas na área se consolidem efetivamente.

Finalmente, este trabalho realiza uma análise das diferenças, na práxis, das questões do controle social entre as gestões municipais que me coube acompanhar desde o Conselho Municipal de Saúde e do meu próprio trabalho como funcionária pública municipal na área da saúde, de 1995 até a data.

## **2) CONTEXTUALIZAÇÃO**

### **2.1 Contexto em que o programa acontece**

A criação e a implantação do controle social sobre a saúde em Esteio se deram a partir de 1994, num período em que na região metropolitana de Porto Alegre o poder público começa a consolidar em estruturas e políticas suas funções, que passarão a ter outro viés a partir da Constituição de 1988.

A cidade tem hoje aproximadamente 80.000 habitantes, sendo o menor município de área territorial do Estado e com o maior índice de ocupação demográfica. Oriunda de um distrito industrial de São Leopoldo, a mesma é ainda hoje uma cidade industrial, mas com as características de uma “cidade-dormitório” pela grande circulação de mão-de-obra na região.

O processo de municipalização da saúde no município de Esteio iniciou em 1994. Até então o município contava com apenas um posto de saúde estadual e um hospital público. A nomenclatura da Secretaria da Saúde era “Secretaria Municipal de Saúde, Meio Ambiente e Ação Social”. Ela só foi desmembrada da Assistência Social e do Meio Ambiente em 2002.

Em 1994, o então Secretário da Saúde convocou um grupo de pessoas para a implantação do Conselho Municipal de Saúde. A primeira reunião ocorreu em 14/07/94 no Salão Nobre da Prefeitura, com as seguintes representações: quatro membros do governo, dois prestadores de serviço da saúde, dois representantes dos trabalhadores e seis representantes dos usuários, totalizando dezesseis Conselheiros e não havia suplentes.

Todos os Conselheiros de Saúde foram nomeados pela Portaria Nº. 467/94, junto com a Lei municipal nº1790 e a lei do Fundo, Lei Nº. 1789. Com esses Conselheiros deram-se os debates sobre o papel dos mesmos na fiscalização e na implantação da política pública de saúde. Foi eleita uma comissão provisória para elaborar uma proposta de Regimento Interno do CMS, sendo escolhida provisoriamente a mesa diretora do próprio CMS. O Presidente do CMS era médico sanitário, com vasto conhecimento sobre o SUS, e propôs a construção de um Plano Municipal de Saúde.

Lei Nº. 1790, capítulo II e inciso I: “Compete atuar na formulação e operação do Plano Municipal de Saúde, definindo a sua estratégia de implantação e o controle da execução da Política municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”.

Em 16 e 17/10/94 todos os Conselheiros foram convidados a participarem do III Encontro Estadual de Conselheiros, na Assembléia Legislativa. O Presidente em reunião ressaltou que todas as ações de saúde devem ser aprovadas pelo CMS. Ainda apelou: “... Que se faça política com saúde e pela saúde...”. O CMS tem então poder legal para embargar as decisões do Executivo e que o diálogo deve ser aberto entre as partes.

Em 25 de julho de 1998, foi organizada pelo colegiado a 3ª etapa da 1ª Conferência Municipal de saúde, sendo que as duas primeiras ocorreram no ano de 1996.

A II Conferência Municipal de Saúde de Esteio aconteceu em 02 de setembro de 2000 e o tema da mesma foi “Humanizando atenção à saúde”.

A III Conferência Municipal de Saúde de Esteio aconteceu junto a I Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador, ambas realizadas no dia 27 de abril de 2002, tendo como tema das mesmas a “Saúde do Trabalhador”.

Também nesse ano teve um curso de capacitação de Conselheiros, dos dias 10 a 31 de outubro, que foi promovido e organizado pelo Ministério da Saúde.

A cada dois anos as Conferências Municipais de Saúde ocorrem com temas específicos e encaminhamentos de propostas para qualificar a política pública da saúde e tornar a gestão pública mais eficiente.

O Conselho Municipal de Saúde é o mais antigo da cidade e tem uma trajetória de lutas e de construção de uma saúde preventiva, de promoção e também curativa, tem a composição de 28 conselheiros e 28 suplentes e é paritário.

## **2.2 Elementos da conjuntura política e econômica que influenciam a problemática**

Politicamente, a cidade passava a ver o crescimento dos partidos da esquerda nascida pós ditadura. De grande influência sindicalista, em especial o chamado “campo popular”, integrado pelo PT ( Partido dos Trabalhadores) como “partido-guia” e seus companheiros de estrada, os antigos PSB e PC do B. Foram estes partidos, organizados numa “Frente Popular” , que desde 1996 passaram a suplantar no poder, ininterruptamente até a data, o bloco de partidos trabalhistas que a antecederam. É de destacar que a cidade, criada na década de 50, sempre foi gerida por partidos de origem trabalhista, seja PTB quanto PDT.

No modo de gerir destas esquerdas locais, o modelo criado pela gestão em Porto Alegre pelo PT serviu sempre como baliza e referência, seja na hora de implementar políticas públicas, seja na hora de consolidar a participação social. Mas destaco também o fato de, em Esteio, esta esquerda ter dois grandes partidos (PT e PSB) com peso eleitoral similar, que têm se alternado, separados ou em aliança, para administrar a cidade desde 1996. Também têm trazido à gestão municipal visões políticas e atitudes diferentes (e às vezes contraditórias) sobre os assuntos da implementação do controle social.

Economicamente, Esteio passou a sofrer as conseqüências da “Lei Kandir”, que entrou em vigor em 13 de setembro de 1996 em todo o Brasil, e isentou do tributo ICMS os produtos e serviços destinados à exportação. Esta mudança fez com que a cidade (na qual estão localizadas grandes fábricas como Betanin, Bunge, etc., que destinam mais de 80 % de sua produção à exportação) despencasse do 4º lugar no Estado em retorno de ICMS para o 28º.

O retorno do ICMS reduzido, a estabilidade econômica trazida pelo Plano Real (que gerou um estancamento na movimentação financeira da cidade) e uma gestão repleta de escândalos e problemas, geraram uma diminuição na arrecadação e no orçamento municipal, e assim as contas públicas colapsaram em 1996, atingindo em cheio os serviços de saúde da cidade, que chegou a ter seu Hospital Municipal fechado e os postos de saúde sucateados.

O saneamento das dívidas e o confronto ao descalabro da gestão pública foram os eixos do primeiro governo da esquerda, de 1997 a 2000. Mas nesses anos, uma das impossibilidades do governo foi o aumento anual dos salários dos funcionários, o que também passou a ter outro balizamento quando em 2000 foi criada a lei de responsabilidade fiscal. Mas também nesse governo a grande prioridade de investimento foi na Saúde, inclusive transformando as reformas do hospital municipal e dos postos de saúde nas principais obras da gestão.

### 2.3 Aspectos culturais e sociais

A cidade, criada na década de 50 a partir de um distrito industrial da cidade de São Leopoldo, tem como signo ser uma cidade-operária.

Sede de indústrias de grande porte, a população cresceu respondendo à demanda de mão de obra, e crescendo, até os anos 80, de forma bastante organizada.

Uma das características culturais mais marcantes é a sindicalização de grande parte da sociedade, seja desde sua comunidade até a própria classe dirigente. Desde 1990, por exemplo, todos os Prefeitos são oriundos do “chão de fábrica”.

Assim, a sociedade tem na sua história um vínculo com a participação ativa, e grande parte da mesma tem como entendimento que as conquistas só se conseguem com lutas e uma permanente organização e mobilização. Serão as gerações vindas para Esteio após os 90 que não terão essa visão, dadas as mudanças no mundo do trabalho trazidas pelo neoliberalismo. O sindicalismo como escola de participação social perderá pouco a pouco essa função, na medida em que as empresas passam a “terceirizar” a maioria da suas funções, rompendo com o locus formativo que é esse espaço coletivo. Haverá desde 1996 até a data um confronto ideológico nas questões referentes à participação entre as gerações de trabalhadores herdeiros do sindicalismo combativo dos anos 80 e a nova classe trabalhadora, nascida em épocas de desregulamentação das relações de trabalho. Os primeiros acreditam em processos permanentes de participação, os segundos crêem na possibilidade de ações isoladas e/ou individualistas como forma de mudar a realidade.

Ao chegar a esquerda oriunda dos oitenta ao poder, a tarefa assumida foi a de dialogar permanentemente com a sociedade organizada, bem como trabalhar em prol da organização daqueles setores excluídos do processo.

Na minha caminhada desde 1995 até a data pude perceber a importância do fator organização social e tradição organizativa na relação governo-sociedade, relação que será no começo para ouvir a cidade, e depois virá a ser de organizar a mesma para poder manter ativos os espaços institucionais criados.

### **3) OBJETIVOS DO TRABALHO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar e descrever as ações do poder público na implementação do controle social como meta da gestão.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1 Analisar as ações de difusão da importância da participação da sociedade na gestão da saúde.

3.2.2 Analisar as ações de formação dos atores sociais para consolidar sua participação na gestão da saúde.

3.2.3 Relatar as atividades de participação coletiva na elaboração das políticas públicas de saúde de Esteio.

3.2.4 Relatar as dinâmicas e rotinas das estruturas de participação social como elementos incentivadores da consolidação do Controle social.

3.2.5 Analisar a influência da diversidade de pontos de vista do poder político executivo na consolidação do Controle Social.

### **4) JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se torna necessário, desde meu ponto de vista, para poder entender as causas da crise na participação popular na hora de consolidar o controle social, crise esta que muitas vezes torna obsoletas as propostas mais bem intencionadas. Sem um estudo acurado do porquê desse vazio deslegitimador do próprio processo, podemos cair em explicações simplistas e/ou equivocadas.

Neste trabalho também procuro desvendar o fato de que há um discurso inerente ao próprio sistema de participação tão desejado para implementar o controle social, que é o que afirma que a participação é de “cidadãos”, e muitas vezes tenta se argumentar pela ausência ou presença dos mesmos individualmente. Outra parte do discurso que também é etéreo é a afirmação de que a participação é “da comunidade”, sem jamais especificar o que corporifica este conceito. No entanto, mais do que questões culturais ou sociais, a ausência dos cidadãos

ou da comunidade se dá, desde meu ponto de vista, pela mudança acontecida nos atores sociais coletivos, que estão em permanente situação de mudança e crise.

Esta crise apresenta as seguintes características:

- a) Ausência de novas lideranças sociais e/ou comunitárias para atuar na consolidação dos movimentos sociais e populares;
- b) Falta de processos de formação de lideranças dos próprios movimentos sociais e populares;
- c) Carência de práticas de controle social nas próprias entidades de base, que passaram a repetir no seu *modus operandi* o sistema social que questionam, sendo centralizadas, presidencialistas e com práticas de gestão e eleições carregadas dos vícios da democracia representativa;
- d) Funcionamento interno e externo destas entidades e ou movimentos sociais carregados de uma áurea populista, baseada em discursos politicamente corretos e supostamente progressistas, porém sem sintonia com sua própria prática;
- e) Abandono real de práticas coletivas, repetindo nestas instituições e lideranças atitudes competitivas e de carreirismo;
- f) Aprofundamento de políticas corporativas, que não permitem a criação de estratégias maiores; apenas de planejamentos táticos e pontuais.

