

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE DOUTORADO**

**FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS PARA O CONTROLE SOCIAL  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - CEARÁ**

**NEWTON KEPLER DE OLIVEIRA**

**Fortaleza**  
**2011**

Ficha Catalográfica elaborada por:

Maria Claudete Silva Barros – Bibliotecária- CRB 3/1017

O48f Oliveira, Newton Kepler de.

Formação de conselheiros para o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) – Ceará / Newton Kepler de Oliveira. 2011. 206 f. il. enc.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Pereira Barreto.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2011.

1. Controle social – Ceará 2. Formação 3. Participação 4. Sistema Único de Saúde I. Barreto, Sônia Pereira (Orient.) II Universidade Federal do Ceará – Curso de Doutorado em Educação III. Título.

CDD 363.1098131

**NEWTON KEPLER DE OLIVEIRA**

**FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS PARA O CONTROLE SOCIAL  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - CEARÁ**

Texto apresentado ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação, como exigência de Defesa de Tese para a obtenção do título de Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceara.

Professora orientadora:  
Dr<sup>a</sup>. Sônia Pereira Barreto

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE DOUTORADO**

**FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – CEARÁ.**

**Newton Kepler de Oliveira**

**Defesa de Tese em 25 de novembro de 2011**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Pereira Barreto  
Universidade Federal do Ceará  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Maria Machado de Brito  
Universidade Estadual do Ceará  
Examinadora Externa

---

Prof. Dr. Geovani Jacó de Freitas  
Universidade Estadual do Ceará  
Examinador Externo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ercília Maria Braga de Olinda  
Universidade Federal do Ceará  
Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kátia Regina Rodrigues Lima  
Universidade Federal do Ceará  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

Às crianças.

## AGRADECIMENTO

Ao corpo docente,  
ao corpo discente,  
e ao corpo técnico administrativo  
da FACED/UFC;  
aos membros  
do Conselho Estadual de Saúde do Ceará  
e aos construtores e militantes do SUS.

Embora somente poucos possam dar origem a uma política,  
somos todos capazes de julgá-la.

PÉRICLES

## RESUMO

A FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ESTADO DO CEARÁ realiza-se com base nas Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde, aprovadas pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua 158ª reunião ordinária, em 14 e 15 de setembro de 2005. Essas Diretrizes focalizam a promoção do conhecimento sobre a saúde no Brasil, em particular sobre os conselhos de saúde como uma importante instância colegiada para o fortalecimento da organização e do funcionamento deste sistema público de saúde. E também focalizam a educação permanente como processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, os processos participativos e fóruns de debates como as conferências de saúde, plenárias de conselhos de saúde, seminários e oficinas, dentre outros. Por essas Diretrizes, a formação é vista como o processo de aprendizagem ao ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos agentes sociais, de suas necessidades sentidas, condições e oportunidades de absorção e reflexão sobre o conhecimento ao longo da vida, o que requer um tempo adequado e diferenciados momentos. Essas diretrizes são adotadas no Programa de Formação de Conselheiros de Saúde do Ceará, cujas ações consistem no Projeto de Formação de Conselheiros em 2007, com a realização de trinta e nove oficinas conduzidas por facilitadores que foram escolhidos entre os conselheiros de saúde estaduais, e contou com a participação de conselheiros de saúde de 132 dos 184 municípios do Estado do Ceará. Este estudo traz análises sobre essas atividades de formação, com base em entrevistas com esses facilitadores, seus relatórios das oficinas e nos documentos do Conselho Estadual de Saúde. Para realizar essa pesquisa foram utilizados estudos de Bauman (2008), Beck (2010), Baudrillard (1985), Carvalho (2001), Dagnino (2002), Foucault (2010), Holanda (1995), Kauchakje (2008), Oliveira (1999; 2007), Platão (1997), Popper (1987), Rancière (1996), Teixeira (2001) e outros. A análise aponta que a formação de conselheiros para o controle social no SUS se realiza em uma conjuntura de grandes obstáculos para a instituição de direitos sociais e correspondentes políticas públicas. A existência do Sistema Único de Saúde é emblemática em um país de construção democrática lenta. Este estudo aponta para a carência de ênfase à compreensão de que o poder econômico flutua no mundo, enquanto as políticas continuam atadas em seu lugar; de que o poder é crescentemente global e extraterritorial, enquanto as instituições da vida social permanecem territoriais e requerem cada vez mais mediação política para a sua realização. Por fim, as questões públicas que resistem à redução tornam-se incompreensíveis para a população em geral, o que inviabiliza o controle das políticas e seu julgamento por todos.

## RESUMEN

LA FORMACIÓN DE CONSEJEROS PARA EL CONTROL SOCIAL EN EL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM ESTADO DE CEARÁ se lleva a cabo sobre la base de las Directrices Nacionales para el Proceso de Educación Continua em el Control Social del Sistema Único de Salud, aprobado por el Pleno del Consejo Nacional de Salud, en su 158ª reunión regular de los días 14 y 15 de septiembre de 2005. Estas directrices se centran en la promoción del conocimiento de salud en Brasil, especialmente en los consejos de salud como un corpus colegiado importante para fortalecer la organización y funcionamiento de este sistema de salud pública. Y también se centran en la educación continua y los procesos formales de la transmisión y construcción del conocimiento a través de reuniones, cursos, talleres, seminarios y la utilización de metodologías de educación a distancia, los procesos participativos y foros de debate, conferencias de salud, plenos de consejos de salud, seminarios y talleres, entre otros. Por estas directrices, la capacitación es vista como el proceso de aprendizaje de ritmo de los agentes sociales, culturales y religiosas, sus necesidades sentidas, las condiciones y oportunidades para absorber el conocimiento y la reflexión sobre el aprendizaje permanente, que requiere un tempo adecuado y diferentes épocas. Estas directrices se adoptan en la administración del Programa de Entrenamiento de Salud de Ceará, cuyas acciones consisten en la Proyecto de Capacitación de Consejeros en el año 2007 con la realización de treinta y nueve talleres impartidos por facilitadores que fueron elegidos entre los consejeros estatales de salud, y con la participación de los consejeros de salud de 132 de los 184 municipios del Estado de Ceará. Este estudio proporciona un análisis de estas actividades de capacitación, basado en entrevistas con los facilitadores, informes de talleres y documentos de la Consejo de Salud del Estado de Ceará. Para llevar a cabo este estudio de investigación se utilizaron obras de Bauman (2008), Beck (2010), Baudrillard (1985), Carvalho (2001), Dagnino (2002), Foucault (2010), Holanda (1995), Kauchakje (2008), Oliveira (1999,2007), Platão (1997), Popper (1987), Rancière (1996) Teixeira (2001) y otros. El análisis muestra que la formación de consejeros para el control social en el SUS tiene lugar en un contexto de mayores obstáculos para la imposición de las políticas sociales y afines. La existencia del SUS constituiu más emblemática del Sistema de Salud en un país de democracia lenta. Este estudio apunta a la falta de énfasis en la comprensión del poder económico que flota en el mundo, mientras que las políticas siguen siendo obligadas en su lugar, que el poder es cada vez más global y extraterritorial, mientras que las instituciones de la vida social siguen siendo territorial y requieren cada vez más mediación política más para su logro. Finalmente, los asuntos públicos que se resisten a la reducción de las elites políticas se vuelven incomprensibles para la población en general, lo que impide que las políticas de control y el juicio para todos.

## ABSTRACT

THE FORMATION OF COUNCILMEN FOR THE SOCIAL CONTROL IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) IN THE STATE OF CEARÁ is made based on the National Directives for the Permanent Education Process in the Social Control in the Unified Health System, approved in the Reunion of the National Health Council in its 158<sup>th</sup> regular meeting, in September 14<sup>th</sup> and 15<sup>th</sup> of 2005. Such Directives focus on the promotion of knowledge about public health in Brazil, in particular about the Health Councils as an important delegacy for the strengthening of the organization and the proper functioning of the Unified Health System. They also focus on the permanent education as formal processes in the transmission and construction of knowledge through meetings, courses, workshops, seminars and use of methodologies for distance learning, participative processes and forums of discussion such as health conferences, meeting of Health Councils, seminars, and workshops, among others. Through such directives, the formation is seen as a learning process according to the pace of each agent, considering his social, cultural and religious differences, his necessities, conditions and opportunities of absorbing the knowledge throughout life, what requires an adequate time and particular situations for each group. Such directives are adopted in the Program for the Formation of Health Councilmen in Ceará, whereas their actions consist in the Project of Formation of Councilmen in 2007, with the realization of thirty-nine workshops conducted by people chosen among the state councilmen, such Project had councilmen from 132 out of the 184 municipalities in Ceará. This study provides analysis of these training activities, based on interviews with these facilitators of the workshops and their reports in documents of the State Council of Health to conduct this research were studies used by Bauman (2008), Beck (2010), Baudrillard (1985), Carvalho (2001), Dagnino (2002), Foucault (2010), Holanda (1995), Kauchakje (2008), Oliveira (1999; 2007), Platão (1997), Popper (1987), Rancièrre (1996), Teixeira (2001) and others. The analysis points that the formation of councilmen for the social control in the Unified Health System is made in a conjuncture with great obstacles for both the institution of social rights and respective correspondents in public policies. The existence of an Unified Health System is emblematic in a country with a flawed democracy. This study points for the lack of emphasis to the comprehension that the economic power floats around the world, at the same time policies continue to be tied in its place, that the power is growingly global and extraterritorial, while the life institutions continue to be territorial and require ever more political intervention for its success. Finally, public issues that resist reduction become incomprehensible to the general population, which complicate the control policies and their trial for everyone.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. POLÍTICA E MOVIMENTOS SOCIAIS</b>	<b>27</b>
<b>2. CONTROLE SOCIAL EM SOCIEDADE DE RISCO</b>	<b>51</b>
<b>3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL</b>	<b>74</b>
3.1. Instituição da Saúde como Política Pública	78
3.2. Estruturação do Controle Social	92
3.3. Conselho Estadual de Saúde do Ceará	100
<b>4. FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO SUS</b>	<b>105</b>
4.1. Formação em Saúde	108
4.2. Oficinas de Formação de Conselheiros de Saúde	112
4.3. Avaliação do CESAU sobre as oficinas de formação	123
4.4. Fala dos Conselheiros de Saúde sobre formação	135
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: a permanência da Política</b>	<b>192</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>204</b>

## INTRODUÇÃO

Esta tese trata da Formação de Conselheiros para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema é uma política pública de efetivação da saúde como um dos direitos sociais instituídos pela Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988, que em seu Art. 196 estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2000). O presente texto resulta da análise de falas dos conselheiros estaduais de saúde que atuaram como facilitadores nas oficinas de formação de conselheiros para o controle social do Sistema Único de Saúde, conduzidas pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), no período de julho a dezembro de 2007, e do estudo de documentos deste Conselho. Trata-se de um esforço para compilar subsídios para a compreensão sobre a formação de conselheiro para participação nas lutas para a efetivação de direitos soluta em um país com pouca tradição democrática, quer no período da república, quer em períodos anteriores.

A instituição do Sistema Único de Saúde na Carta Magna de 1988 é o acatamento das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada dois anos antes. Essa foi a primeira conferência com a participação de representantes das associações de moradores, sindicatos de trabalhadores e ordens profissionais. Daí, surgiu a proposta de criação de um sistema público de saúde, tendo como princípios o acesso para todas as pessoas, a integralidade das ações e serviços em todos os níveis de complexidade do

sistema, a igualdade da assistência, sem privilégios nem preconceitos, o direito à informação sobre o potencial dos serviços e sua utilização, e a participação da comunidade mediante seus Conselhos de saúde e conferências como instâncias do controle social sobre os serviços e a gestão. Esses princípios são estabelecidos pelas leis federais Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano - as leis orgânicas do SUS.

Nesses anos, a construção do SUS resulta de um enorme esforço da população para garantir a efetivação de um direito social, com uma trajetória de avanços e recuos ou desvios, mediante pactuações políticas entre as diversidades de interesses dos grupos de pessoas que militam na área da saúde. Com isso, a formação de conselheiro para o controle social na área da saúde ocorre nos marcos do sucesso da política, o que levou à perda do poder de intervenção estatal e à necessária participação social.

Grosso modo, pode-se dizer, de um lado, a grande maioria da população do país é favorável e beneficiária da implantação e fortalecimento do SUS, com dificuldades para o estabelecimento de maiores avanços na efetivação dessa política pública e, por outro lado, pequenas parcelas da população possuem ambição de domínio político e social quer mediante a interferência direta e exclusiva na gestão da saúde, quer mediante a negligência do Estado a favor de empresas privadas. Contudo, essa situação não é totalmente polarizada nem sempre é contundente, porquanto comporta mediações políticas, as quais devem ocorrer nas citadas instâncias do controle social. Entretanto, o exercício das atividades do Conselho de saúde requer conhecimento sobre essa política

pública, o que suscitou o meu interesse em pesquisar a percepção que os conselheiros de saúde possuem sobre a sua capacidade de participação no controle social no SUS.

Com essa pesquisa, tive a possibilidade de analisar as falas de participantes, relacionando os diversos níveis de anos de escolarização ou graus de instrução formal, faixa etária e segmento de representação; e também analisar os documentos produzidos pelo CESAU. E, a partir disso, pensar sobre o fenômeno socioeducacional de formação para as lutas sociais e o redesenho dos movimentos sociais populares e dos movimentos pela reforma sanitária na perspectiva da construção do ideal constitucional de cidadania na sociedade que se forma a partir da sociedade industrial, cujo modelo de cidadão está assentado na divisão em *citoyen*, cômico de seus direitos democráticos em todas as arenas da formação e da participação e vontade políticas nas instituições da democracia representativa; e em *bourgeois*, absorto em seus interesses privados nos campos do trabalho e da economia.

Diferentemente, a sociedade considerada neste estudo é caracterizada como sociedade de risco, porque a origem dos perigos já não se encontrará mais no exterior, no exótico, no inumano, e sim na capacidade das pessoas para a autotransformação, para a autoconfiguração e para a autodestruição das condições de reprodução de toda a vida neste planeta. Isso decorre do conhecimento, de certo grau de dominação da natureza e do sistema de decisões e coerções objetivas estabelecidas, como resultado em larga escala do sucesso da era industrial, no que pese o ideal iluminista (BECK, 2010).

A realização desta pesquisa busca possibilitar subsequentes produções de dados sobre a noção que os conselheiros possuem sobre o controle social no SUS, sobre a capacidade da população para o exercício do controle dessa política social, sobre as condições de acesso à saúde, constitucionalmente estabelecida como um dos direitos sociais, em um contexto de permanência das demandas reprimidas por esses serviços oriundas da grande maioria da população, destituída do mínimo essencial para uma existência digna e exercício da cidadania. E, com isso, delinear algumas dificuldades dos conselheiros e Conselhos de saúde para o desenvolvimento de suas atribuições, definidas e garantidas pela legislação, já ressaltadas e debatidas por diversos setores da sociedade.

Seguramente, foram registradas as noções expressas pelos participantes dessas oficinas sobre a sua experiência de formação de conselheiro de saúde para o controle social do SUS; sobre a expectativa que eles têm de poder desenvolver suas atribuições com mais competência, se eles acreditam que a formação é orientada às finalidades e condições de atuação dos conselheiros, ou se eles percebem alguma diferenciação entre conselheiros e, a partir disso, se ocorre a preponderância de algum segmento ou parcelas da população, com a transformação do Conselho de saúde em domínio de mando de alguns conselheiros ou de algumas representações de segmentos. Por conseguinte, tive a possibilidade de registrar a noção que os conselheiros têm sobre a capacidade da população como um todo tem de controlar o SUS como a efetivação de um direito social.

Principalmente, a pesquisa foi feita com vistas à produção de dados sobre a compreensão que os conselheiros de saúde têm sobre a capacidade que a população tem de realizar efetivamente o controle social no SUS. Foram pesquisados aspectos sobre a militância dos conselheiros, sua contribuição para a construção do SUS nessas três décadas recentes, sobre a dinâmica dos Conselhos e conferências de saúde como instâncias do controle social, e sobre a formação que os conselheiros de saúde possuem para a participação no controle social no Sistema Único de Saúde.

A pesquisa tem o objetivo de conhecer como ocorre a formação de conselheiro para controle social no SUS, e como esta é considerada para o desenvolvimento das atribuições no dia a dia. E, também, pretende reunir e apresentar subsídios sobre as condições de realização de oficinas de formação de conselheiro pelo Estado do Ceará adentro, a experiência que cada um tem de oficinas semelhantes, como foi o desenvolvimento da lógica do modelo escolar, a adoção de novos enfoques, novas informações ou tecnologias na realização de alguma ação específica de conselheiro (BRASIL, 2009).

O estudo tem ainda o propósito, a partir das experiências desses conselheiros de condução de oficinas de formação conforme a lógica de reunião de pessoas em uma sala de aula, na presença de um ou mais facilitadores experientes, em um contexto de aprendizagem diferente da vida e do trabalho, analisar e expor as falas dos facilitadores sobre o ambiente dessas práticas socioeducacionais e o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas. E, também, desvelar se essa formação ocorre realmente conforme o ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas

dos sujeitos sociais, e sobre as condições e oportunidades de os sujeitos sociais poderem absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida dentro de um tempo adequado, como preconizado pela resolução do Conselho nacional de saúde (BRASIL, 2006). Com isso, espero poder expor a dinâmica da realização das oficinas de formação, a assimilação dos conteúdos ministrados e a possível reelaboração sobre os fatos do dia a dia dos Conselhos de saúde.

Para a produção de dados<sup>1</sup> sobre a realização dessas oficinas de formação foram feitas entrevistas semiestruturadas com gravação do áudio, individualmente com seis conselheiros dentre oito da equipe de facilitadores, com a participação de representantes de todos os segmentos da composição do Conselho Estadual de Saúde do Ceará. Entrementes, não foi possível a realização de um grupo focal porque os seis entrevistados demonstraram desconforto e desinteresse com essa técnica de produção de dados, embora tenha sido explicado que a sinergia gerada criaria uma maior diversidade e profundidade de respostas, ou seja, um esforço combinado de pessoas que produz mais informações do que simplesmente o somatório das respostas individuais (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Os entrevistados situam-se na faixa de 35 a 60 anos de idade, em 2011; todos possuem graduação superior e militância nos movimentos sociais e sindicais na área da saúde há mais de dez anos. Todos eles se manifestaram favoráveis à realização desta pesquisa sobre a execução do projeto de

---

<sup>1</sup> Para a realização desta pesquisa, o projeto “Formação de Conselheiro para o Controle Social no Sistema Único de Saúde”, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Anuência do CESAU, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (UFC), protocolo nº 092/11, e obteve aprovação.

formação de conselheiro e defendem a retomada de ações socioeducacionais semelhantes para o fortalecimento da saúde pública, nela incluída a sustentabilidade do SUS. Alguns chegaram a afirmar que o SUS como um todo e a saúde como um direito de todos não recebem a atenção de muitos pesquisadores, o que deveria ser mais tematizado nas discussões na sociedade.

Nesta tese, são apresentados e analisados depoimentos de conselheiros envolvidos com a organização de atividades de aulas e troca de experiências de participação em lutas pela conquista de condições de vida dignas e justas, tendo a saúde como base inalienável. Esses depoimentos constituem reflexão dos próprios conselheiros sobre a participação nas atividades de formação, com as rugas nos embates políticos, a disputa por espaços de atuação e pela instituição da própria fala. São relatos de pessoas que constituem a diversidade de interesses envolvidos no Conselho de saúde, como gestores públicos e prestadores de serviços de saúde de instituições sem fins lucrativos, trabalhadores de saúde e usuários sem vínculos empregatícios com o SUS.

Esses conselheiros de saúde carregam para as oficinas de formação os seus diversos agregados de vida, de militância político-partidária e sindical, de condições econômicas e culturais, de juventude e de experiência. O Conselho de saúde comporta divergentes perspectivas de efetivação do direito à saúde, o que, por si só, é capaz de suscitar uma arena de enfrentamentos e negociações. Ou seja, um ambiente próprio da política como atividade social, dinâmica, onde a ação de controle social realiza-se essencialmente 'fora' da

política, porquanto ele tem nesta o seu campo de ação: a educação das massas só pode ocorrer fora da política, da esfera pública já formalizada, oficializada, senão nos interstícios da sociedade, na *não* política (BECK, 2010).

Os diversos depoimentos obtidos dos facilitadores das oficinas de formação de conselheiro para o controle social no Sistema Único de Saúde apontam para os limites da ação política institucional, nos marcos da esfera pública enquanto instituição, lócus de vigilância e punição da sociedade. Os depoimentos configuram um manancial amplo e, talvez, ainda pouco iluminado pela investigação sobre a permanência na cena pública da atuação política dos movimentos sociais pela efetivação dos direitos sociais, dentre eles a saúde, não obstante a sua institucionalização constitucional em 1988. Seguramente, a própria diversidade presente na composição do Conselho de saúde suscita o seu funcionamento peculiar, sem paralelo em outras áreas da sociedade, com ênfase na disputa política.

As análises dos documentos, observações e relatos obtidos junto aos conselheiros estaduais foram realizadas com base na constatação de que houve uma reorientação da dinâmica política dos Conselhos de saúde impulsionada pelos movimentos sociais na década de 1980, cuja culminância ocorre com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, uma etapa da redemocratização do país. Com isso, os Conselhos de saúde assumem papel relevante na descentralização das ações do SUS, no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão.

Em seu processo de consolidação no âmbito das políticas públicas, os Conselhos de saúde, como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, representam espaços formais de participação nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania. A dinâmica de funcionamento dos Conselhos de saúde é estabelecida nas relações entre usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, sendo, portanto, suas deliberações, em geral, resultado de negociações que contemplam a diferença de interesses de cada segmento e representações.

A condição de ser conhecido dos participantes das oficinas de formação de conselheiro e em virtude da minha atividade profissional de assessoria técnica no CESAU talvez tenha contribuído para garantir o acesso às pessoas para a realização de entrevistas, registro de observação e obtenção de depoimento em virtude do grau de conhecimento e confiança entre as pessoas.