Essa crise da participação popular, mais do que apenas descrita, será mapeada por este trabalho.

A crise se inicia exatamente com a chegada ao poder administrativo das forças políticas que mantinham uma relação intrínseca com os movimentos sociais. Essa relação nasceu nos anos oitenta, onde o sindicalismo de base, os movimentos comunitários, as Comunidades Eclesiais de Base, os novos movimentos sociais e os novos partidos de esquerda se misturavam como parte de uma estratégia de “*desacomodação*” do sistema social e político.

Paradoxalmente, a chegada ao poder destes partidos também significou o declínio da participação social efetiva, por fora da claquete de assembleias e plenárias, muitas vezes apenas simbólicas. A migração dos quadros dirigentes destes movimentos para a vida política, tanto no executivo quanto no legislativo, esvaziou estes movimentos de seus quadros de direção.

Por outro lado, as instituições que impulsionavam e apoiavam esses movimentos, as Comunidades Eclesiais de Base, no final dos oitenta entrou em declínio dentro da própria Igreja Católica, por dois motivos básicos.

De um lado, o apoio financeiro que sustentou todos os processos de formação e apoio a estas entidades deixou de ser direcionado para a América Latina e foi destinado ao Leste Europeu, que recém se libertava dos regimes dirigidos pelos Partidos Comunistas que estavam sobre a égide da União Soviética.

Além disso, a Teologia da Libertação, corrente filosófica da Igreja Católica nascida na América Latina em 1968 e que tinha como ferramenta de trabalho eclesial a mobilização social, passou a perder espaço para a corrente chamada “Renovação Carismática”, que tem como principal característica o abandono das questões sociais para se encerrar na prática de atividades litúrgicas e de confirmação da fé através da reza e da reflexão espiritual.

Assim, as novas gerações de atores sociais surgidas nos anos noventa serão fruto de um abastardamento dos movimentos populares, que passarão a ter uma relação de dependência financeira do Estado, nas suas três esferas governamentais, União, Estado e Município. Sem uma práxis histórica de lutas e reflexões, passam a ter uma visão pragmática, que muitas vezes beira o clientelismo, na sua relação com a institucionalidade. Desta forma, dependentes ou atrelados ao Estado, tornam-se incapazes de realizar a função de fiscalizar e controlar as políticas públicas, o que era sua principal característica nos anos oitenta.

Esse atrelamento ao Estado e aos Governos se prolonga no atrelamento aos processos eleitorais, inoperalizando ainda mais a função de quem, em nome da sociedade, fiscalizaria e controlaria o poder público como foi garantido exemplarmente pela Constituição Cidadã de 1988.

Creio que analisar as políticas públicas, no sentido da ação que elas realizam para possibilitar sua interação com os atores sociais coletivos para consolidá-los ou para enfraquecê-los, passa por entender se, com essa ação, o Governo pretende respeitá-los como atores sociais autônomos ou agir para atrelá-los, para empoderá-los ou para cooptá-los.

Entender o que é essa tênue linha que divide participação de simulação, aceitação de cooptação, democracia de democratismo, convencimento de clientelismo, enfim, a nova e a velha forma de fazer política, também é fundamental para entender a consolidação ou não do controle social no século XXI.

O próprio conceito de controle social tem leituras diversas. Para uns, é o ápice da participação social, que se institucionaliza pela sua própria força e passa a gerar espaços legais para os debates que virão a gerar as mudanças das políticas públicas. Para outros, é a forma de conter a mobilização social em prol da saúde, criando limites institucionais que atrofiam o desenvolvimento e a resolução das situações de crise.

## DESENVOLVIMENTO

### 5) FUNDAMENTAÇÃO

O tema por mim escolhido carece de uma bibliografia específica, porém há uma série de leituras que transversalmente vêm a contribuir com esse ponto de observação diferenciado, que é a característica de todo aquele que realiza um Trabalho de Conclusão de Curso. O trabalho realizado pelo Estado através das políticas governamentais junto à sociedade civil para consolidá-la ou não na hora de se constituir como a condutora do Controle Social ainda é ou pode ser considerado um tema em andamento, onde não tem existido uma reflexão teórica sobre o mesmo.

Mas é claro que algumas bibliografias e conceitos tem me servido de base, e têm sido aferidos pela própria prática, se transformando muitas vezes em processos de práxis.

Um dos conceitos que cimentam o controle social é o empoderamento da sociedade civil.

Nesse sentido, empoderar é mais do que dar possibilidade de votar ou eleger delegados. Segundo Ken Blanchard (2010), empoderar demanda uma transformação enorme em termos de atitude; bem como ele afirma que empoderar é criar um ambiente organizacional que libere conhecimento, a experiência e a motivação inerentes às pessoas. Desde meu ponto de vista, o processo de consolidação do Controle Social não tem ainda garantido o empoderamento da própria sociedade, visto que na maioria das vezes as instâncias do Controle Social ficam atreladas aos interesses dos administradores da gestão pública, sem a necessária liberação de conhecimento e informação, sem a geração de experiências reais de poder dessas instâncias e, em consequência, desmotivando e desarticulando a participação social.

O respaldo da Sociedade civil à gestão em saúde, tema que é a motivação do conceito de controle social em saúde, é muito bem definido pela própria Constituição e o SUS, como afirmam os autores do livro *Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. Mas Antônio Ivo de Carvalho e Pedro Ribeiro Barbosa também afirmam que: “Os Conselhos de Saúde, apesar de sua rápida multiplicação pelo país, têm tido desempenhos diferenciados:

alguns se concentram em disputar acirradamente espaços políticos com os prefeitos e secretários de saúde, outros são assimilados politicamente pela Administração Pública Municipal. Porém, muitos Conselhos de Saúde funcionam como interlocutores privilegiados da Administração Pública Municipal e da Sociedade...” (pág. 42).

Essas nuances das relações entre o Poder Público e os espaços de controle social, pode aferir na prática, seja no dia a dia do Conselho de Saúde ou nas Conferências de Saúde. É um processo dinâmico e dialético, que envolve sempre uma relação de permanente debate e confronto de conceitos e interesses pessoais e coletivos.

Este momento onde se dá esse processo dialético e dialógico está descrito no livro *Planejamento Estratégico Governamental*, deste curso:

... As demandas que o processo de democratização política cada vez mais coloca, e que serão filtradas com um viés progressista por uma estrutura que deve rapidamente se aproximar do ‘Estado Necessário’, originarão outro tipo de agenda política. Serão muito distintos os problemas que a integrarão e terão de ser processados por este Estado em transformação. Eles não serão mais abstratos e genéricos, serão concretos e específicos, conforme sejam apontados pela população que os sente, de acordo com a sua própria percepção da realidade, com seu repertório cultural, com sua experiência de vida, frequentemente de muito sofrimento e justa revolta.  
(PEIXOTO DAGNINO, Renato. *Planejamento Estratégico Governamental*. 1999)

Logo, podemos afirmar que construir o “Estado Necessário” não é somente difícil. “É uma tarefa que, para ser bem-sucedida deveria contar a priori com algo que já deveria estar disponível, mas que é, ao mesmo tempo, seu objetivo criar. Isto é, as capacidades e habilidades extremamente complexas necessárias para transformar o Estado Herdado” (DAGNINO \_ Renato Peixoto, 2009).

Entendo que este conceito de passagem do Estado herdado ao Estado necessário se assemelha muito aos conceitos vertidos por Norberto Bobbio no seu livro “*O conceito da sociedade civil*”, de 1982. No mesmo, o político italiano analisa os conceitos de Estado acima de tudo a partir de um olhar marxista, bem como as definições e leituras do Pensamento de Antônio Gramsci. Para Bobbio, “... em Marx, Engels e Lenin, o dois termos da antítese são: sociedade com classes//sociedade sem classes; em Gramsci, sociedade civil com sociedade política//sociedade civil sem sociedade política...”.

O aumento e a consolidação do controle social sobre o estado é, em definitiva, o avanço da sociedade civil sobre a “sociedade política”, como afirma Bobbio ao descrever a sociedade sem Estado proposta por Gramsci “... A sociedade sem Estado, que Gramsci chama de

‘sociedade regulada’ resulta assim da ampliação da sociedade civil e, portanto, do momento da hegemonia, até eliminar todo espaço ocupado pela sociedade política... A classe social que conseguir tornar sua hegemonia tão universal a ponto de tornar supérfluo o momento da coerção terá colocado as premissas para a passagem à sociedade regulada...” (pág. 50). O autor está se referindo aos *Cadernos do Cárcere*, quando Gramsci descreve o partido como “o instrumento para a passagem da sociedade civil-política à sociedade regulada, na medida em que absorve ambas em si para superá-las...”.

Mantendo a distância necessária para não cair em repetições mecânicas da leitura gramsciana, que possam vir a ser confundidas com a propaganda simples do fim ou a diminuição do Estado, tese hoje defendida pelo pensamento liberal mais ortodoxo, creio sim que, segundo a leitura de Bobbio, o avanço da “sociedade civil” sobre a “sociedade política” se dá de forma conflitiva, mas inclusive antes de resolver essa “contradição principal” podemos chegar a instâncias de sociedade regulada em algumas áreas, como é o caso exemplar da saúde.

Além destas questões conceituais mais amplas, penso ter presente os limites e as conquistas do próprio Controle Social do SUS. Entre as diversas leituras desse assunto, cito o titulado “*A Ciência da Informação e o Controle Social na Área de Saúde*”, de José Bispo Júnio e Rivana A. Lins Gesteira, que afirma que esses limites e avanços se dão pelo nível de acesso à informação que chegam até os Conselheiros, nível este que permite determinar com certeza a tomada de decisões dos Conselhos e da sociedade em geral. “... No entanto, constatou-se com essa pesquisa, a inexistência de uma política de informação destinada a conselheiros de saúde, o que revela um descompromisso das autoridades com o processo de publicização do estado e incentivo a gestão compartilhada. O controle social só poderá existir de forma efetiva com a ampla utilização das informações no processo decisório, visto que controle social e democratização da informação se reforçam mutuamente. Dessa forma, há um claro processo de despotencialização do SIS (Sistema de Informação em Saúde) enquanto recurso estratégico, pois a informação deve ser vista como dimensão estratégica para o processo decisório...”.