Por um lado, o cotidiano de trabalho e a militância em causas comuns, o compartilhamento de algumas preocupações e problemas sociais, a realização de atividades conjuntamente, os embates diários, sempre do mesmo lado, seguramente contribuíram para o surgimento e manutenção de uma situação de confiança muito favorável à investigação. Por outro lado, o envolvimento com os sujeitos da pesquisa talvez possa ter suscitado algum constrangimento, que inibiu a obtenção de informações relevantes para o estudo pretendido.

As indagações que motivaram a realização de uma pesquisa ou, em outros termos, a construção de uma situação problema de pesquisa sobre a execução de um programa de educação permanente no controle social do Sistema Único de Saúde no âmbito do Conselho Estadual de Saúde do Ceará estão alicerçadas na minha experiência como assessor técnico, integrante da Secretaria Executiva deste Conselho, numa postura de reflexão sobre o cotidiano vivido. As atividades de assessor técnico do CESAU consistem em participar das câmaras técnicas e comissões de trabalho, nas áreas de recursos humanos, saúde do trabalhador, entre outras. São atividades rotineiras desencadeadas pelas instâncias de discussão de temas trazidos por conselheiros ou grupos sociais, posteriormente enviados para a resolução nas reuniões plenárias desse Conselho.

Essas atividades consistem centralmente em apoio ao trabalho dos conselheiros de saúde, o que requer um constante acompanhamento sobre a legislação da saúde, história e organização da sociedade, políticas públicas e desenvolvimento humano, justiça social e respeito à natureza. Para isso, o assessor técnico deve apresentar noções sobre as ações e cuidados de saúde como componente do complexo produtivo de saúde e, portanto, seu potencial de geração de riquezas e contribuição para a efetivação de um modelo de atenção à saúde adequado às necessidades do país.

Cabe também aos assessores técnicos do CESAU a possibilidade de contribuir para a competência dos conselheiros nos embates políticos do controle social, com sua especialização em diversos assuntos e seu

envolvimento com a efetivação do SUS. Com isso, os assessores técnicos podem favorecer a organização de práticas socioeducacionais para o controle social.

A política de educação permanente para o controle social no SUS visa à garantia dos direitos sociais, com o fortalecimento dos Conselhos de saúde, com o envolvimento de outros sujeitos sociais, e sobre a percepção dos conselheiros sobre o processo de formação e efetivação dos direitos sociais, pode trazer subsídios para a discussão da política que está na base do controle social, suas doutrinas dos mais variados matizes e convicções mais díspares que emergem nas práticas dos movimentos sociais, e as tensões daí decorrentes.

A abordagem de uma parte do período mais recente do país, denominado Nova República, iniciado em 1985, confere a esta pesquisa um verniz político quase conjuntural, ao mesmo tempo em que esbarra em desafios de compreensão da dinâmica da sociedade brasileira após vinte e um anos da ditadura militar instaurada em 1964. São transcorridas mais de duas décadas de reconstrução democrática em meio à implantação e expansão do neoliberalismo no Brasil, com intensa desregulamentação da ação estatal na economia de mercado, o que amplia os mecanismos de modernização excludente, o que pode contribuir para aumentar em muitos estudiosos e militantes que se presumem intelectuais mais horror à realidade.

Contudo, houve uma ampliação da participação da população mediante a re/construção de sindicatos e centrais de trabalhadores urbanos e rurais, de partidos políticos com suas doutrinas dos mais variados matizes, de entidades de estudantes, de associações e organizações não governamentais de moradores, de jovens, de defesa de liberdades individuais de gênero, de raça, de credo religioso, de orientação sexual, de comunidades quilombolas, de etnias indígenas, de portadores de patologias, de usuários de serviços públicos etc.

Essa participação de amplas parcelas da população encontra ferrenha oposição das elites de proprietários locais articulados com empresários capitalistas estrangeiros, que elegem o Brasil como área privilegiada de expansão e reprodução do capital, o que pressupõe a contenção dos movimentos sociais e sua desarticulação, desmobilização, cooptação e a subsequente falência.

A área da saúde comporta especialmente essa situação de contraposição entre uma lógica essencialmente privada de sociabilidade e uma prática de participação política mediante a formalização de estruturas democráticas, como as instâncias do controle social, como Conselhos, plenárias, fóruns e conferências de saúde locais, municipais, estaduais e nacionais. No que pese a permanência dessas estruturas, essa pesquisa teve como preocupação o registro das falas sobre as oficinas de formação de conselheiro para o controle social no SUS ministradas pelos próprios conselheiros estaduais de saúde, suas reflexões sobre essa prática

socioeducacional em meio aos embates para a efetivação da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com isso, as análises apresentadas aqui são também desenvolvidas a partir da percepção da dinâmica dessas instâncias e da interpretação de suas atas e resoluções, bem como da legislação sobre a área saúde.

Com a realização desta pesquisa pretendo contribuir para o conhecimento sobre a efetivação das diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do Sistema Único de Saúde, utilizadas como documento principal nas oficinas de formação de Conselho de saúde realizadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará no período de julho a dezembro de 2007.

No Capítulo 1, “POLÍTICA E MOVIMENTOS SOCIAIS”, são apresentadas reflexões sobre a participação da população para o controle social, com breves referências à obra de Platão, por seu papel na cultura de certa parte do mundo, que se quer civilizado, com tudo que isso possa acarretar. Em largos passos, chega-se à configuração de uma modernidade sem referência àqueles ideais baluartes de humanização e civilização nos três últimos séculos, em particular na Europa, os quais parecem alimentar a luta por um mundo de justiça.

No Capítulo 2, “CONTROLE SOCIAL EM SOCIEDADE DE RISCO”, são expostas algumas formulações teóricas sobre a caracterização do estágio atual do desenvolvimento da modernidade, se esta pode ser considerada como realização da sociedade baseada no pensamento iluminista europeu

desenvolvido a partir do século XVIII. Em seguida, procuro delinear a estratégia das elites dominantes em conduzir as lutas por direitos sociais pelos caminhos da racionalidade técnica e administrativa, em grande parte com algum estranhamento dos movimentos populares, até o terreno que lhe é próprio de destituição da capacidade política e social da população, com o primado da invenção técnica como meio de obstar a efetivação de direitos e, quiçá, de roubar a fala dos movimentos e associações, nos marcos de uma sociedade cada vez mais individualizada, corporativista, senão alheia no mínimo atônita com a perda da perspectiva de sua construção baseada em direitos humanos, nos termos dos iluministas europeus.

No Capítulo 3 “SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL”, são apresentados fatos da história dos movimentos sociais envolvidos diretamente com a estruturação de um sistema público de saúde com qualidade e acesso universal, com ênfase na participação da população para o exercício do controle sobre o seu funcionamento e sustentabilidade. Com isso, analiso a dinâmica de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde do Ceará, inclusive as condições de realização das oficinas de formação de conselheiro.

O Capítulo 4, “FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO SUS”, traz uma análise dos depoimentos obtidos, documentos acessados e observações feitas durante o estudo sobre a realização das oficinas de formação de conselheiro de saúde para o controle social do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. São dados de vivências particulares, aparentemente sem muita conexão com os temas abordados nas oficinas,

mas, em larga escala, em articulação com a luta política pela participação, pela construção da democracia, por isso mesmo, pela construção de uma república, com justiça e cidadania. São recortes da vida de pessoas com suas diferenças sociais, culturais e religiosas, com necessidades sentidas, em condições de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, em um tempo adequado e diferenciado. São descritos os embates e negociações políticas no âmbito do Conselho de saúde, quando os conselheiros tornam-se personagens de casos reais e agem segundo as contingências e de acordo com os condicionantes e determinantes da trajetória de vida de cada participante.

Por fim, em “Considerações Finais”, são apresentadas algumas reflexões sobre a percepção e a noção que os facilitadores das oficinas possuem sobre a formação de conselheiros para o controle social no SUS, as reais condições para o desenvolvimento das atribuições de conselheiro de saúde, a compreensão sobre a saúde como um direito social em um espaço de embates políticos, como é o Conselho de saúde. Eu apresento alguns subsídios para o desvelamento de uma possível armadilha calcada em atividade socioeducacional para o controle social à maneira como se desencadeia a busca de cursos de capacitação técnica, de planejamento estratégico, de elaboração de projetos, de captação de recursos, de geração de emprego e renda para a população como um todo. Em seguida, são incluídos três apêndices: roteiro de entrevista, perfil das pessoas entrevistadas e logomarca da educação permanente em saúde, utilizada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

No geral, com o foco na experiência do Conselho Estadual de Saúde do Ceará, procurei apresentar alguns subsídios para a compreensão sobre os recursos que a população dispõe para o exercício do controle social de uma política pública na área da saúde, no Brasil, certamente um valioso nicho de mercado da sociedade contemporânea. Sociedade esta aqui caracterizada como uma sociedade de risco, cuja permanência requer a decomposição da identidade mundana das classes sociais e o agravamento das desigualdades sociais.

Estas desigualdades se convertem em disposições psíquicas com base nas crises sociais, as quais, no entanto, mais parecem crises individuais e, assim, são articuladas de tal maneira para impedir o estabelecimento de pistas sobre os vínculos que conectam o destino individual às formas e aos meios pelos quais essa sociedade de risco como um todo opera, que é, em última análise, mediante o exercício da participação política da população.

## 1. POLÍTICA E MOVIMENTOS SOCIAIS

É amplo e divergente o debate acadêmico e militante sobre a participação efetiva dos movimentos sociais no processo de construção da cidadania, na literatura nacional e internacional. É a luta entre doutrinas dos mais variados matizes e convicções díspares, posto que o social e o político pertencem ao domínio da representação e da lei, mediante a linguagem. Isso impõe a necessidade de realização de ajuste de conceitos teóricos e de revisão de afirmativas históricas:

o social, a ideia de social, o político, a ideia de política, sempre foram, sem dúvida, sustentados por uma fração minoritária. Em vez de conceber o social como uma espécie de condição original, de estado de fato que engloba todo o resto, de dado transcendente *a priori*, como se concebe o tempo e o espaço (mas, justamente, o tempo e o espaço foram depois relativizados como código, ao passo que o social jamais o foi – pelo contrário, reforçou-se como evidência natural: tudo se tornou social [...]) – em vez de tudo isso, cumpre indagar: quem produziu o social, quem governa esse discurso, quem desenvolveu esse código, promoveu essa simulação universal? Não será uma certa *intelligentsia* cultural, tecnicista, racionalizante, humanista, que encontrou aí o meio de pensar todo o resto e de o enquadrar num conceito universal (talvez, o único) que, pouco a pouco, encontrou um referencial grandioso: as massas silenciosas, donde parece emergir o essencial, irradiar a energia inesgotável do social? Mas ter-se-á refletido, porventura, em que a maior parte do tempo nem essas famosas massas, nem os indivíduos, não se vivenciam como sociais, isto é, nesse espaço perspectivo, racional, panóptico, que é onde se reflete o social e seu discurso? (BAUDRILLARD, 1985, p.45/6)

O assunto controle social passa a ser centralmente abordado desde o período da filosofia política grega, marcada pela presença de Sócrates, Platão e Aristóteles, quando as questões da gestão da cidade como espaço de

atuação do homem são colocadas no centro dos debates e embates intelectuais. Desse período, vale ressaltar “A República”<sup>2</sup> (PLATÃO, 1997), provavelmente a mais esmerada monografia que já se escreveu sobre a justiça humana apesar de não ser nenhuma defesa da igualdade entre os homens perante a lei, ou seja, é um texto contra a isonomia e o humanitarismo (POPPER, 1987). Na república platônica, há inúmeros diálogos entre Sócrates e seus discípulos, notadamente Glauco, para apresentar uma forte oposição à democracia, por ser esta um regime das populações, das massas de pobres impulsionadas pelo desejo de ter acesso às coisas e à vida política, à base material para uma existência digna.

Paradoxalmente, essa obra passa a ocupar um lugar de destaque no processo de construção de um mundo civilizado e ocidental, cujas ideias são largamente adotadas nos centros de formação, principalmente nos cursos introdutórios. Contudo, essa formação deve ser mais criticamente avaliada e responsabilizada pelas enormes tragédias, em geral praticadas contra grandes contingentes populacionais, sob o lema de ordem, progresso, civilização e humanidade.

Na tradição da política grega, a caracterização de uma democracia contém um forte componente da participação social das massas populares, ao contrário da consideração, quase consagrada, de que a democracia é puramente uma questão formal, jurídica, constitucional e, contemporaneamente, burguesa (RIBEIRO, 2005). É bem verdade que esse

---

<sup>2</sup> No grego, o título adequado seria ‘A Política’, com o significado de governo da vida da população da cidade.

tipo de democracia formal prevalece na modernidade europeia, mais ou menos no período compreendido pelos séculos XVII e XIX, como pano de fundo para a consolidação da prevalência do capitalismo como modo de produção econômica. Contudo, com as lutas sociais no século XX, a democracia passa de um regime apenas político para adquirir uma dimensão social, com a entrada na cena política de grandes contingentes de massas populares mobilizados por partidos políticos, sindicatos e movimentos sociais.

Numa perspectiva humanitária, obviamente contra a república platônica, a justiça só deve ter sentido com base na igualdade na distribuição do ônus da cidadania, ou seja, nas limitações da liberdade individual, imprescindíveis para a vida social. Trata-se da isonomia dos cidadãos perante a lei, sem privilégios ou prejuízos de determinados cidadãos individuais, ou grupos, ou classes; e na imparcialidade das cortes de justiça principalmente na distribuição dos benefícios socialmente produzidos: de acordo com as palavras de Péricles, “embora somente poucos possam dar origem a uma política, somos todos capazes de julgá-la” (POPPER, 1987, p.21).

Esquemáticamente, a cidadania comporta os direitos civis, direitos políticos e direitos sociais, já delineada na obra de Marshall (CARVALHO, 2001). Os primeiros são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Por sua vez, estes direitos se desdobram em outros. Esses direitos somente são efetivados se houver a garantia para a existência e funcionamento de uma justiça independente, ativa, eficiente e acessível a todos os habitantes do país. Os direitos políticos se

referem à participação do cidadão no governo da sociedade e na possibilidade de realização de demonstrações políticas, calcadas na existência de partidos políticos e de um parlamento livre e representativo da população.

Os direitos sociais garantem a participação na produção e consumo da riqueza coletiva, o que não ocorre em uma sociedade de classes, que se ancora no acesso desigual aos recursos. Nessa perspectiva, o artigo 6º da Constituição Federal de 1988 institui a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados como direitos sociais. Isso só foi possível com participação política de grandes parcelas da população mediante a pressão exercida pela organização de movimentos e associações de profissionais e de moradores de áreas urbanas pobres sobre o Congresso Nacional eleito em 1986 e convocado pelo Presidente da República para elaborar uma Constituição Federal, a qual foi apresentada em 5 de outubro de 1988, como a Constituição Cidadã (BRASIL, 2000).

Essa formalização legal ocorre em grande parte como atendimento à demanda das mobilizações de massas das décadas de 1970 e 1980, o que suscitou o rótulo de constituição cidadã àquela carta magna de 1988. Contudo, a existência de instância de controle social como componente do fenômeno da cidadania não garante a existência de governos atentos aos problemas básicos da população, o que permite pensar que a liberdade e a participação social podem ser insuficientes para a resolução de problemas sociais (CARVALHO, 2005).

Uma cidadania plena seria a combinação desses tipos de direitos, o que é um ideal desenvolvido no ocidente e constante no pensamento iluminista, de certa forma dominante nos últimos três séculos, o que parece inatingível nas sociedades contemporâneas na era industrial capitalista. Nesse período, a construção de uma cidadania baseada em direitos comporta vários ritmos, com muita lentidão, com certa alternância na sequência lógica entre os direitos civis, direitos políticos e direitos sociais, o que pode ser observado historicamente. Entretanto, este autor afirma que a ampliação do acesso à educação, um dos direitos sociais instituídos na Carta Magna de 1988 do Brasil, tem se comportado como um importante pré-requisito para a expansão da luta pelo acesso aos demais direitos e, enfim, pela construção da cidadania no país.

Seguramente, o processo de construção da cidadania no Brasil teve avanços importantes nas décadas de 1970 e seguinte, marcadas por mobilizações de grandes parcelas pobres da população e de segmentos de profissionais e políticos em vários centros urbanos do país, contra o regime autoritário vigente no país, nas décadas, alcançando auge no movimento pelas Diretas-já, frustrado em 1984 pela negociação entre as elites proprietárias e os militares para a eleição de um civil para a presidência por um colégio eleitoral sem a participação do eleitorado do país em 1985, com a escolha de Tancredo Neves e José Sarney, presidente e vice respectivamente, e a instauração da “Nova República”.

Esse período pode ser compreendido mediante as três matrizes discursivas utilizadas para analisar a irrupção de alguns movimentos sociais

populares na região da grande São Paulo nas décadas de 1970 e 1980, sob a ditadura militar existente no país naquele período, quais sejam: *i)* cristianismo das comunidades de bases; *ii)* marxismo de uma esquerda dispersa; *iii)* emergência de um novo sindicalismo, baseado no setor industrial-manufatureiro, inclusive em suas maneiras mescladas para a análise do processo de lutas e da história concreta das mobilizações populares, com a organização de movimentos sociais de maneiras diferenciadas.

Os movimentos sociais surgidos com base na existência legal e no poder de barganha na esfera da produção econômica com a participação de sindicatos de trabalhadores contribuem para a constituição do movimento sindical como existe atualmente, com sindicatos e centrais de trabalhadores, cuja atuação suscitou alguns avanços na legislação trabalhista, quase intacta desde a era Vargas:

ao observarmos os movimentos sociais que dão uma nova configuração social aos trabalhadores no cenário público na segunda metade dos anos 70, nós nos damos conta da existência de novos significados atribuídos às suas condições de vida, e esses novos sentidos nem se desprendem “naturalmente” do cotidiano popular e nem decorrem dos discursos previamente instituídos sobre os trabalhadores. (SADER, 2010, p.143)

Os movimentos sociais surgidos a partir da organização de associações de trabalhadores precários, de donas de casa, de favelados e outros, com menor poder de barganha e pressão na esfera da produção e sem base legal, confinados à esfera da reprodução biológica, focalizam as suas demandas no

Estado. Isso ocorre a partir da constatação da falência do modelo econômico baseado na família, com o desmoronamento das redes de segurança da reprodução biológica baseadas no parentesco e na vizinhança.

No Brasil, essas demandas direcionadas ao Estado suscitam o surgimento de diversos arranjos de Conselhos de saúde, associações e entidades, em busca de acesso à riqueza coletiva e socialmente produzida. Contudo, esses movimentos necessitem de um processo comunicativo acerca do que há em comum entre eles, sobre as práticas sociais e descobrir se eles têm que regular os impactos dessas práticas, porquanto, sobretudo, elas ocorrem no vazio do espaço político.

Apesar de escritas há mais de duas décadas, aquelas matrizes discursivas nos servem de subsídio para a formulação de noções sobre as alterações na organização dos movimentos sociais, na pauta de reivindicações e nas estratégias de luta, com reflexões sobre a experiência de verdadeiros avanços nas lutas pelos direitos políticos e sociais, como a reorganização sindical, expressa na fundação de centrais sindicais e na retomada democrática de sindicatos, urbanos e rurais, ampliação dos direitos políticos, com o fim da ditadura militar, redemocratização do país, a criação e consolidação do Partido dos Trabalhadores (PT) durante a década de 1980:

Os movimentos sociais se constituem recorrendo a tais matrizes, que são adaptadas a cada situação e mescladas também entre si na produção das falas, personagens e horizontes que se mostraram no final dos anos 70. E eles terão também modificado as próprias matrizes que os alimentaram. (SADER, 2010, p.146)

Na década de 1980, pode-se registrar a ocorrência de ampliação dos direitos políticos, a partir da realização de eleições presidenciais livres, diretas e secretas em 1989 e posse do presidente eleito no ano seguinte. Entrementes, ocorre algum arrefecimento do fluxo movimentista de ampliação dos direitos sociais na esfera da produção econômica e na da reprodução biológica, com fortes restrições àquelas conquistas econômicas e sociais, realizadas nas duas décadas recentes.

Em 1989 ocorre também a reunião que passou para a história como Consenso de Washington, cujas recomendações são a disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação com afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas e direito à propriedade intelectual.

Esse decálogo de recomendações é a base da política econômica denominada neoliberal, que a partir de 1990 o Fundo Monetário Internacional (FMI) começa a impor aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, com resultados diferenciados conforme a conjuntura política local, principalmente em Estados fracos, cujo governo de direita ou de esquerda dificilmente pode bajular o eleitorado de outra maneira senão adulando o capital financeiro global extraterritorial e livremente flutuante para vir e ficar por um longo prazo, sempre a juros escorchantes.

A partir de 1990, a implementação do Consenso de Washington no

Brasil foi muito além do recomendado, com ampla, geral e irrestrita liberalização da economia e abertura para os fluxos de capitais internacionais, com efeitos enormes e devastadores, notadamente na área dos direitos sociais, como saúde e educação. Assim, inicia-se uma década marcada pela diminuição do ímpeto do fluxo movimentista, acumulado nas duas décadas anteriores. É a década das privatizações do patrimônio público e da pilhagem da riqueza coletiva do país, com o direcionamento dos movimentos sociais para o espaço institucional de gestão da política, edulcorado pelas eleições de candidatos oriundos das lutas populares.

O que ocorre no Brasil pode ser considerado como corroboração da tese do historiador Moses Finley (1912-1986), de que o sucesso das democracias modernas tem como causa a apatia política dos cidadãos, curiosamente referida no prefácio àquela obra de Sader (CHAUÍ, 2010). Isso pode ser entendido como um fetiche democrático exercido pelo apelo à ordem legal, à constituição cidadã de 1988. O descenso dos movimentos sociais populares desse período deve ser caracterizado como um esvaziamento por dentro do fluxo movimentista, o que foi possível porque o novo sujeito, que é social, embora coletivo, não se apresenta como portador da universalidade definida, malgrado a formulação (e formalização) de um arcabouço constitucional de direitos humanos como repercussão da pressão daquelas três matrizes discursivas, em franca reorientação de alvo e metas.