A pesquisa acima citada foi “... idealizada com o objetivo de averiguar a existência das políticas de informação do Ministério da Saúde ou do Conselho Nacional de Saúde destinadas a conselheiros municipais de saúde...” O objetivo da mesma foi analisar os recursos informacionais destinados a esses atores sociais. Buscou identificar programas, projetos e/ou portarias que revelassem a existência de uma política nacional de informação direcionada a conselheiros de saúde. Foi realizada no período de 15 de março a 10 de Abril/2003,

utilizando-se as palavras chaves: “Políticas de Informação para conselheiros de saúde”, “Gestão da informação”, “Políticas de Informação” e “Sistemas de Informação”.

No sentido de pensar a implementação e a consolidação do controle Social, penso que ela se encaixa perfeitamente no papel de trabalhar na questão de caminhar do “Estado Herdado” para o “Estado Necessário”, trilha esta apontada no livro “Planejamento Estratégico Governamental”, de 2009. Mais do que almejar um sistema de saúde ideal, com a sociedade participando diretamente no controle das políticas públicas da saúde, é mister trabalhar para que o Estado evolua nesse caminho. “... Sim, é de extrema importância que o Estado faça a ‘sua parte’ e é esta premissa uma das motivações desta disciplina e do próprio curso em que ele está inserido. Isto é, aumentar as chances de êxito do trabalho que deve ser desenvolvido na “frente interna” de gerar as condições cognitivas necessárias para a transformação do Estado...” (DAGNINO, 2009, pág. 32).

Creio que a esse Estado gerador de condições novas para um outro estado das coisas, cabe a função que Lao TSE, metaforicamente, propõe: *“Imagina-te como uma parteira. Acompanhas o nascimento de alguém, sem exibição ou espalhafato. Tua tarefa é facilitar o que está acontecendo. Se deves assumir o comando, faze-o de tal modo que auxilies a mãe e deixes que ela continue livre e responsável. Quando nascer a criança, a mãe dirá com razão: nós três realizamos esse trabalho...”* (século VII a.C). E esse “facilitar” não é apenas abrir as portas, cabe ao Estado formar para a participação. Esta tarefa foi cumprida nos anos oitenta pelas Comunidades Eclesiais de Base, nos anos 90 pelos movimentos sociais e suas entidades pedagógico-formativa. Agora, já na segunda década do século XXI, cabe aos governos recolher os ensinamentos dessas ricas experiências para formar e consolidar a representação social capaz de criar uma democracia sobre novas bases.

Nesse sentido, as inúmeras “palestras” e cursos e oficinas lançadas ao léu, sem uma metodologia definida, se tornam inócuas. Há de se considerar que a formação dos setores sociais é um processo pedagógico, e não apenas de difusão de idéias. “... Mas, como qualquer método não é um instrumento técnico neutro, mas sempre ligado a uma visão de mundo e a um objetivo histórico concreto, a pedagogia também é marcada por um projeto de pessoa e de sociedade. Pode-se dizer, de forma esquemática, que existem três modelos básicos de metodologia que, numa contínua tensão, se repelem e se atraem...” (*Aprendendo e ensinando uma nova lição: Educação Popular e Metodologia Popular*; Ranulfo Peloso, 1999).

Este autor se refere à Metodologia de formação Formal-hierárquico-autoritária, que trabalha SOBRE as pessoas, as instrumentaliza para fazer parte, para ser mais um elo da corrente; a Metodologia de formação populista, que trabalha PARA as pessoas. “... usa o

discurso da metodologia popular, mas sua prática é autoritária. Visa manter as pessoas dominadas pela manipulação, mas tendo a sensação de que são parte. Na prática, apresentando-se com a postura de pessoas ‘boazinhas’ e tomando a iniciativa pelas outras, perpetuam nelas a dependência e o sentimento de inferioridade” (Peloso, 1999).

Defende a Metodologia de formação Dialética-dialogal-libertadora, na qual os processos de formação se dão COM as pessoas. Segundo o autor, “... esta metodologia participativa (nem para, nem sobre, mas com as diferentes partes envolvidas) já é, de certa forma, o que se quer fazer e o para que se faz. Visa despertar o senso crítico e promover o diálogo entre as partes para juntá-las num processo de construção coletiva, numa perspectiva solidária...”.

Finalmente, todo este conglomerado de conceitos e referenciais que servem como base para pensar a tarefa de construir e consolidar o Controle Social, se consolidam junto às próprias propostas do SUS, que elencam a “A Humanização como política transversal na rede SUS”. Esta Humanização não é vista apenas como um programa, mas sim como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, e implica na valorização dos diferentes sujeitos partícipes no processo de produção de saúde; usuários, trabalhadores e gestores; além de ter como meta o fomento da autonomia e do protagonismo e da participação coletiva desses sujeitos.

(Política Nacional de Humanização SUS//[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)).

## **6- METODOLOGIA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

### **6.1 Definição do tipo de estudo,**

Este trabalho é um “relato de experiência”, um estudo de caso sobre as políticas públicas na geração e consolidação do Controle Social sobre a saúde. Optei por um estudo de caso, pois este se baseará em uma pesquisa empírica que vai investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real; neste caso, as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes; e há múltiplas fontes de evidências para ser utilizadas.

## **6.2 Plano de coleta de dados**

Tenho como proposta trabalhar com relato de experiências e entrevistas, por um lado; e documental, por outro; tendo assim como resultado afirmações oriundas dessas fontes.

Terei assim estas fontes:

- a) Relato pessoal das experiências;
- b) Entrevistas realizados com os atores envolvidos (Conselheiros de saúde, Secretários Municipais de Saúde e usuários);

Como dados oriundos de documentos, terei os providos pelos seguintes instrumentos:

- a) relatório das conferências municipais de saúde;
- b) atas do conselho;
- c) Planos Plurianuais (PPA's) de Esteio;

A entrevista realizada com os atores acima descritos visará obter opiniões sobre os seguintes aspectos:

- a) o entendimento dos pesquisados sobre a o conceito e a dimensão do “controle Social”;
- b) relato de seu ponto de vista sobre o como se deu o processo da gestão municipal na implantação do controle social;
- c) a sua atuação no próprio processo, quais suas atividades e responsabilidades;

Optei pela entrevista via questionário como método de pesquisa, pois considero que, por meio desta técnica, consegue-se captar de forma simples e direta a opinião pessoal do entrevistado, o sentimento real sobre o que está sendo debatido já que respondendo este questionário está realizando um exercício de auto avaliação e análise da sua experiência.

## **6.3 Plano de análise, interpretação e apresentação dos dados.**

Para analisar, interpretar e apresentar os dados, de acordo com MEDA, 1986, p. 66 e ROESCH, 1999, p. 168; realizarei as seguintes análises das quais vou produzir os relatórios respectivos:

### **Abordagem exploratória do tema**

Buscarei especificar os pontos críticos, estabelecer os contatos iniciais para entrada em campo e localizo fontes de estudo.

### **Análise documental**

Basear-me-ei na leitura dos documentos oficiais gerados pelo processo de implantação do Controle Social estudado, a saber: Atas de reuniões, decretos e leis, relatórios das Conferências Municipais.

## **7) RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Em 1995 entrei no Conselho Municipal de Saúde representando o Hospital Municipal São Camilo. Nessa época as reuniões ocorriam mensalmente, com participação atuante dos Conselheiros, sempre trazendo para discussão a ampliação do funcionamento do próprio Conselho. Quem provocava debates sobre o envolvimento do Conselho em relação à sociedade civil era o Presidente do Conselho. No CMS, além da reunião com pauta específica, sempre havia um tempo específico para a participação da sociedade civil na política da saúde.

Assim, participei ativamente de todas as discussões que trataram da participação e do papel do Controle Social, levando esse conceito para a práxis do meu trabalho como assistente social. Sou oriunda dos movimentos sociais dos anos 80 e, com esse referencial, vi na minha função mais do que a de ser uma “representante do Governo”, mas a de ser uma representante dos interesses sociais e comunitários no Governo e no Conselho Municipal de Saúde.

No meu trabalho como Assistente Social, procurei sempre divulgar e incentivar a comunidade a participar tanto das reuniões do CMS, seminários quanto das Conferências Municipais de Saúde e de outras Conferências.

Mesmo representando o governo Municipal, participei de debates e divergências em alguns pontos entre o CMS e o Governo. Sendo que o próprio Conselho e o Governo, a maioria das vezes, tiveram uma atitude de respeito ao trabalho profissional, bem como no rol de funcionária pública, defendendo radicalmente as políticas de saúde pública.

Em 1997 a 1999 participei como membro da Mesa Diretora do CMS. Neste período, o Presidente do CMS representava a sociedade civil porque o Executivo propôs que quem

deveria dirigir os Conselhos Municipais deveria ser a Sociedade Civil e seus representantes. Participei ativamente para que o Prefeito assumisse esse posicionamento, que foi um passo à frente na questão de empoderar a sociedade.

Parecia lógico que os Conselhos, que são criados para fiscalizar o Poder Executivo, fossem dirigidos pela sociedade. Mas no embate pelo poder da gestão pública (que supera o processo eleitoral) está estabelecida uma espécie de “guerra de movimento”, onde agora as estruturas político-partidárias também disputam espaços com a sociedade civil até nos Conselhos Municipais. Nessa lógica, os partidos do governo pactuam com alguns movimentos sociais e entidades de classe e assumem inclusive a Presidência dos Conselhos.

A determinação assumida pelo Poder Executivo, contrariando essa lógica, fortaleceu os Conselhos, inclusive o da Saúde. Havia assim uma atitude de implementar o controle social como meta da gestão na política pública.

Mas isso não era bem entendido pela máquina pública. Mesmo com a determinação do Executivo, a burocracia e as Secretarias afins da mesma (Fazenda, Administração, Patrimônio) travavam os processos de participação, ou então inoperalizavam o trabalho de mobilização social, pelo fato do mesmo sair das rotinas estabelecidas.

Um exemplo claro era o caso das reuniões na comunidade que, para ser de sucesso, eram realizadas à noite, permitindo assim a participação daqueles que trabalhavam e que eram a maioria da população dos bairros. Para participar, fosse para as mobilizações, fosse para a própria realização das reuniões, tínhamos que ficar até após as 22h. E para esse traslado, no qual levávamos papelógrafos, retroprojeter, pastas, etc., a Prefeitura não disponibilizava carro por ser “à noite”. Então íamos de transporte coletivo e voltávamos a pé, o que nos aproximava ainda mais da realidade dos próprios usuários.

Assim, no ano de 1997, assumimos o compromisso de preparar e realizar as pré-conferências da Saúde em todos os bairros, num total de quinze. Foi um trabalho ciclópico entusiasmar a comunidade para participar, mobilizá-la e demonstrar depois, no próprio processo, sua força política e até administrativa, na medida em que poderiam vir a fazer parte do Conselho.

No primeiro momento fazíamos contato com as lideranças comunitárias e colocávamos a proposta, que era adequada ou até modificada, de acordo com a realidade local. Depois articulávamos a comunidade e era agendada a reunião com dia, hora e local que eram amplamente divulgados, com cartazes, panfletos e até carro de som. O eixo central da discussão era a preparação da Conferência Municipal, mas nessas pré-conferências se debatia

muito o papel da sociedade no controle e na fiscalização da execução da política de saúde, os objetivos e as diretrizes do SUS e o papel do CMS.