Essa involução dos movimentos sociais populares nos meados da década de 1990, cuja aceleração, pode-se dizer, começou no dia seguinte ao

da eleição de Fernando Collor em 1989 para presidente, com a derrota de Lula, e ganhou força máxima no período da implantação do Plano Real, conforme a lógica das recomendações do Consenso de Washington, e certamente apontado como a principal causa da segunda derrota eleitoral do líder sindicalista Luís Inácio Lula da Silva, nas eleições para presidente do Brasil, em 1994.

Pode-se ressaltar que houve arrefecimento do fluxo movimentista, com a mudança, engendrada no seio daquelas matrizes discursivas, transformadas ainda atuantes na organização dos movimentos sociais orientados por uma lógica menos conflitiva e mais ligada à gestão (e ao mercado). De certo modo, houve uma corrida de lideranças dos movimentos sociais populares em busca de cursos de capacitação técnica, de planejamento estratégico, de elaboração de projetos, de captação de recursos, de geração de emprego e renda, entre outros. Remonta a esse período a expansão exponencial de assessorias, escritórios técnicos e organizações não governamentais (ONG), com realização de atividades que abrangem desde a administração de recursos e finanças até a disputa pela competência política de representação dos próprios movimentos:

o que é difícil, entretanto, é montar o correto quadro de interações entre esferas que expliquem as causas da quase anulação do papel político dos movimentos populares urbanos, por quase uma década. Mas fica claro que a luta política não está centrada apenas nos trabalhos de base, nem apenas na tentativa de ocupação do Estado, nem dos espaços pragmáticos de gestão, e nem somente na gestão compartilhada entre Estado e sociedade. Parece-me que a luta política está no permitir ou bloquear os trânsitos que permitam que esses espaços funcionem politicamente. (FELTRAN, 2005, p.333/4)

O redirecionamento (ou guinada) da maioria dos movimentos sociais

populares, principalmente a partir de suas lideranças (o que por si só pode configurar uma capitulação ao *status quo*), ocorre sem o fluxo das ações reivindicatórias mais visceralmente gestadas naquela esfera da reprodução humana na década anterior. Pode-se afirmar que houve um encolhimento dos espaços sob disputa política, o que tornou a atuação dos (novos) movimentos sociais muito aquém, o que evidencia que eles não tinham condições, ou direção, para estabelecer a hegemonia a seu favor.

E, de outra perspectiva, os espaços de participação se mostraram muito maiores do que esses movimentos sociais podiam ocupar então, o que fez com que eles sofressem certo aparelhismo dos grupos partidários que durante a ditadura não tiveram condições de atuar com identidade própria ou sua programação ideológica não ultrapassa os marcos de certo liberalismo democrático-eleitoral posto em prática na contemporaneidade, no que pesem algumas experiências de luta armada.

Contudo, é difícil afirmar se esse encolhimento é uma consequência da estratégia de recuo dos movimentos sociais para acumular forças e experiências para um avanço maior, ou se é um recuo imposto pelas elites políticas conservadoras, que contam com alguma ajuda de lideranças dos movimentos sociais outrora combativos, reconduzidas ao poder depois do fim da ditadura militar em 1985, para evitar a irrupção de uma crise mais radical e suas consequências imprevisíveis nos marcos do capitalismo.

Todavia, as elites conservadoras se reapresentam com mais

contundência e mantêm a dianteira do processo de implantação das recomendações do Consenso de Washington, quando conseguem refrear os avanços na década de 1980, preservar (e até mesmo ampliar) os seus interesses nos momentos de maiores dificuldades na década seguinte, nos marcos dos ajustes estruturais das políticas neoliberais adotadas largamente no mundo inteiro, e com grande contundência no Brasil.

Sobre esse período dito neoliberal, pode-se afirmar que houve crescimento das dificuldades para o ritmo da democratização, o que, em parte, explica o agravamento das desigualdades sociais e econômicas, particularmente no Brasil. Entretanto, os impactos deste período são fortemente devastadores sobre a capacidade de mobilização e organização políticas de vastos segmentos da população, especialmente os setores mais pobres e médios, os quais foram duramente afetados pelo desemprego e pela recessão econômica. A compreensão dessa conjuntura desfavorável para os movimentos sociais requer uma qualificação técnica específica, o que evidencia a necessidade de aquisição de competências por parte das lideranças e militantes mais ativos desses movimentos, o que conduz ao quadro de dupla dificuldade.

Por um lado, a rotatividade da representação pode ocasionar a quebra de ritmo e, por outro lado, a perpetuação de antigos líderes. Em qualquer dos casos, ocorre prejuízo no embate político entre interlocutores com desníveis acentuados, o que pode ser crucial para as decisões nos espaços de disputa política:

em situações de conflito aberto com representantes governamentais nos Conselhos, por exemplo, essa deficiência dos representantes da sociedade civil tem sido não só utilizada na desqualificação política desses últimos como até cultivada, reforçada pelos seus contendores como forma de exercer o controle sobre as decisões [...]. Qualificação técnica como parte de uma qualificação política mais ampla, onde a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, além de afirmar a política como uma atividade privativa das elites. (DAGNINO, 2002, p.284)

Numa linha de pensamento semelhante, posso afirmar que o princípio democrático inscrito na constituição de 1988 foi impedido de se expandir e se universalizar por toda a sociedade pelas elites conservadoras, o que, fatalmente, favoreceu a implantação daquelas recomendações neoliberais do Consenso de Washington com grande contundência no Brasil e, ao mesmo tempo, dificultou a regulamentação dos direitos enunciados, notadamente os direitos sociais. Nesta conjuntura, as questões sobre os movimentos sociais são quase inteiramente deslocados para a esfera de interação com o governo, para exame dentro das condições de governabilidade da sociedade.

A partir dessa prática de participação nas esferas institucionais, pode-se afirmar que houve uma grande diferenciação entre os movimentos sociais. De um lado, aqueles que acreditam poder colaborar para a consolidação democrática, apesar da existência de possibilidade de cooptação pelos governos. De outro lado, aqueles que acreditam poder participar em espaço de negociação dialógica entre governo e movimentos sociais, em novos modos de negociação em câmaras setoriais compostas por trabalhadores e empregadores, e, com isso, contribuir para a criação de regras democráticas, necessárias para a criação de novos direitos. (PAOLI, 1995).

A esfera específica do social é um construto intelectual, resultado da atividade cultural e tecnicista de certa porção da população que pretende abrigar todo o resto da humanidade sob um conceito pretensamente universal. Entretanto, no Brasil os movimentos sociais, as mobilizações de massas nas décadas de 1970 até a década de 1980, principalmente, centralizaram no Estado as demandas por um sistema público de garantias de direitos sociais, contra a recusa das elites proprietárias:

do que se trata é de algo mais radical, que é a privatização do público, sem a correspondente publicização do privado que foi a contrapartida, ou a contradição que construiu o sistema do Estado do Bem-Estar. A privatização do público é uma falsa consciência da desnecessidade do público. Ela se objetiva pela chamada falência do Estado, pelo mecanismo da dívida pública interna, onde as formas aparentes são as de que o privado, as burguesias emprestam ao Estado: logo, o Estado, nessa aparência, somente se sustenta como uma extensão do privado [...] O que a destruição do público opera em relação às classes dominadas, como o exemplo da câmara setorial automotivo nos mostra, é a destruição de sua política, o roubo da fala, sua exclusão do discurso reivindicativo e, no limite, sua destituição como classe; seu retrocesso ao estado de mercadoria, que é o objetivo neoliberal. (OLIVEIRA, 1999, p.68)

Contudo, o mundo é constituído por uma diversidade de sistemas sociais conflitantes e em interação constante, cujo impasse ideológico e o *status quo* social dificilmente poderiam servir de base para a solução de seus problemas sem levar em conta a totalidade da população em cada dimensão geográfica. Historicamente, quando a sociedade se movimenta para dispor de um adequado sistema de alívio das tensões sociais e eliminação de conflitos, a dimensão geográfica comporta um referencial surpreendentemente grandioso e inelutavelmente inamovível de massas silenciosas, quase inteiramente alheias

aos embates nos espaços públicos onde presumivelmente se manifesta o social e seu discurso.

As enormes parcelas da população, como aquelas que centralizaram suas demandas no Estado brasileiro nas décadas de 1970 e 1980, movimentam-se com um poder ruidoso, que é o poder aleatório das estatísticas, portanto, anteriormente pouco perceptível nas pesquisas de opinião pública. Certamente, isso está no fundamento das oscilações específicas do fluxo dos movimentos sociais populares e das escolhas políticas eleitorais. E, pode-se afirmar, a grande base de massas desses movimentos parece não dispor de espaços de visibilidade. Contudo, pode-se afirmar que a vitalidade dos movimentos sociais gestados na década de 1970, e até os dias atuais, está ligada ao fato de eles terem tomado e desdobrado as questões do cotidiano, da reprodução biológica, como observáveis nas periferias das grandes e médias cidades, e nas zonas rurais do país.

Essa valorização tardia do cotidiano, com a acolhida de temas, imagens, aspirações, *causos* e relatos de vida, pode ser delineada, quando se ressaltam as modificações consequentes à passagem da sociedade do sombrio interior do lar para a luz da esfera pública. A valorização da vida doméstica contribuiu muito para a diluição da antiga dicotomia entre o privado e o público, o que forçou a ressemantização desses dois termos. Com isso, os conceitos de vida do indivíduo e vida do cidadão adquirem contornos bem delineados.

Esse esfacelamento das fronteiras entre esfera pública e esfera privada

acarretou modificação do significado do caráter de cidadania. Pode-se afirmar que aquele que vivesse apenas restrito à vida privada, por exemplo, o homem impedido de participar da esfera pública, como o escravo na *polis* grega, não deveria ser considerado inteiramente humano. A esfera social, a sociedade, passa a ser a forma de organização da população, na qual o fato da dependência mútua em prol da subsistência adquire importância pública, cujas atividades de garantia da sobrevivência são doravante conduzidas à praça pública, à ágora, eventualmente por ruidosos (ARENDDT, 2010).

Nessa perspectiva, é notável a participação dos movimentos sociais populares, oriundos da esfera da reprodução biológica, das lutas por moradia, posto de saúde, segurança, creche, escola, áreas de lazer, e outros. Contudo, o potencial dessa participação pode ser refreado quer pelos embates nos espaços democráticos, povoados por uma multiplicidade de atores sociais em mútua interação, quer pela impressão de conquistas extraordinárias que a formalização legal das reivindicações em geral pode causar.