Além dessas discussões, eram eleitos os delegados dessa comunidade para representar a mesma e levar as propostas na Conferência Municipal de Saúde. Em 1998 aconteceu a etapa final da 1ª Conferência, com 280 participantes. O tempo era suficiente para debates e encaminhamentos de resoluções da própria conferência, aconteceu num sábado com encerramento no final da tarde do domingo, tendo como resultados a escolha de delegados para Conferência Estadual de Saúde e a aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Toda a dinâmica do evento foi pensada no sentido de empoderar a comunidade. Foi organizado um almoço coletivo, facilitando com isso maior interação entre os bairros e com a gestão pública. O almoço foi oferecido numa escola próxima ao evento, que aconteceu na Casa de Cultura da cidade, o que também era uma novidade: a maioria dos participantes nunca tinha entrado no imponente prédio da cultura, e assim passavam a se apropriar mais daquilo que de direito lhes pertencia: a estrutura pública.

Durante este período, o Secretário de Saúde, que também havia sido Presidente do CMS no período anterior; procurava refletir com os funcionários sobre o SUS e o Controle social. Reunia os Conselheiros da ala governamental para debater sobre os pontos a ser discutidos na reunião do CMS.

Em 2001, houve uma nova eleição, sendo que o Presidente também era representante dos usuários, mas com experiência de associação de moradores. Contribuiu no fortalecimento dos debates e na construção da política de saúde mais eficiente e eficaz, repassava aos Conselheiros materiais informativos, organizava capacitações e seminários de avaliação. Divulgava o trabalho do CMS na Imprensa e incentivava os Conselheiros a participarem de todos os espaços e trabalhos referentes à melhoria da saúde dos cidadãos.

Particpei na organização de todas as Conferências e participei como delegada das diversas Conferências Estaduais de Saúde.

A minha participação também se deu na comissão de Fiscalização e nas negociações com o Executivo, Judiciário e o Legislativo, quando as comissões eram paritárias.

Em 2004 houve conflitos entre as representações da sociedade civil e do governo, ocorrendo afastamento de vários conselheiros da sociedade civil. A partir de então o CMS passou a discutir menos a política de saúde e encarregou-se meramente da aprovação de verbas para ampliação das UBS e de compras de materiais para o hospital e ou para as unidades de saúde. Não mais as reuniões aconteceram de forma descentralizada e a

comunidade não mais participou das reuniões do CMS, o que tornou a sua prática um tanto burocratizada.

Ao mesmo tempo, nesse ano houve o retrocesso de voltar a ter como Presidente do Conselho um representante do Governo, e assim passamos a aferir a perda do poder real de Controle Social deste órgão da sociedade. Permaneci no Conselho, sempre defendendo esse espaço como um legitimador do anseio social de controlar o Poder Público, que acho válido e fundamental para evitar que conquistas como o SUS se percam no meio dos interesses político-eleitorais.

Em junho de 2011 deixei de ser Conselheira, mas continuo com meu compromisso de incentivar a comunidade a participar e fiscalizar as ações de saúde.

## **8) A OPINIÃO DOS AGENTES DO CONTROLE SOCIAL**

Considerando que o “Controle Social” é exercido fundamentalmente através do Conselho Municipal de Saúde bem como as Diretrizes do mesmo são estabelecidas nas Conferências Municipais de Saúde, entrevistei quatro conselheiros representantes da comunidade, quatro Presidentes do Conselho e quatro Secretários Municipais de Saúde.

Escolhi esses atores sociais por que tenho certeza de que o controle social, como momento dialógico, se dá no embate e encontro entre esses dois setores, o poder público e a comunidade e que desse embate surge o Conselho Municipal de Saúde como instância equilibrante e normatizadora, capaz de corporificar o próprio “Controle Social”.

Nesses questionários procurei saber a visão dos entrevistados sobre o Controle Social, sobre o Conselho e as Conferências, bem como sobre o resultado na gestão pública da ação desses “agentes” do Controle Social.

Escolhi o CMS como prioridade para realizar estes questionários por que desde sua instituição em Esteio, em 1994, o CMS tem corporificado o controle social na área da saúde, de forma bastante exemplar, mesmo com a evolução dos posicionamentos do mesmo a partir das propostas do próprio governo.

## 8.1 Entrevista a Conselheiros representantes da Comunidade

A razão de ser do controle social é fundamentalmente, a sociedade. Mas sendo uma sociedade civil nova e em permanente movimento, numa cidade de apenas meio século, a sociedade passa a ser representada no CMS pelos “usuários” do SUS, na maioria oriundos do Movimento comunitário. Por isso as perguntas também mapeiam a dimensão que estes partícipes diretos do processo dão ao mesmo.

Como representante da sociedade questionei se o CMS, órgão oficial do controle social, foi respaldado pela Gestão pública.

Por outro lado, questionei se a própria sociedade civil participava do processo do Controle Social (Conselho e Conferências) e se o CMS “abriu” as portas para a comunidade

Finalmente, questionei sobre as conferências, instâncias fundamentais para consolidar as práticas do Controle Social, tanto sobre sua realização bem como sobre sua eficácia, no sentido de ver executadas suas decisões pelo poder público.

**A primeira pergunta** diz diretamente sobre a relação de efetividade do Conselho; questionei se, quando foram Conselheiros, o Governo acatava as decisões do CMS.

Os dois Conselheiros mais antigos afirmam que sim, e os outros dois afirmam que não.

O Conselheiro mais antigo (desde 1997 até a data) considera que a boa relação entre CMS e Administração “... é recíproca, pois o Conselho sabe as limitações da Administração e a Administração conhece a capacidade do Conselho...” A outra Conselheira, que participa desde 2006, afirma que isso acontece por que “... as resoluções (do CMS) são referências para o gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde...”.

Já as Conselheiras mais novas, de 2010 a 2011, afirmam que “... não viu mudanças na saúde e sim promessas...” e que “... não houve (no seu período de mandato) nenhuma ação que pudesse mostrar essa parceria...”

Chama a atenção que, mesmo citando a palavra “resolução”, partes dos Conselheiros não dimensionam que desde 1997 as definições do Conselho passaram a ter peso de Resolução a ser acatada pelo Poder Executivo, ou seja, o não cumprimento das mesmas caracterizaria uma irregularidade a ser cobrada inclusive em instâncias legais.

**A segunda questão** abordada é sobre a própria participação da sociedade civil no Conselho e o caráter da mesma, se essa participação é ativa ou não.

Os quatro Conselheiros afirmam que não.

Para o mais antigo, essa falta de participação ativa se deu por uma questão cultural, a outra Conselheira afirma que a Sociedade apenas usou o CMS para reivindicar.

As Conselheiras mais atuais afirmam que a sociedade desconhece o direito à participação, e que o CMS não está comprometido com a Sociedade civil, bem como há um esvaziamento das representações da Sociedade no CMS.

Questionei, **em terceiro lugar**, se eles consideravam que o Conselho “abria as portas para a participação da Comunidade”. Ficaram divididos, sendo que 50% acha que sim e 50% acha que não.

Os que consideram que o Conselho estava de “portas abertas” afirmam que o Conselho se encarregou da prestação de serviços à comunidade bem como realizou um trabalho de informação à sociedade e de convite às atividades do Conselho. Os outros dois Conselheiros afirmam que o funcionamento do Conselho é muito rígido, havendo, por exemplo, pouco espaço na pauta para questões “livres” onde poderia ter mais participação a comunidade. Ou então, outra Conselheira afirma que é necessário que existam mudanças culturais e mais divulgação dos direitos e deveres da comunidade.

**A quarta questão** foi sobre as Conferências Municipais de Saúde. Questionados sobre se as mesmas foram exitosas, a maioria concordou em que as Conferências tiveram esse êxito.

No entanto, não há consenso do grau de “sucesso”. O Conselheiro mais antigo afirma que “... *Diversas foram boas (...) Na ultima não teve avanços por terceiros (sic) não terem os mesmos objetivos do Conselho Municipal de Saúde..*”. Outra Conselheira afirma que “... *falta amadurecimento político para que as propostas possam ser implementadas de fato...*”. Outra Conselheira pondera que o êxito se dá por que há “*discussão coletiva*”. E a outra conselheira afirmou que as Conferências tiveram “mais ou menos” êxito por que “... algumas coisas ficaram vagas...”.

Ao serem questionados sobre se a Administração Municipal efetivou as definições das Conferências, é que vemos que o êxito do debate não se refletiu na gestão pública.

O Conselheiro mais antigo afirma que as decisões foram executadas “... *Em partes. Deixa a desejar...*” A outra Conselheira nem respondeu a pergunta. A terceira Conselheira que “... *nem todas...*” e a quarta Conselheira diz que as definições “... *nem sequer chegaram até o Conselho...*”.

Finalmente, questioneei sobre o que os Conselheiros consideravam ser o “controle social”.

Para o Conselheiro mais antigo, Controle Social é sinônimo da “... *Administração compreender a situação da sociedade...*”. A outra Conselheira entende que Controle Social é

“... *Participação da Comunidade de forma responsável (...) fiscalização mais cooperação...*”. Para a outra Conselheira o Controle Social é “... *Quando governo e população participam para discutir melhorias; porém isto não tem ocorrido (por que) a população se desmotivou devido ao fato de não ver as coisas acontecerem...*”

## 8.2 Entrevista a Presidentes do Conselho Municipal de Saúde

Dentro do próprio jogo político da participação surge o poder instituído do “controle social”, representado pelo Presidente do CMS. Tanto esta responsabilidade social, a do Presidente, é importante para o processo, que no meu relato específico como o poder público local vai mudando seu posicionamento no que diz respeito ao mesmo, a ponto de, nos últimos anos, fazer questão de que o mesmo seja assumido por um representante do governo.

Ao questionar os Presidentes sobre o setor que representavam ao assumir esta responsabilidade, foi já tecida uma série de relações entre essa representatividade e os posicionamentos dos diversos presidentes. Ao questionar sobre a participação da comunidade, do governo e dos prestadores de serviços; também procurei verificar o quanto o cargo assumido e a representatividade assumida poderiam pesar na avaliação dessas participações e seu grau de importância

Ao questionar sobre a relação do CMS e o Governo Municipal, procurei entender o que cada Presidente percebeu como posicionamento do Executivo no processo de consolidar (ou não) o poder real de Controle Social do Conselho; bem como qual foi a relação do CMS com o Executivo Municipal.

Ao questionar os Presidentes sobre as Conferências, procurei elementos para demonstrar a leitura que faço deste processo, que é a de que em mais de uma década, as Conferências tem se enfraquecido ao ponto de ter uma representação ínfima da sociedade.