Nessa arena deve-se fazer a análise dos resultados das eleições para presidente em 2002 e 2006, e dos dois mandatos obtidos por Luís Inácio Lula da Silva. Nesta última eleição em particular, a vitória de Lula em regiões menos industrializadas e mais fortemente assistidas pelo Programa Bolsa-família, um programa de ajuda do Governo Federal aos mais pobres do país, pode ser representativo da expectativa que grandes parcelas têm de ver suas demandas serem atendidas pelo Estado. Essa situação contém elementos que permitem

configurar uma inversão da questão meridional<sup>3</sup>, tradicionalmente elaborada por pensadores marxistas (GRUPPI, 1980). Para esse autor, estudioso da obra de Antonio Gramsci (1891-1937), a questão meridional no pensamento gramsciano, cuja última formulação ocorre na década de 1930, pode ser uma estratégia dos operários, largamente concentrados no norte, região mais industrializada do país, que consiste em fazer aliança com os camponeses, majoritariamente concentradas no sul da Itália, e apoiar a realização das reivindicações históricas dos camponeses.

Ao contrário, a articulação política para a eleição de Lula, apesar de ser oriundo do berço do sindicalismo mais combativo desenvolvido no centro do capitalismo no Brasil na década de 1970, foi igualmente celebrada entre os segmentos da população mais atuantes pela redemocratização e melhoria das condições de vida nas duas décadas anteriores, principalmente concentrados no centro-sul do país, e entre os setores mais oligarcas do restante do país, responsáveis diretos pelas resistências enfrentadas pelos movimentos populares em sua trajetória política de lutas por direitos sociais. O mesmo ocorreu com a eleição de sua sucessora, Dilma Rousseff em 2010, com a formação de uma base aliada com quase todas as dezenas de siglas partidárias, o que por si só mostra que aquela inversão da questão meridional vem dando bons frutos.

Nas eleições presidenciais de 2006, os argumentos supostamente ideológicos com a intenção de contrapor certa esquerda capitaneada por Lula à

---

<sup>3</sup> A rigor, a inversão/invenção brasileira da questão meridional merece uma atualização geopolítica e ser vislumbrada como a questão setentrional a partir do ABC paulista; até onde a vista alcança, ali pelo Norte e Nordeste do Brasil, com Araguaia e Carajás inclusive.

direita dirigida por Alckmin, democracia (PT, PV, PCdoB etc.) versus autoritarismo (PSDB-DEM), progresso (Lula) contra retrocesso (Alckmin e outros), não evidenciam qualquer diferença ou ruptura entre os programas de governo e os compromissos políticos. Nem tampouco os argumentos pretensamente religiosos com apelo aos cristãos estabelecem diferenciação entre os dois candidatos a presidente no segundo turno em 2006.

Por sua vez, os argumentos falsamente éticos com o objetivo de denunciar o preconceito das elites políticas do país contra a candidatura de Lula, um nordestino, mestiço, mal escolarizado, mecânico assalariado, não se sustentam quando se examina a relação de aliados e correligionários de Lula e o crescimento da abrangência e poder do clientelismo. O clientelismo sempre foi e continua sendo uma relação entre os poderosos e os ricos, desde os tempos dos senhores de terras e escravos, até o país redemocratizado após vinte e um anos da ditadura de 1964, o que comprova que o clientelismo político é praticado, sobretudo, por uma nova geração de políticos, de fachada moderna, que se interpõe entre a sociedade e o Estado.

Certamente, esse clientelismo pode ser apontado como talvez o principal amálgama na Nova República, recorrente em todos os seus governos, de José Sarney a Dilma Rousseff:

vencida a ditadura, o Estado se tornou liberal ou retornou ao seu liberalismo de base municipal ou localista, aparentemente revitalizando as tradições oligárquicas. De certo modo, cumpria-se uma vez mais na história republicana o movimento pendular entre centralização política e descentralização, entre o absolutismo republicano e a federação oligárquica, entre a ditadura e a democracia. Mas, o Estado defrontou-se com a sociedade

mobilizada, expressando-se através dos movimentos sociais e das organizações populares. Os limites, aliás, da força política desses novos sujeitos fizeram-se ver na campanha pelas “diretas-já”. De um lado, porque os novos sujeitos não se revelaram em condições de agir autonomamente. Tiveram de aliar-se a outros setores, tradicionais, da sociedade, setores de classe média e de tração liberal e colocar-se sob sua hegemonia. Ficou claro que esses novos sujeitos não tinham condições de exercer de exercer um protagonismo hegemônico e decisivo. Mas, ao mesmo tempo, os movimentos sociais e as organizações populares haviam passado a carregar o ônus do aparelhismo dos grupos partidários que durante a ditadura não tiveram condições de atuar com identidade própria. (MARTINS, 2004, p.79)<sup>4</sup>

Durante o governo Lula, os argumentos em defesa da ecologia e preservação da Amazônia, contra a privatização do Banco do Brasil, Petrobrás, Caixa Econômica Federal etc., são utilizados para esconder, por um lado, a progressiva destruição da floresta amazônica a favor da ampliação da área destinada aos agronegócios e à mineração, e, por outro, a abúlica paralisia da militância progressista que chega ao poder e não realiza nenhuma auditoria sobre o processo de privatização do patrimônio público e da riqueza coletiva, executado nos governos mais recentes, notadamente o do sociólogo Fernando Henrique Cardoso, no período de 1995 a 2002.

Curiosamente, o governo Lula desenvolve-se nos espaços políticos com certa desenvoltura, o que pode ser explicado em parte pelo abandono ou acomodação dos grandes movimentos reivindicatórios de trabalhadores assalariados, camponeses, moradores de periferias das cidades, geralmente destituídas de serviços públicos básicos de saneamento, educação, saúde e

---

<sup>4</sup> Esse movimento pendular está contemplado no princípio da regionalização do SUS, com ênfase na descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios, inclusive recursos humanos. Como seria um Banco do Brasil S/A regionalizado nos mesmos moldes?

segurança. Pode-se afirmar que o propalado modo petista de governar foi encontrando obstáculos, o que exigiu negociação entre governo e amplos segmentos da população, entre poder executivo e poder legislativo, por um modo mais negociador na troca política entre as instituições políticas, mediante ações conciliatórias:

é notório que a questão da emergência desses novos espaços públicos no Brasil representa uma aposta democrática fundamental para a construção de novos direitos e da cidadania na contramão ao projeto neoliberal. Todavia, a participação social e coletiva correu riscos ao enfrentar práticas políticas que colocam obstáculos ao processo de construção democrática, em especial, nos contextos em que a prática clientelista é tendência forte, pois ocorre um processo de despolitização da participação. (NEVES, 2007, p.417)

Nesse contexto de um governo com grande apelo popular, impõe-se a necessidade de realização de reflexão sobre o atendimento efetivo das demandas dos movimentos sociais, cujo poder de exercício da crítica e controle sobre a vida social parece ser negligenciado ou diminuído (BARBIER, 2002; THIOLENT, 1987).

A despeito da legislação trabalhista da era Vargas, não houve no Brasil algum avanço estrutural para a construção de algo semelhante ao Estado do Bem Estar como na Inglaterra, Alemanha, países escandinavos etc. Contudo, pode-se considerar para efeito de construção de um arcabouço legal de um Estado do Bem Estar Social, a inclusão dos direitos sociais na constituição federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988, o que vai redirecionar os movimentos sociais das ruas para os corredores dos palácios do governo. Isso deve ser considerado como capacidade que o Estado ainda tem de acenar com

a possibilidade de quebrar a passividade com curtas ações de solidariedade com os mais pobres, apesar de que a contradição entre objetivo e método é inerente ao projeto do Estado social como tal.

Isso fica patente quando se enumeram os grandes embates pela reorganização da vida política e social no Brasil, notadamente no período de 1982 a 2002, quando foram retomados alguns direitos sociais e políticos, e ampliados outros, como os direitos sociais à saúde, educação e outros, contudo, com algumas baixas no período da mais aguda aplicação do decálogo do Consenso de Washington, e por isso mesmo, como antecâmara escura para não deixar transparecer que a função mais evidente que foi abandonada pelo Estado ortodoxo, intervencionista, é a manutenção de um equilíbrio dinâmico entre os ritmos do crescimento do consumo e do aumento da produtividade. A emergência e a percepção dessas contradições podem levar ao surgimento de novos espaços comuns socioculturais.

Em linhas gerais, pode-se considerar a existência de três tipos de organização de Conselhos, gestados em contextos históricos e finalidades específicas (TEIXEIRA, 2000). Um tipo é o Conselho insurrecional, como meio de organização revolucionária, com funções de aparato de poder e sistema alternativo de representação política da população. Como exemplos podem ser citados os Conselhos surgidos na primeira fase da Revolução Francesa de 1789, na Comuna de Paris de 1871, em São Petersburgo em 1905, e na Revolução Russa de 1917.

Um segundo tipo de Conselho caracteriza-se como instância de poder nos locais de trabalho, surgida a partir da organização de comissões de fábricas criadas em assembleias de operários mediante a articulação de sistemas de representação por delegação de seção de fábrica, a despeito de filiação sindical ou partidária. Esse tipo comporta denominações de Conselhos operários, Conselhos de fábrica, e Conselhos populares. Estes últimos surgem em outras circunstâncias e mediante a mudança de papel e de base social. Em geral, esse tipo de Conselho impulsiona articulações de estratégias de autogestão. Como exemplo, pode-se citar a criação do sindicato Solidariedade em 1980, na Polônia, com grande visibilidade e importante atuação nas mudanças políticas naquele país.

O terceiro tipo de Conselho caracteriza-se como arranjo neocorporativista (TEIXEIRA, 2000), para a mediação entre as demandas de trabalhadores, usuários e outros grupos de interesse, com vistas à diminuição de conflitos distributivos da riqueza socialmente produzida. Esse tipo surge também como organização de grupos de pressão em demandas relacionadas ao consumo e uso de bens coletivos.

Nas décadas de 1970 e 1980, no geral, o Estado brasileiro defrontou-se com a população mobilizada e organizada mediante a construção de Conselhos a partir de sua capacidade de compreensão e de articulação daquelas matrizes discursivas utilizadas para a análise das experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo no período (SADER). Contudo, a força empregada na construção desses arranjos de Conselhos se mostrou logo

insuficiente para impor um ou outro tipo de Conselho, por um lado, e inadequada para as elites políticas, inclusive aquelas de certa esquerda dispersa, cuja ação resultou em aparelhismo desses Conselhos e outras entidades (MARTINS, 2004), por outro lado.

Esses movimentos são frequentemente desmobilizados, quer pela cooptação de suas lideranças, com a mudança de perspectiva, quer pela exaustão da participação, de difícil manutenção em circunstâncias adversas. E os arranjos de Conselhos remanescentes passam por profundas modificações, até à descaracterização radical. A partir disso, a sua atuação torna-se perfeitamente tolerada e compatível com o Estado brasileiro.