A **primeira questão** foi sobre a participação da sociedade no Conselho. Os dois Presidentes mais antigos (1997 a 1998 e de 1999 até 2003) afirmam que a sociedade participava ativamente do Conselho; enquanto que os dois mais recentes (2003 a 2007 e 2007 à data) afirmam que a sociedade participava pouco.

Questionados se a sociedade tinha conhecimento do CMS, os quatro afirmam que sim; questionados o como isso acontecia, responderam que existia “... *Descentralização e pré conferências...*”, bem como chegou a haver um informativo do CMS, com uma tiragem de mais de 2000 exemplares. Já o penúltimo Presidente afirma que esse sucesso se dá por que as

reuniões aconteciam em locais conhecidos, e o último Presidente afirma que “... *falta apoio da Comunicação Social (da Prefeitura)*”.

O **segundo tema** foi sobre a participação das outras “partes” do Conselho: o Governo e os Prestadores de serviços. Os quatro Presidentes concordaram em que tanto um setor quanto outro sempre participaram ativamente.

O **terceiro tema** apresentado para responder foi sobre a relação com a administração municipal. Para os quatro Presidentes, as decisões do CMS sempre foram acatadas pelo Executivo.

No entanto, os dois presidentes mais antigos afirmam que, junto a uma atitude de colaboração, fiscalização e construção entre o CMS e a Secretaria, havia relações “... *conflituosas e de confronto...*”. Já para os dois últimos, a relação destas instituições só tem um viés positivo, onde há sempre “... *colaboração, fiscalização e é construtiva...*”.

O **quarto tema** foi o das Conferências Municipais de Saúde. Foi questionado sobre como se dava a participação da sociedade nas mesmas.

Para os dois primeiros, havia uma ampla participação por diferentes causas: a presença dos conselheiros representantes dos usuários na organização das mesmas, os próprios conselheiros usuários eram multiplicadores na comunidade, as associações de bairro eram valorizadas e se realizavam pré conferências.

Para os dois últimos conselheiros entrevistados, a participação da sociedade é muito pouca, deixa à desejar, as associações de bairro não são parceiras e ainda há o entendimento da administração de que as conferências são de responsabilidade exclusiva dos Conselhos.

**Por último**, solicitei opiniões sobre o controle social.

Para os dois primeiros, o Controle Social deveria funcionar, mas não é bem aceito pelo Executivo, ao qual um dos ex-presidentes acusa de tentar anular o Conselho “elegendo conselheiros biônicos” (sic). Para os outros dois, o Controle Social é fundamental para a transparência e eficácia do SUS.

### 8.3 Entrevista a Secretários Municipais.

Dentro do processo de consolidação (ou não) do Controle Social da Saúde, a ação e o posicionamento do Poder Público se personifica na ação e posicionamento dos Secretários Municipais. Por isso cada pergunta realizada aos mesmos procura mapear a visão destes gestores sobre o processo.

Ao questionar sobre a avaliação do trabalho de “controle social” do CMS, procurei elementos para verificar a importância dada ao mesmo pelo poder público que deveria ser o instituidor deste processo.

Ao questionar sobre a importância do CMS participar da elaboração das políticas públicas de saúde procurei saber se os gestores entendiam essa responsabilidade como parte da dimensão do controle social.

Ao questionar sobre a “harmonia” entre proposta eleitoral e posição do CMS, procurei aferir se os gestores entendiam também que legalmente, o posicionamento das instâncias que conformam o controle social, são superiores a própria vontade política do Executivo.

Ao questionar sobre a criação de Fundações e sua implicação no Controle Social, procurei aferir até onde este assunto, que é da ordem do dia nas gestões municipais, pode ser considerado como elemento que consolida ou não o Controle Social, mais do que nada por saber que a maioria dos Conselhos Municipais tem se posicionado contrários a essas fundações.

O **primeiro questionamento** tratou de como foi o trabalho de controle social no tempo de seu mandato.

Para os quatro Secretários, o Controle Social realizou um trabalho de colaboração, sendo que para dois deles também foi de fiscalização e de participação. Apenas para um dos Secretários foi conflituosa.

Para três dos Secretários, o Conselho foi muito importante e apenas um não qualificou essa relação. Para um dos Secretários, o Conselho foi co-participante da gestão, os conselheiros tiveram protagonismo e houve eficiência na participação.

O **segundo questionamento** foi sobre a participação do CMS na elaboração das Políticas públicas. Os quatro secretários qualificaram como positiva essa ação do CMS.

Três dos secretários consideraram que a participação do Conselho qualifica a elaboração das Políticas públicas. Um Secretário não respondeu. Outro acrescentou que a participação do Conselho foca o planejamento em interesses coletivos, constrói *in loco* as mesmas, avalia a eficiência dos serviços e avalia a estrutura disponibilizada.

A **terceira questão** foi saber se existia possibilidade de haver relação entre as definições do Conselho Municipal de Saúde e as propostas político-eleitorais da Administração Municipal.

Para todos Conselheiros, sim. Um não quis responder o porquê, e para outros dois, essa relação se deu por que o Conselho era qualificado. Um dos Secretários respondeu ainda que essa sincronia se desse porque baseou sua proposta nas determinações do SUS.

A **quarta questão** apresentada a foi saber se os Secretários consideravam que existiam outras instâncias de Controle Social. Um dos entrevistados não respondeu, outro afirmou que não existia nenhum e outro Secretário afirmou que seriam os outros poderes (legislativo e judiciário). Outro Secretário respondeu dizendo que Associações de bairro, entidades civis, Poder legislativo, Poder Judiciário, usuários, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde, cidadãos.

A **quinta questão** apresentada foi a de que eles pensam sobre a criação de “fundações municipais”, se elas impossibilitam ou não o controle social e a gestão pública do SUS sobre as estruturas transformadas em “fundações”.

Dois dos Secretários acreditam que as fundações impossibilitam o controle social e dois acreditam que não, que as fundações não impossibilitam o controle social.

Os que acreditam que não impossibilitam, afirmam que as fundações são criadas nos termos da lei. Dos que acreditam que as fundações impossibilitam o controle social, um afirmou que é porque não presta contas ao Conselho. O outro afirmou que é porque as Fundações precarizam os vínculos empregatícios, burlam a lei de responsabilidade fiscal, danam o patrimônio público e burlam a gestão do Conselho.

## **9) ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

### **1ª Conferência Municipal de Saúde- 12/08/1998**

Realizada com uma etapa de Pré Conferências, durante seis meses. Participaram na etapa final, em plenária de dois dias, mais de 280 pessoas, mandatadas pelos seus bairros e entidades sociais.

Além de inserir a sociedade ativamente no processo do controle social, foi definido que se deveriam formar, em 90 dias, onze Conselhos Comunitários. Os mesmos não foram implementados.

### **2ª Conferência Municipal de Saúde- 02/09/2000**

Também realizada com Pré Conferências, durante três meses. Participaram na etapa final, em plenária de dois dias, mais de 250 pessoas, a maioria representante da sociedade.

Consolidação do conceito de que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Foram convocadas as Associações de Moradores para serem as parceiras do trabalho de controle social, junto ao trabalho de prevenção e orientação. Também foi criada a metodologia da sociedade poder vir a opinar sobre os serviços permanentemente, através de pesquisas de satisfação nos postos e no Hospital Municipal.

### **3ª Conferência Municipal de Saúde- 20/07/2003**

Foi realizada junto com a 1ª Conferência Municipal de política de medicamentos e assistência farmacêutica. Não teve Pré Conferências, aconteceu num sábado só, participaram 180 pessoas, diminuindo sensivelmente a participação da sociedade.

A maioria das definições foi sobre serviços e políticas de serviços, mas sem nenhuma proposta que visasse à participação comunitária e a ampliação do controle social.

### **4ª Conferência Municipal de Saúde- 10/06/2007**

Realizada sem processo de mobilização prévia. Aconteceu numa sexta- feira à tarde, começando às 13h00minh e acabando as 18h00hs. Participaram 60 pessoas, a maioria representante do Governo, e aconteceu no Salão Nobre da Prefeitura Municipal.

A maioria de sua pauta centrada em questões administrativas, e é proposta para superar a falta de participação a criação de “Micro Conferências” nas Comunidades, através de Unidade Móvel com articulação entre SMS e CMS, voltando a aproximar a Administração da Comunidade.

Não foi implementado.

### **5ª Conferência Municipal de Saúde- 11/07/2011**

Mesmo com a determinação da última Conferência, não houve nenhum processo preparatório. Voltou a ser feita em “horário de expediente”, numa sexta-feira das 13h00minh às 18h00minh, acontecendo na Câmara de Vereadores. Participaram sessenta e oito pessoas, sendo apenas três dos presentes na mesma eram usuários....

Foi definida a criação de Conselhos Locais. Até a data não foram implementados

## **10) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

A leitura das Atas do Conselho Municipal de Saúde permite ver desde a evolução da preocupação com a questão da participação social, legitimadora do controle social; até os avanços nas conquistas dentro da gestão pública.

Apresento um breve relato das mesmas, para depois vir a analisá-las:

### **10.1 Atas de 1994**

- 1 No início, o termo que correspondia ao conceito de Controle Social era “representação da comunidade”. Acreditava-se que a simples participação popular era garantia de fiscalização na elaboração e fiscalização das políticas de saúde;
- 2 Havia uma preocupação com a “legitimidade” de representação dos Conselheiros;
- 3 Iniciaram discussões sobre a estrutura e a organização legal do Conselho, baseadas em propostas do Governo para efetivar o mesmo. Tinha papel importante nessa função a formação do Presidente do Conselho, que era médico Sanitarista;
- 4 Participação no 3º encontro Estadual dos Conselhos de Saúde do Estado;
- 5 Na elaboração do Regimento Interno do CMS, em 1994, foi proposto pelos representantes do Governo que o CMS atuasse na elaboração, implantação e controle da execução da Política Municipal de Saúde;

- 6 Foi implantada a dinâmica de que todas as definições tomadas pelo CMS não fossem apenas “opinião” e se transformassem em Resoluções, as quais teriam legitimidade para ser acatadas pelo Poder Executivo.

## **10.2 Atas de 1995**

- 1 O Governo reforça a importância do trabalho do Conselho para fiscalizar o uso do dinheiro público, bem como que a política dos Conselhos foi proposta por médicos sanitaristas;
- 2 O Presidente do Conselho ressalta o poder desta instância, que inclusive pode vir a embargar decisões do Executivo, que a negociação e diálogo entre Executivo e Conselho;
- 3 O Secretario de Saúde colocou à disposição do Conselho a estrutura da SMS;
- 4 Nesse ano iniciou a discussão sobre a crise do Hospital São Camilo, segundo o Prefeito ocasionado pela falta de Municipalização das estruturas públicas de saúde, o que fazia com que não houvesse verbas federais e/ou estaduais;
- 5 Iniciou-se a discussão sobre a 1ª Conferência Municipal de Saúde proposta para o ano seguinte, debatendo-se sobre a metodologia para ampliar os debates do CMS com a sociedade, proposta de fazer em três etapas com assuntos pertinentes ao SUS tais como: a) Cidadania e direito à Saúde; b) Necessidades e problemas de Saúde; c) Apresentação e aprovação do Plano de Saúde;
- 6 Incentivo a participação em curso da FAMURS com temas como “Descentralização e gerenciamento do SUS”;
- 7 O Fundo Municipal de Saúde começa a receber verbas;
- 8 É criada a ala privativa do HSC com o objetivo de melhorar a arrecadação do mesmo;
- 9 O CMS cobra a prestação de contas do HSC;
- 10 Governo propõe a criação de postos de saúde, e o CMS pede mais tempo para tomar a decisão por ser um ano eleitoral; para esse estudo foi montada uma comissão e foi proposta a mobilização da comunidade para garantir a contratação de médicos.

### **10.3 Atas 1996**

- 1 A 1ª Conferência Municipal de Saúde foi realizada parcialmente esse ano, pois começou a crise entre o CMS e o Governo Municipal;
- 2 O tema principal foi a Greve dos funcionários do HSC, por falta de pagamento de salários;
- 3 Passa a ser Presidente do CMS a Secretária de Saúde.

### **10.4 Atas 1997**

- 1 O novo Prefeito propõem que a partir dessa data, o Presidente do CMS seja um usuário;
- 2 Administração Municipal, em comum acordo com o Conselho, coloca em dia repasses para HSC, (que passará a se chamar Hospital Municipal São Camilo) acerta salários e define a saúde como prioridade para o município. Retira as Religiosas que administravam o Hospital e municipaliza efetivamente a gestão dele.
- 3 É reorganizado o atendimento dos serviços de saúde à população e criado projeto para dar estrutura real aos postos, com a participação ativa do CMS;
- 4 É ampliado o círculo de debates do Conselho, levando as reuniões para fora do espaço interno do Conselho;
- 5 Começa a se preparar a 3ª Etapa da Conferência Municipal de Saúde através das Pré Conferências nas Comunidades.

### **10.4 Atas 1998**

- 1 Inicia a se denominar a participação popular como “controle social”;
- 2 Realiza-se a 3ª Etapa da Conferência Municipal de Saúde;
- 3 Discute-se a criação de Conselhos Comunitários (que nunca foram implementados);
- 4 São iniciados debates sobre “saúde preventiva”.
- 5

**10.5 Atas 1999**

- 1 Promove-se a participação no encontro Estadual de Conselheiros;
- 2 É criada a Cartilha do Conselho, 2000 exemplares, distribuída na comunidade;
- 3 As reuniões do Conselho passam a ser descentralizadas;
- 4 O CMS afirma sua independência político partidária, gerando conflitos com a Câmara de Vereadores.

**10.6 Atas 2000**

- 1 Acontece a 2ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema “Humanizando a atenção em Saúde”;
- 2 O CMS participa da 1ª Conferência Regional Metropolitana de Saúde;

**10.7 Atas 2001**

- 1 É criado o Programa Política de Cidadania alimentar;
- 2 É criada a Comissão para planejar e avaliar a compra de medicamentos para a eficácia e eficiência ao atendimento à população;
- 3 É elaborado o plano de atendimento à Saúde Mental;
- 4 As reuniões do CMS continuam sendo descentralizadas (nas Associações de moradores e nas Entidades que participam do Conselho);
- 5 São definidos os critérios para o fornecimento de medicamentos;
- 6 Na composição do CMS são inseridas novas representações sociais.

**10.8 Atas 2002**

- 1 Foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador;
- 2 É oferecido um Curso de Capacitação a Conselheiros pelo Ministério da Saúde;
- 3 Acontece uma audiência no Ministério Público sobre irregularidades no funcionamento da Emergência do HMSC e a superlotação do mesmo;

**10.9 Atas 2003**

- 1 É realizada a 1ª Conferência Municipal da Política de Medicamento e Assistência Farmacêutica e 3ª Conferência Municipal de Saúde-Tema Controle Social;
- 3 É criado o “Fórum dos Conselhos Municipais”

**10.10 Atas 2004**

- 1 O CMS analisa o Plano Municipal da Saúde;
- 2 Inicia a inclusão do Município no Plano de atenção básica ampliada;
- 3 São aprovadas e deliberadas as verbas do Fundo Municipal de Saúde;
- 4 É criada a Comissão Fiscalizadora (dos serviços da saúde na rede básica);
- 5 É apresentado e aprovado o “Plano de Cidadania Alimentar”.

**10.11 Atas 2005**

- 1 É implementada a “Avaliação dos usuários após alta hospitalar e o atendimento dos Servidores da saúde”. Assim começa a se trabalhar com “Indicadores de satisfação”;
- 2 São realizadas exigências de explicação da gestão municipal sobre os atendimentos de saúde e das especialidades, números de internações, exames, etc...;
- 3 É discutido o repasse de verbas e sua aplicabilidade;
- 4 Inicia a organização da 4ª Conferência Municipal de Saúde;
- 5 É proposta a criação de uma Unidade móvel para um trabalho de educação em saúde pública;
- 6 É criada uma Comissão fiscalizadora/ paritária,
- 7 São realizadas Plenárias em associações de moradores sobre a Saúde Municipal;
- 8 Inicia o processo de “Humanização em saúde” (funcionários da saúde) com a Participação de dois conselheiros,
- 9 É criada a Ouvidoria no HMSC/CMS;
- 10 Acontece a eleição de Conselheiros da Saúde das Associações de Moradores;

- 11 Inicia o credenciamento dos serviços de média e alta complexidade;
- 12 Se dá a participação do CMS na Conferência Regional de Saúde.

#### **10.12 Atas 2006**

- 1 É recebida a exigência da comunidade da explicação sobre a falta de médicos no  
HMSC e no PAM (Posto de atendimento da saúde mental);
- 2 É assinado convênio com o Estado num programa chamado “Pactuação:  
atenção  
básica e gestão da vigilância Sanitária”,
- 3 Denúncias da comunidade do mau atendimento dos profissionais da saúde;
- 4 Acontece a implantação do PIM (Primeira Infância Melhor);
- 5 Inicia o Pacto da gestão “Contratualização do SUS”;
- 6 Conselheiros fiscalizam os postos de saúde;
- 7 Secretária não fiscaliza os convênios de fisioterapia, CMS faz cobrança e  
forma Comissão para fiscalizar e apresentar um relatório ao CMS,
- 8 Comunidade exige melhor atendimento nas Unidades básicas de saúde;
- 9 Acontece a elaboração Plano Municipal de Assistência Farmacêutica;

#### **10.13 Atas 2007**

- 1 O CMS participa na elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- 2 Participação da Comissão de segurança alimentar;
- 3 Conselheiro exige melhoria na sala de espera do HMSC; denúncias do mau  
atendimento do HMSC ao CMS;
- 4 IV Conferência Municipal de Saúde. Pouca participação da sociedade civil.  
Tema  
“Saúde e qualidade de vida - política de Estado e Desenvolvimento”. A  
Conferência durou um só dia; aprovação PPA 2007 a 2010;
- 5 Foi aprovada a implantação de “Distritos Sanitários” (não executado) e  
implantação de ESF, já tem três em funcionamento.

**10.14 Atas 2008**

- 1 Inicia a discussão sobre “consórcio de serviços de saúde” (intermunicipal);
- 2 É solicitada a Administração Municipal que informe a tabela dos serviços pagos pelo SUS;
- 3 Acontecem conflitos com a Câmara de Vereadores, cujos integrantes não aceitam o poder instituído do Conselho;
- 4 O CMS centra suas atividades na aprovação de dotações orçamentárias e verificação do uso das mesmas;
- 5 Orçamento do Conselho passa a ser gerido pelo próprio Conselho
- 6 Passa a aprovar e estudar da rede de saúde
- 7 Aprovação do plano de aplicação de recursos (CAPS II)-(Centro de atendimento psico-social}
- 8 Votação implantação projeto SAE
- 9 Prefeito eleito se compromete a ampliar atendimento nos postos, capacitar os servidores e de que terá a Saúde como prioridade;

**10.15 Atas 2009**

- 1 Analisado e aprovado Plano de Aplicação dos Recursos do teto financeiro da Vigilância Sanitária
- 2 O CMS centra suas atividades na aprovação de dotações orçamentárias e verificação do uso das mesmas;

**10.16 Atas 2010**

- 1 Acontece a 1ª Conferência de Saúde Mental
- 2 É assinado o termo de cooperação entre SMS e HMSC;
- 3 O Prefeito anuncia que até maio ou junho desse ano, apresentará o projeto das mudanças na saúde;
- 4 Votação do plano de pactuação da vigilância sanitária 2010;

- 5 Encontro com o Prefeito Municipal e o secretário municipal de saúde para discutir e avaliar a situação das unidades de saúde do município;
- 6 Prefeito citou a criação da Fundação que está funcionando bem em outros municípios que a adotaram. Presidente afirma que o Conselho apóia a criação da fundação por acreditar e confiar na boa intenção dos gestores;
- 7 Aprovação Plano de Assistência Farmacêutica municipal e plano de aplicação DST/HIV;
- 8 Implantação do Centro Clínico de Especialidades;

#### **10.17 Atas 2011**

- 1 Analisa, discute e aprova o contrato de gestão a ser firmado entre a SMS e a Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio - FSPSCE. 14ª Conferência Nacional de Saúde;
- 2 Acontece 5ª Conferência Municipal de Saúde;
- 3 Aprovado LDO e orçamento de 2011 do Fundo Municipal de Saúde;
- 4 Organograma da SMS,
- 5 Análise e votação dos planos operativos da FSPSCE;
- 6 Aprovação de implantação do núcleo de apoio à saúde da família;
- 7 Votação do projeto de implantação do CAPs AD.
- 8 Votação para ampliação das equipes de ESF.

#### **ANÁLISE DAS ATAS DO CMS.**

As atas são documentos que resumem o funcionamento e a formalidade do Conselho Municipal de Saúde, órgão que materializa o “controle social”. Como todo documento formal, elas estão carregadas dos debates e posicionamentos tanto dos gestores quanto da sociedade.

É notório de que, no começo, o rol principal no Conselho de Saúde cabia à sociedade. Mesmo com a participação do Município, havia um protagonismo da sociedade que fazia com que o poder público tivesse uma atitude construtiva perante o Conselho.

Nesse sentido são notórias as atitudes no intuito de construir o controle social, em especial quando o Poder Público propõem que caberá ao Conselho participar na elaboração, implantação e controle da execução da Política Municipal de Saúde. É claro que essa é uma determinação do SUS, mas implantá-la era um grande avanço. Por outro lado, estabelecer que a dinâmica de que todas as definições tomadas pelo CMS se transformassem em Resoluções a ser acatadas pelo Poder Executivo é um reconhecimento à esse protagonismo. Entre a criação do Conselho e a gestão do último presidente que era oriundo da Sociedade Civil, há um avanço anual na consolidação das instâncias de participação bem como ao mesmo tempo podemos aferir, junto as atas das Conferências Municipais, uma participação permanente da sociedade inclusive num *in crescendo*.