Por sua trajetória de luta e capacidade organizativa, certamente a área da saúde obteve lugar de destaque na constituição federativa de 5 de outubro de 1988, onde está bem delineado o Sistema Único de Saúde, como prova de reconhecimento da demanda oriunda da conjunção dos movimentos populares das periferias urbanas e do movimento de intelectuais e trabalhadores pela reforma sanitária. Isso pode ser caracterizado como a mudança sistêmica do mundo político, com a dissolução das fronteiras da política e perda de poder que o sistema político centralizado experimenta, em decorrência do estabelecimento e do gozo dos direitos civis sob a forma de uma nova cultura política:

o fortalecimento da gestão participativa no SUS envolve ações de comunicação e de informação em saúde como potencia para desencadear a mobilização social; fundamentar o relacionamento com o Ministério Público e com o Poder Legislativo no que tange à saúde e possibilitar a criação e/ou consolidação de instrumentos para

a ação participativa dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil. Para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços das rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada; o desenvolvimento da atenção integral à saúde, entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde; e o fortalecimento do controle social. (BRASIL, 2007a, p.16)

A propósito, a Lei N° 8.142/1990<sup>5</sup> estabelece a maneira da participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação e funcionamento de instâncias colegiadas, como conferências de saúde e Conselhos de saúde, admitidas pelas elites da Nova República. Por essa lei, o Conselho de saúde caracteriza-se como um arranjo neocorporativo, um órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, de caráter permanente e deliberativo. Compete ao Conselho de saúde a formulação de estratégias e, ao mesmo tempo, no controle social da execução da política de saúde, inclusive quanto aos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo correspondente (BRASIL, 2006c).

---

<sup>5</sup> Na década de 1990 houve um verdadeiro SUS *boom*, o que em parte contribuiu para caracterizar como conselhismo uma parte da história recente do país.

## 2. CONTROLE SOCIAL EM SOCIEDADE DE RISCO

A sociedade atual, a sociedade de risco, que emerge na era industrial, não exclui os seus estágios anteriores de experiência histórica de soberania, de disciplina e de governo; mas, potencializa-os:

Desde o século XVIII, vivemos na era da governamentalidade. Governamentalização do Estado, que é um fenômeno particularmente astucioso, pois se efetivamente os problemas da governamentalidade, as técnicas de governo se tornaram a questão política fundamental e o espaço real da luta política, a governamentalização do Estado foi o fenômeno que permitiu ao Estado sobreviver. Se o Estado é hoje o que é, é graças a esta governamentalidade, ao mesmo tempo interior e exterior ao Estado. São as técnicas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público ou privado, que é ou não estatal etc. (FOUCAULT, 2010, p.292)

O espaço e o tempo que constituem a política na sociedade atual resultam das enormes transformações oriundas do desenvolvimento radical do pensamento iluminista. Essas transformações realizadas nesses três séculos recentes não têm paralelo em nenhuma outra época. Daí, a sociedade que se organiza é simultaneamente a promessa e a ameaça de um mundo melhor; uma sociedade que produz e reconhece seus riscos. Contudo, ela traz consigo a própria possibilidade de politização da população sobre o mundo em que vive, por isso ela requer e impõe transformações sobre o Estado e a política, seu conceito, lugar e meios.

O projeto de sociedade industrial posto em movimento exigiu uma prática política baseada em um livre e confiante cidadão do mundo dividido irreconciliavelmente entre os seus afazeres de *citoyen*, com trânsito em todas as ágoras da formação da vontade política, em pleno gozo de seus direitos democráticos, com participação nas instituições da democracia representativa, na esfera política, por um lado, e os seus afazeres de *bourgeois* em alerta em defesa de seus interesses privados nos campos do trabalho e da economia, na esfera **não** política, em busca de interesses técnico-econômicos, onde o progresso econômico parece substituir o escrutínio, o que significa dizer, que a política representativa quer se mostrar irrelevante para a gestão do Estado:

O problema é mais grave porque a própria política é inteiramente dominada pela economia. As empresas se converteram em atores políticos de primeira plana. Como pessoa jurídica, a empresa sempre deteve mais poder do que os trabalhadores, que, no limite, são pessoas físicas. A luta de classe inventou os sindicatos para transformar as pessoas físicas dos trabalhadores em pessoas jurídicas. Mas os novos modos de produzir e organizar anulam o caráter coletivo dos sindicatos, o que ignifica dizer que a política perdeu um ator importante. E as desregulamentações abriram um espaço que vem sendo ocupado pelas empresas como ator político fundamental. (OLIVEIRA, 2007, p.286)

Essa vida em sociedade que ainda requer a dinâmica da política (ARISTÓTELES, 2006), como ação na esfera pública por excelência, onde tudo se decide, em última instância, vem passando por profundas transformações. E aquele espaço ora folgadoamente ocupado pelas empresas como ator político fundamental, parece ser percebido um pouco diferente na contemporaneidade, porquanto uma **não** política começa a assumir o papel de liderança da política, e esta se transforma em agência de publicidade financiada com fundos

públicos, e dedicada a promover a face radiante de um processo que ela mesma, a política, não conhece e cuja configuração ativa lhe escapa ao mesmo tempo em que se apresenta inelutavelmente.

Até meados do século XX, a definição entre política e não política sustentava-se em duas premissas históricas fundamentais: a naturalidade das desigualdades sociais e o desenvolvimento das forças produtivas e da cientificização. Inicialmente, a relação entre ciência e práxis é pensada de maneira dedutiva, e os conhecimentos obtidos cientificamente são, de acordo com a demanda, impostos autoritariamente - época áurea do argumento de autoridade<sup>6</sup>!

Em seguida, com a participação dos usuários, dos destinatários da ciência (na administração, na política, na economia e na esfera pública do governo), faz com que eles se tornem, em meio a interações e conflitos, como também produtores de conhecimentos socialmente válidos. Essa participação dos usuários assenta-se na ampliação do conhecimento científico, o que torna a demanda dos usuários e gestores mais dependente da oferta de cientistas, para a tomada de decisões.

O desenvolvimento avanço científico-tecnológico traz em si uma flagrante e nova contradição, porquanto seus fundamentos cognitivos são examinados no autoquestionamento das ciências, como erros, limites,

---

<sup>6</sup> O fulcro da república platônica é a tentativa de estabelecimento das condições e dimensões do argumento de autoridade, o que mostra, com a da filosofia reflexiva sobre as atividades práticas e teóricas, uma pregação antidemocrática, porquanto não considera os vários indivíduos produtores e consumidores de conhecimento e de moral.

ignorância, convenções, ao mesmo tempo em que o avanço tecnológico parece estar imunizado contra a dúvida e o questionamento ético. Por exemplo, o menos questionado é, no fim das contas, o imprevisível, porém já conhecido<sup>7</sup>: bombas atômicas e energia nuclear, com todas as situações de ameaça que criam, ultrapassando todos os conceitos e toda imaginação, o que dá mostra da carência de competência do controle social em comparação aos cientistas especialistas (BECK, 2010).

O desvelamento da naturalidade das desigualdades sociais decorre da mudança da dimensão política das arenas tradicionais da representação, como parlamento, governo e administração política, para uma zona nebulosa de negociações entre um diminuto grupo de executivos a favor das elites proprietárias, como uma subpolítica. Ao mesmo tempo, cria-se uma propaganda sobre a necessidade de redução do Estado (para a execução de políticas sociais favoráveis às grandes parcelas da população), ou até mesmo de sua irrelevância. Assim, mais uma vez, tenta-se estabelecer um discurso de governabilidade do Estado, com as técnicas da economia política, cujo alvo central é o governo da população e a destituição de sua fala, mediante o uso da ciência estatística.

Essa transição da não política para a subpolítica caracteriza-se como um processo no qual a habitual fórmula pacífica de progresso tecnológico igual a progresso social parece ter perdido suas condições de aplicação e crença. Em

---

<sup>7</sup> Bombas atômicas sobre Hiroshima e Nagasaki, em 6 e 9 de agosto de 1945, respectivamente, causaram a morte imediata de mais de 300 mil pessoas e a mutilação de milhares de outras, gigantescos prejuízos ecológicos, o surgimento de uma cultura de ressentimentos contra os agressores e, obviamente, o horror às guerras vindouras.

meio a isso, as fronteiras da política são dissolvidas, os direitos estabelecidos são reduzidos no sistema político e os movimentos sociais emergem fora do sistema político sem capacidade de tornar-se um ator importante na disputa política. Ou, até mesmo, contra a política!

Estranhamente, essa dissolução pode ser considerada como a resultante da democracia e da política social realizada. Isso só foi possível com o desenvolvimento técnico-econômico, com a ampliação da disciplina em inusitada mediante as escolas, as oficinas, os exércitos etc. Contudo, esse desenvolvimento parece alheio, imune à pressão para a sua legitimação parlamentar<sup>8</sup>. Porém, ao mesmo tempo, o desenvolvimento técnico-econômico possibilita a repolitização, considerando-se que em algum momento perdido na história houve uma politização do social, da modernização doravante com uma nova dimensão política e moral.

Seguramente, na sociedade industrial, o processo de renovação democraticamente é fragmentado, com uma pequena parte das competências decisórias da vida social sendo localizada no sistema político e submetida aos princípios da democracia parlamentar, para lhe atribuir algo de legitimação, e a grande parte dessas competências sendo delegada liberdade de investimento em pesquisa e produção de mercadorias.

A compreensão desse acontecimento suscitou a quebra da naturalidade das desigualdades sociais e da neutralidade da ciência, com a migração do

---

<sup>8</sup> A Assembleia Legislativa do Ceará é apelidada por seus próprios parlamentares como “A Casa do Povo”.

potencial de configuração da sociedade do sistema político para o sistema subpolítico da modernização científica técnica econômica, e o Estado deixa de ser o baluarte da participação social, o que passa a ser feito via consumo, via mercado, via ampliação da participação na esfera pública, onde a maior parte da população está integrada em seu papel de consumidora e não de produtora. Certamente, a falta de inserção de grandes contingentes no consumo suscitou a emergência de caudalosos movimentos sociais em direção ao mercado, ao consumo, ao acesso à produção no Brasil, nas décadas de 1970 e 1980.

Nesse contexto, os participantes dos movimentos sociais ativos percebem a exacerbação da autonomização progressiva, decerto já contida no princípio da representação, do aparato de poder estatal em relação à vontade dos cidadãos, e contra ela procura intervir e sobreviver mediante a sua própria formação tendo em vista que a superespecialização é um modelo de atividade da práxis social que condensa o fatalismo dos efeitos num tipo de círculo autoafirmativo, de supremacia, de uma busca sem fim, daí, a valorização da pesquisa e da produção de conhecimento científico no processo de decisão política, dada a proporção inversa entre a especialização e o controle social. Ou seja, é patente a deficiência dos agentes do controle social para acompanhar a atividade da economia e seu desenvolvimento técnico-científico, o que é corretamente considerado quando da enumeração de demandas por formação.

Tal situação é emblemática do atual estágio da sociedade industrial, bem diferente das épocas anteriores, com a materialização do poder global em grupos e articulações econômicas, em vários organismos, como a

Organizações das Nações Unidas e suas agências, a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, grupos de países com os maiores produtos internos brutos, como o G-7, o G-20 etc. No entanto, as grandes parcelas da população, as numerosas massas do social, são mantidas à distância da discussão e decisão políticas<sup>9</sup>.

O resultado geral desse processo é um mundo no qual o poder flutua, enquanto as políticas continuam atadas em seu lugar; o poder é crescentemente global e extraterritorial, mas as instituições políticas permanecem territoriais e acham difícil, senão impossível, subir além do nível local. No mundo atual de economia globalizada, qualquer cidade possui uma importância relevante em virtude das relações entre os grandes centros de decisão e as vastas regiões periféricas<sup>10</sup>.

A modificação da sociedade industrial acarreta o processo de destradicionalização dos mundos da vida, com a emergência da incerteza nos fundamentos sociais da política, onde se politiza o privado, o que já está presente na república platônica. Para compreender bem o efeito deste processo, deve-se considerar que:

a vida social é determinada por tabus sociais e religiosos; cada um tem seu lugar marcado no conjunto da estrutura social; cada um sente que esse seu lugar é o adequado, o lugar “natural”, que lhe foi destinado pelas forças que regem o mundo; cada um “conhece o seu lugar”. (POPPER, 1987, p.26)

---

<sup>9</sup> Há pouco um primeiro ministro da Grécia perdeu o cargo porque sugeriu a realização de um plebiscito para a população grega referendar um acordo de estabilização econômica negociado na cúpula da União Europeia, em novembro de 2011, que continha corte de benefícios sociais e demissão de funcionários públicos – conforme o Consenso de Washington.

<sup>10</sup> Quem vê a Avenida Paulista não enxerga a Vila Parisi? Como não?! Estão imbricadas!

Com a perda desse mundo organizado, rigidamente hierarquizado, aparentemente natural, há a extrapolação das forças produtivas voltadas para o domínio da natureza e para o desenvolvimento de capacidades das pessoas, mediante atividades agrupadas sob o rótulo de trabalho. A partir daí, eis que se instaura um processo cultural de produção material, o capitalismo, baseado em diversas maneiras de divisão da população até os dias atuais, e marcado pela separação da maioria da população de seus instrumentos de trabalho e pela falta de acesso ao consumo para a garantia de sua reprodução biológica.

A partir da compreensão dessa situação, ao longo dos anos, ruidosas parcelas da população tem se colocado em movimento em todos os quadrantes do planeta Terra, ora com a ideia de um retorno a uma sociedade tradicional, ora com a ideia de realização de uma sociedade global baseada no trinômio de *fraternité, égalité, liberté*.

Nas cinco décadas recentes, a produção econômica brasileira alcançou elevados índices econômicos sem, contudo, proporcionar uma *raisonable*<sup>11</sup> distribuição e consumo das riquezas produzidas. Historicamente, era de se esperar a irrupção de lutas para a conquista dos direitos fundamentais, parte dos quais foi instituída no capítulo dos direitos sociais na constituição federal do Brasil somente em 1988. A partir da década de 1970, sob a ditadura militar vigente no país, enormes parcelas da população perceberam a incapacidade, ou negligência, do Estado de pode intervir, como na modernidade clássica, época áurea do capitalismo industrial. Surgem variadas articulações da

---

<sup>11</sup> A palavra francesa *raisonable* é indistintamente usada aqui com o sentido de 'razoável' ou de 'racional'.

população dos mais distintos rincões do país e se organizam em associações e sindicatos e colocam em movimento.

Esses movimentos sociais souberam estipular o controle social sobre as políticas públicas do Estado brasileiro como necessário para a garantia do acesso da população à riqueza do país e, com essa compreensão ocuparam a cena política sem, contudo, reunirem forças o bastante para apresentar todas as suas reivindicações e garantir a sua efetivação. Entretanto, na área da saúde, esses movimentos sociais conseguiram a instituição de uma legislação social das mais avançadas do mundo, a qual permanece em disputa política.

Certamente, a formação de conselheiro para o controle social deve conter o essencial dos movimentos sociais ativos de quebrar a regularidade, a livrar-se dos hábitos e prevenir a indução ao desenvolvimento de habitualidades. Ou seja, a única maneira de avançar na efetivação dos direitos sociais é mediante a permanência e fortalecimento dos movimentos sociais. Dessa maneira, o programa de formação de conselheiro de saúde para o controle social no SUS, uma política pública, deve conter estratégias a partir das experiências de vida dos participantes sem, contudo, prender-se à utilização de soluções biográficas para contradições sistêmicas.

Esse alerta deve sempre estar presente por conta da constante e intensa pressão para a caracterização, detecção e/ou definição de necessidade de cursos de capacitações e outras práticas educacionais para os movimentos sociais; sobretudo, porque as atividades de formação apresentam um valor de

mercado fascinante e atrativo para uma clientela voluntariosa, não obstante serem cursos curtos e seminários de fim de semana ou depois de uma jornada de trabalho.

O conhecimento dos direitos fundamentais envolvidos na formação de conselheiros deve ser capaz de oferecer várias possibilidades de interpretação e, em situações históricas diversas, sempre novos pontos de partida e de ressemantização da sociedade e seus atores políticos fundamentais. Não se deve deixar de considerar que foi justamente o relativo sucesso da participação política, inclusive com algum apoio de partidos políticos com algum matiz de justiça social com base no iluminismo europeu do século XVIII (ROUANET, 1989), que causou a perda do poder de intervenção do Estado (notadamente nas questões sociais favoráveis ao todo da população), e a deslocalização da política para uma área de acesso restrito, científico e tecnológico, que diz respeito a toda a população:

o centramento das competências decisórias no sistema político, como estava na relação entre *citoyen* e *bourgeois* no projeto da sociedade industrial burguesa, apoia-se na ingenuidade com a qual, por um lado, direitos democráticos dos cidadãos são estipulados, enquanto, por outro lado, relações hierárquicas de autoridade podem ser mantidas na tomada de decisões políticas. (BECK, 2010, p.285)

Nessa arena de participação política, o controle social configura-se como coprodutor de conhecimento científico quando avalia a realização de pesquisa e a subsequente disseminação de seus resultados e riscos; como cogestor

quando acolhe a prestação de contas e tomadas de decisão, com ônus e bônus. Isso deve ser contemplado no programa de formação para o controle social, nos conteúdos estudados, sob pena de os conselheiros não terem competência para o desenvolvimento de suas atribuições que a população lhes confiou e dos quais aguarda prestação de contas de sucesso.

Nesse contexto, a formação de conselheiro deve ser capaz de mostrar que os verdadeiros poderes são essencialmente extraterritoriais enquanto os lugares de ação política permanecem locais; que a globalização econômica é mundial ou sem território, enquanto a política é local, visceral, o que sempre requer a mediação da política mais corriqueira, o que é feito com tal maestria que raramente é percebida ou tematizada.

Com isso, o controle social exercido pela população sobre uma política pública ocorre em uma sociedade profundamente cindida entre proprietários e não proprietários, o que fica mais claro quando observada em um nível local. Por exemplo, a segurança, garantida de forma coletiva, passa a não ser mais um objetivo válido da política pública, com a negligência do poder de polícia, o qual passa a ser negociado com serviço de segurança privado, principalmente voltado para a preservação patrimonial das megacompanhias.

Na contemporaneidade, a partir das experiências da modernidade de três séculos de iluminismo, vive-se a era da governamentalidade, assentada na soberania, disciplina e gestão governamental, mediante a instrumentalização do saber econômico e os dispositivos de segurança, com os riscos e

contradições sendo produzidos socialmente e o dever e a necessidade de lidar com eles sendo produzidos de maneira individualizados. A disciplina é extremamente valorizada, quando se trata de gerir a população. E gerir a população, com o uso da ciência estatística, significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe.

A crescente exacerbação desse processo de individualização, inclusive a separação dos trabalhadores de seus meios de sustento, dentro de uma lógica mais ampla de transformação de todas as coisas em simples mercadorias, o que se expressa na nova ordem industrial instalada, não deixaria surgir algo como uma sociabilidade universal, baseada em igualdade, em fraternidade e em liberdade. Cabe salientar que os movimentos para a extinção da escravidão nos séculos XIX e XX, principalmente nas colônias europeias independentes da América, contaram, sobretudo, com o brio e luta dos escravos e apoio de parcelas da população tornadas abolicionistas, por um lado, e se enquadraram na expansão do trabalho assalariado, por outro. Isso resultou em um compromisso entre capital e trabalho, alicerçado pela propalada mutualidade de sua dependência, a qual parecia não poder ser contestada menos ainda ser desfeita.

A constituição de um saber de governo é absolutamente associada à constituição de um saber sobre todos os processos referentes à população em sentido amplo; saber chamado precisamente de economia. Com o fim do modelo de família de gerência da economia, o interesse individual e o interesse geral constituem o alvo e as aspirações individuais daqueles que compõem a

população, cuja demanda suscita o surgimento da economia política. Isso reorienta o foco das pessoas para o Estado como provedor das condições para a reprodução biológica, como creche, saúde, moradia, lazer, educação etc., vale enfatizar, como direitos sociais, de todas as pessoas, de acesso universal; essas condições eram antes localizadas ou asseguradas no âmbito da família, da esfera da vida privada, da esfera da intimidade, nas ditas sociedades ocidentais; ou ainda são naquelas consideradas antigas ou de fortes características tribais ou sociedades fechadas (POPPER, 1987).

Essa centralidade ou supervalorização do problema do Estado tem a sua origem ou explicitação no lirismo hobessiano do monstro frio frente aos indivíduos. Entretanto, a família passa a ser um segmento da população, o qual é usado pelo Estado como um acesso privilegiado à população, em seu processo de gerência dos grandes números das demandas sociais mediante o recurso à ordem de filas e estabelecimento de prioridades, competitividade etc. (FOUCAULT, 2010).

Por governamentalidade pode-se entender o conjunto constituído por instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas, o qual permite o exercício do poder sobre a população, mediante a economia política, que é a sua forma principal de saber, com a utilização de dispositivos de segurança. Com isso, esse tipo de governo se destaca em relação aos demais, como a soberania, a disciplina etc., e, ao mesmo tempo, configura-se como a culminância de um processo de transição do estado, partindo do Estado de

justiça<sup>12</sup>, nascido em uma territorialidade de tipo feudal, com base no exercício da lei, passando pelo Estado administrativo, marcado pela sociedade de regulamento e de disciplina, com suas escolas, oficinas, exércitos, ordens profissionais etc., e desaguando no Estado de governo ou Estado governamentalizado.

A existência do Estado do Bem-Estar seria uma maneira pensada para lidar com as anomalias, prevenir o afastamento das normas e tornar de difícil percepção as possibilidades de quebrá-las, dentre elas o compromisso mútuo direto entre capital e trabalho. Neste contexto, os sindicatos e partidos de trabalhadores aglutinaram a impotência de seus integrantes individuais (e individualizados) em um poder de barganha coletivo e solidariedade para inscrever direitos trabalhistas e impor restrições ao arbítrio dos capitalistas.

A sofisticação das atrocidades realizadas intensamente no século XX, marcado por terríveis guerras de concorrência entre capitalistas, com largo apoio da ciência em geral, e seus efeitos catastróficos para os ideais iluministas e para a natureza, contribuíram em muito, pode-se afirmar, para a organização e movimentação daquelas pessoas individualizadas, apesar da fragmentação e dispersão de suas lutas.

Na sociedade de risco, atual, moderna, o processo de individualização fez emergir o indivíduo detentor em potencial de direitos civis, por um lado, e fez brotar a necessidade de lidar com os riscos e as contradições, socialmente

---

<sup>12</sup> Em “As Nuvens”, os alunos desdenham dos ensinamentos de Sócrates porque não conseguem localizar Atenas no mapa sem referências aos seus tribunais (ARISTÓFANES, 1977).

produzidos