No entanto, a partir do ano 2000 começa a ter um engessamento do Conselho, que passa a ter uma série de funções mais administrativas do que políticas, como é o teor do próprio Conselho. Assim, o dia a dia do mesmo passa a ter como prioridades acompanhar as ações da Gestão Pública, mais do que realizar a ação de “controle social”.

A partir da determinação da Administração de ter na Presidência do Conselho um representante do Governo, fica evidente esse aparelhamento do Conselho e se inicia um retrocesso nos processos outrora instaurados pelo próprio poder público.

Quando em 2008 a Câmara de Vereadores passa a não aceitar o poder instituído do Conselho, temos o retorno da velha prática política, onde a sociedade lhe cabe pouco espaço na gestão pública, que está apenas reservada para os partidos políticos e seus quadros.

Assim, quando em 2010 o Prefeito começou a mover as peças para criar a “Fundação de Saúde” para gerir o Hospital e os Postos de Saúde (?) e o Presidente do Conselho afirma que a Entidade apóia a criação da fundação, apesar da franca oposição dos Conselhos a esta novas modalidades de gestão, temos a verificação de como o poder público desarticulou no próprio Conselho sua capacidade de elaboração crítica e independente de Políticas públicas para a saúde.

## **11) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PLANOS PLURIANUAIS**

Os “Planos Plurianuais” (PPA’s) são os verdadeiros “programas de governo” das Administrações Públicas, sendo que tudo o que virão a fazer tem de estar previsto no mesmo.

Assim, as despesas de cada ano, que são previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias anualmente, se baseiam sempre nos PPA's.

Procurei então nos PPA's de 1994 à data tudo o que estivesse proposto para implementar a participação e o controle social, tendo os seguintes resultados:

**Lei Municipal N° 2160- 30/12/1993 Triênio 1994 a 1996**

Prevê um orçamento de CR\$ 49.020.680 para Saúde e Meio ambiente, ou 65% do Orçamento previsto para os três anos... É claro que não foi executado, sendo que inclusive em 1996 a Prefeitura não fez os repasses ao Hospital Municipal São Camilo, o que ocasionou atraso no pagamento dos funcionários de muitos meses, greve e fechamento do Hospital.

**Lei Municipal 2.659 - 28/07/1997 Quadriênio 1998 a 2001**

Estabelece diretrizes, metas e objetivos, de acordo com a nova Legislação.

Entre as diretrizes, destaco duas:

1. Desenvolver o SUS em sua integralidade;
2. Desenvolver o controle social sobre as ações de saúde do Município

**Lei Municipal 3.210- 17/07/2001 Quadriênio 2002 a 2005**

Estabelece diretrizes, metas e objetivos.

Nenhuma delas fala especificamente sobre controle social.

**Lei Municipal 3950- 26/07/2005 Quadriênio 2006 a 2009**

Estabelece diretrizes, metas e objetivos, mas sem falar em controle social.

Previu transformar o antigo odonto móvel numa “unidade de educação em saúde”

**Lei Municipal 4.958 31/08/2009 quadriênio 2010 a 2013**

Estabelece diretrizes, metas e objetivos.

Neste PPA é que está estabelecido Projeto específico para o controle social, com detalhamento em projetos específicos e até previsão orçamentária. Chama a atenção que para a central de atendimento ao cidadão e para a participação da SMS nas atividades comunitárias não há previsão de receita.

### **“PROMOÇÃO DO CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE”**

48. Organizar a Conferência Municipal da Saúde..... .R\$ 3.000,00
49. Manter o CMS como forma de fortalecer o Controle Social do SUS.....R\$ 12.000,00
50. Divulgação Institucional de campanhas, eventos e projetos de interesse à saúde.  
 Produzir materiais educativos através de impressos, folders e banners..... .R\$ 55.000,00
51. Fortalecer uma central de atendimento ao cidadão, promovendo o controle social do SUS ..... .R\$ 00,00
52. Participação da SMS em atividades comunitárias, em reuniões de bairro, audiências públicas, entre outros, com objetivo de divulgar a SMS e prestar contas..... .R\$ 00,00

### **ANÁLISE DOS PLANOS PLURIANUAIS**

A consolidação de metas de políticas públicas através da previsão necessária nos Planos Plurianuais e nas respectivas Leis de Diretrizes Orçamentárias (anuais) tem sido um aprendizado para as próprias administrações municipais. No caso específico de Esteio, os diferentes setores à frente tanto do poder Executivo quanto Legislativo, são todos herdeiros de uma concepção patrimonialista do Estado, e, no caso estudado, de uma cidade com apenas uma filosofia de gestão desde a criação do município em 1950. Nesta cidade em que os gestores públicos sempre foram ligados ao trabalhismo, havia e, às vezes ainda há, uma dificuldade para planejar democraticamente o orçamento público.

A maioria das vezes, tanto PPA quanto LDO eram peças orçamentárias fictícias, realizadas apenas pró forma. Exemplo claro disso é o PPA que corresponde ao período de 1994 a 1996: nele, o gestor, com a anuência do Legislativo local, prevê gastar 65% do orçamento total do município na área da saúde... É claro que esse orçamento não foi executado, e pior do que isso, foi justamente nessa gestão que a Saúde sofreu a sua maior crise, deixando de receber seus salários por seis meses todos os funcionários do Hospital Municipal São Camilo.

No entanto essa situação de descalabro propiciou que a sociedade superasse sua paciência nos poderes instituídos (Executivo e Legislativo) e se voltasse às instâncias de participação direta. Assim, nesse mesmo período surge o Conselho Municipal de Saúde, e é

instaurado o processo de Controle Social, mesmo que na época não fosse esse o conceito a vigorar.

Mas é no próximo período que podemos aferir no PPA o peso da participação social vindo a instaurar no mesmo o objetivo de “Desenvolver o SUS em sua integralidade” e “desenvolver o controle social”. Mesmo sem ter uma determinação orçamentária, o PPA passa a ter essa meta estabelecida. Ou seja, através do processo estabelecido pelo próprio controle social, o município passa a ter como obrigação consolidar o controle social.

Nos períodos onde o CMS passou a ser engessado pelo poder público (de 2002 a 2005 e de 2006 a 2009) nada se estabelece de meta no sentido de instaurar ou consolidar o controle social.

Finalmente, no período de menor participação social temos nas determinações do PPA atual, de 2010 a 2013 as definições concretas de como o Município virá a consolidar essa meta. Mas, paradoxalmente, a meta estabelecida não está dimensionada financeiramente como deveria.

Apenas há reserva de dotação orçamentária para cumprir com a obrigação realizar a Conferência Municipal, para manter o Conselho Municipal de Saúde (apenas R\$ 83,00 por mês...) sendo que a maior dotação é para realizar a publicidade...

Para o trabalho de “*..manter uma central de atendimento ao cidadão(...)*promovendo o controle social...” e para garantir a “*...participação da SMS em atividades comunitárias, em reuniões de bairro, audiências públicas...*”, não há verba destinada.

Ou seja, se bem o poder público passa a assumir como sua responsabilidade a instauração e consolidação do processo de controle social, ainda desassocia essa responsabilidade da reserva orçamentária. O que é muito dúbio, pois sem essa determinação é impossível realizar qualquer atividade no serviço público.

## C ONCLUSÃO

Neste relato de experiência, acompanhado da análise do trabalho do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências Municipais, dos Planos Plurianuais e do próprio depoimento dos partícipes do processo, fica evidenciada a importância da gestão pública ter como meta a implementação e a consolidação do Controle Social.

Se, por um lado, este controle deve ser uma conquista da sociedade como um todo, pode confirmar nesta caminhada que cabe ao poder público a responsabilidade maior para que isto aconteça. Afinal, inclusive para muitos dos participantes do processo em si, não há um dimensionamento real do próprio controle social. Como deixa evidenciar as entrevistas, o controle social tanto pode ser um método de co-gerir a questão pública, quanto apenas uma forma de legitimar a mesma.

Seguindo o proposto no **primeiro objetivo específico**, procurei mapear a difusão realizada pelo poder público sobre a importância da participação no controle social. Porém, mais do que analisar materiais de propaganda, procurei entender as políticas públicas nessa área. Concluí que não existe uma política de governo para cumprir essa tarefa, e sim tem divulgações pontuais, baseadas em campanhas específicas de instâncias específicas (Conferências, palestras, etc.);

Além disso, o poder público municipal carece de análise de setores sociais e suas linguagens, se baseando apenas em direcionamento de materiais por setores sociais e/ou bairros ou em materiais gráficos produzidos pelo Ministério da Saúde, com estereótipos importados do centro do país.

Fundamentalmente, concluí que o poder público Municipal não compreende a difusão como uma instância da formação, confundindo a mesma com a publicidade ou o marketing.

Como estabelecido no **segundo objetivo específico**, pude aferir às consequências da falta de políticas de formação destinadas aos diversos atores das organizações sociais; e quando o poder público se propõe a realizar legalmente a instituição do controle social, o faz sem destinar orçamento nem equipes para isso. Sem recursos financeiros e/ou humanos destinados a qualquer atividade, é impossível realizá-las; mas sem uma determinação que venha a criar um processo formativo efetivo, jamais será possível termos uma política de capacitação real e eficiente.

A fragilizada rede de entidades da sociedade civil que chegaram até o século XXI estão num processo de formatação, sendo que muitas vezes há entidades nesse meio que mais do que nada, trabalham se tornando objetivos de si próprias, e não ferramentas para intervir em tal ou qual realidade social. Ou então, entidades que apenas tem como meta trabalhar com o financiamento público, profissionalizadas nessa questão. Frente a estas organizações profissionalizadas, as entidades verdadeiramente representativas da sociedade civil perdem espaço. Uma associação de moradores isolada dificilmente dispõe de quadros especializados em gestão, em fiscalização ou em elaboração de propostas. As entidades representativas de sua unidade têm deixado de ter esse caráter para ser, na maioria das vezes, um braço do próprio poder público.

Para essas entidades autênticas, que teimam em atuar de verdade, nascidas das novas realidades do século XXI, é fundamental oferecer processos de formação e uma política de informação permanente. O método burocratizado de informar pró-forma e formar casuisticamente está fadado ao fracasso.

Por outro lado, como indiquei no **terceiro objetivo específico**, analisei as dinâmicas e rotinas das estruturas de participação social verificando como atuam como elementos incentivadores da consolidação do Controle social.

A diferença entre processos de controle sociais efetivos e outros mais “pró forma” é tênue a olhos vistos, porém profunda a curto e meio prazo, e quase intransponível a longo prazo. O atual descrédito da população nas instâncias de participação oferecidas para sanear suas demandas é uma demonstração de que algo anda mal, porém para a maioria dos gestores, é mais fácil condenar a “alienação” e o “comodismo” da população de que rever seus métodos de trabalhos e suas metas. Por agora, essa situação é solucionada por processos ambíguos de “participação coordenada”, mas em longo prazo nem isso será possível. O caso que relato das Conferências Municipais de Esteio é exemplar.

Por outro lado, também é necessário que a gestão pública tenha como meta, mais do que cumprir com instâncias legalizadoras, a consolidação da participação social. Contraditoriamente, ao compararmos os PPA's e a ação real, nos damos conta que há uma inversão do declarado e da ação real.

É nessas materializações teóricas e legisladoras dos discursos que está o primeiro passo da consolidação das “propostas” dos programas de governo.

Ao procurar resolver o estabelecido pelo **quarto objetivo específico**, que desafiava para analisar as atividades de participação coletiva na elaboração das políticas públicas de saúde de Esteio, pude trabalhar com minha própria experiência.

Ao mesmo tempo em que nos últimos anos da década de 90 havia uma intensa mobilização social, com pré-conferências, plenárias, reuniões, debates, etc., a questão do controle social apenas aparecia tangencialmente nas instâncias legais. Por outro lado, nos últimos tempos onde o assunto Controle Social faz parte das diretrizes e objetivos do PPA, nos deparamos com uma ação desmobilizadora do Poder Público, que tira apoio social ao processo. Superar esse paradoxo implica em mobilizar a sociedade, e lhe cabe ao Poder público iniciar esse processo, por mais de que esta também seja uma proposição paradoxal

A análise do processo das Conferências é esclarecedor: enquanto que o Conselho e o Poder Público consideraram prioritário envolver a sociedade nas inúmeras instâncias que poderiam vir a ser consideradas como de controle social, obtiveram-se processos nos quais participavam efetivamente mais de trezentas pessoas, com discussões inclusive descentralizadas e num período que permitia o acúmulo de opiniões e a disseminação de idéias. Quando o Poder Público passou a não ver mais isto como prioritário e transformou a Conferência numa instância homologadora de sua ação e formalista na sua metodologia, as Conferências se esvaziaram por completo. O fato de ter apenas três representantes dos usuários na última Conferência, se comparado com os mais de duzentos da primeira ou segunda edição da mesma é inegavelmente um sinônimo de deslegitimação da mesma.

No entanto, o Poder Público cumpre com as “formalidades”, como lançamento de editais, publicações, encaminhamentos e até coordena o processo, tendo como resultado uma instância onde a maioria é seu representante e por tal haverá de apenas pseudo-debater as questões, baseado nos relatos dos representantes governamentais e sem a presença da população, mas mesmo assim, válida legalmente.

Faz-se necessário que os principais elementos da gestão pública entendam dessa forma. Sentiu-se a diferença clara no relatado processo de decisão de quem pode ou não ser o Presidente do Conselho Municipal, quando o chefe do Executivo compreende que esse processo complexo de governar deve ser feito não apenas com seus “correligionários”, mas sim com a sociedade, torna-se possível efetivar o Controle Social.

Por último, procurei resolver o desafio proposto no **quinto objetivo específico**, analisando a influência da diversidade de pontos de vista do poder político executivo na consolidação do Controle

Os diversos agentes do poder público não têm uma atitude homogênea, não podemos pensar que todos agem “em bloco” ou assumem da mesma forma os conceitos vertidos nos seus discursos, nem refletem da mesma forma sobre sua própria prática.

Os gestores eleitos e seus cc's trabalham com um calendário específico, que é o eleitoral, tem necessidade de resultados práticos; de números grandiosos, de campanhas de marketing, de apoio a suas teses, a seus projetos, a sua ideologia. O controle social vem interferir nisso, de forma direta. Para a sociedade, os gestores eleitos “passam”, tem “data de validade” decretada, e então suas agendas e prioridades nem sempre são as mesmas.

Os funcionários do quadro que participam diretamente no controle social, como é meu caso e da maioria dos colegas que realizam este curso, a maioria das vezes tem uma visão mais aprofundada sobre a importância do controle social, sobre o fato de que programá-la e consolidá-la é um processo lento, complexo e gradual, e que muitas vezes esse processo não gera resultados que acompanhem a agenda eleitoral dos gestores eleitos.

Mas também há funcionários do quadro que não aceitam o poder da população, e sentem que a população “interfere” no seu trabalho de forma inadequada. Exemplo disso são as equipes das Secretarias da Fazenda, verdadeiras “murallas” que nem sempre permitem a acessibilidade aos números da gestão, à verdadeira essência administrativa dos processos, cujos dados são inúmeras vezes maquiados em prol do sucesso da gestão.

Assim, pude concluir que o próprio Poder Público se transforma num dos agentes da “crise de participação popular”, gerando um vazio entre o estabelecido pela Constituição e pelo SUS, mais do que nada quando se fala em “Controle Social”. Dessa forma deixa de haver o empoderamento da sociedade que passa a não ter capacidade de intervenção real no Controle Social.

Esse processo inversamente ao que preconiza, acaba por não contribuir com a organização da sociedade civil, que deixa de estar se renovando nos seus quadros e estruturas; bem como vemos que se não há um suporte institucional ou assessoria para a organização da sociedade esta se torna dependente do poder público.

A última Conferência Municipal de Saúde de Esteio, apesar de sua fraquíssima participação, propôs um retorno aos métodos e processos iniciados em 1995, procurando, no retorno ao trabalho com a sociedade nas suas próprias comunidades, a renovação deste riquíssimo espaço que é o Conselho de Saúde e a consolidação real do “Controle Social”. Em tempos de internet, redes sociais e fóruns digitais, é prioritário voltar a criar espaços onde as pessoas possam se encontrar, humanizando efetivamente suas relações.

O próximo desafio é tornar essas metas realidade, transformando coletivamente em práxis todos os ensinamentos desta reflexão. Afinal, essa é a tarefa-mor de um gestor: a de refletir sobre sua ação e ser capaz de, quando necessário, recomeçar tudo de novo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BISPO JÚNIOR, José; LINS GESTEIRA, Ivana A.. **A ciência da informação e o controle social na área de saúde.** Modelo de documento digital disponível em [http://www.cinform.ufba.br/v\\_anais/artigos/josebispojunior.html](http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/josebispojunior.html)
- BLANCHARD, Ken. **Liderança de alto nível.** São Paulo, Artmed Editora S.A., 2010
- BOBBIO, Norberto. **A Sociedade civil** Rio de Janeiro, Edições Graal Ltda, 1982
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Rio de Janeiro, Editora Campus, 1992
- BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986
- DE CARVALHO, Antônio Ivo; RIBEIRO BARBOSA, Pedro. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS.** Florianópolis, UFSC, 2010
- DE CARVALHO, Antônio Ivo; RIBEIRO BARBOSA, Pedro. **Organização e Funcionamento do SUS.** Florianópolis, UFSC, 2010
- DHNet. **Participação e controle social na garantia dos direitos humanos.Módulo II – Conselhos dos Direitos no Brasil .** Modelo de documento digital disponível em <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/2/participacao.htm>
- GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, Volume 2,** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2011
- PEIXOTO DAGNINO, Renato. **Planejamento Estratégico Governamental.** Brasília, UFSC, 2009.
- SAÚDE, Secretaria Estadual. **SUS 20 Anos- Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre, SES-RS2010
- SAÚDE, Ministério. SAÚDE, Conselho Nacional. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS.** Modelo de documento digital disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes\\_miolo.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf)

**Anexo A****CONTROLE SOCIAL E INSTÂNCIAS DE GESTÃO NA SAÚDE****Questionário usuários conselho municipal de saúde**

- 1 – Nome:
- 2- Período que participou do Conselho Municipal de Saúde em Esteio:
- 3- Setor que representava:
- 4- No período que foi Conselheiro considera que O CMS foi respaldado pela Gestão pública?  
Sim ( ) Não ( ) Porque:
- 5- Considera que a sociedade civil ( trabalhadores e usuários) participou ativamente do CMS?  
Sim ( ) Não ( ) Porque:
- 6- No período que foi ou é Conselheiro, o mesmo conseguiu “abrir as portas” para a participação da comunidade?  
Sim ( ) Não ( )  
De que forma?
- 7- O que entende por Controle Social? Descreve:
- 
- 8- Em sua opinião a (as) Conferência (as) Municipais de Saúde foi (ou foram) exitosas?
- 9- A (as) definição (ões) da (das) Conferências foi (ou foram) executadas pela Secretaria de Saúde /Gestão Pública?
- 10- Outras colocações que acha importantes e queira descrever.

**Anexo B****CONTROLE SOCIAL E INSTÂNCIAS DE GESTÃO NA SAÚDE****Questionário Presidentes do Conselho Municipal de Saúde**

1-Nome:

2- Período que exerceu o mandato

3- Qual o setor da Sociedade que representava (governo, usuário, prestador de serviços, ou trabalhador da saúde ).

4- Quantos mandatos ficou à frente do CMS?

5- A Sociedade participava ativamente do CMS?\_

6- Tinha conhecimento da atuação do CMS? \_

7 – O governo participava ativamente do CMS? Por quê?

8- Os prestadores de serviços e dos trabalhadores participavam ativamente do CMS? Por quê?

9- As decisões do CMS tinham sustentação no Governo Municipal?

10 – A relação do CMS com a SMS como era? (de colaboração, fiscalização, conflituosa, de confronto, construtiva, de gestão participativa). Por quê?

11 – Como se deu ou se dá à participação da sociedade nas Conferências Municipais de Saúde?

12- Qual a melhor maneira de articulação e participação da sociedade nas Conferências?

---

13- Qual é a sua opinião sobre o Controle Social na área da Gestão Pública na saúde?

14- Outras colocações que acha importantes e queira descrever.

## Anexo C

### CONTROLE SOCIAL E INSTÂNCIAS DE GESTÃO NA SAÚDE

#### Questionário Secretários Municipais de Saúde

1- Nome do Secretário (a)

2- Período que exerceu o mandato

3- No seu mandato o trabalho do Controle Social realizado pelo CMS foi de (colaboração, fiscalizador, gestão participativa, conflituosa, de confronto, construtiva...)?  
Por quê?

4- Considera que o fato do CMS ter direito a participar da elaboração das políticas públicas de saúde é positivo?  
Por quê?

5- Foi possível harmonizar a proposta política eleitoral do governo do qual participou ou participa; com as definições do CMS?  
Por quê?

6- Além do CMS, existem ou existiram outras instâncias de controle Social? Quais?

7 – Considera que a criação de Fundações impossibilita o efetivo Controle Social e a Gestão da política de saúde /SUS?  
Por quê?

8- Caso queira fazer outras colocações sobre o assunto, fique à vontade: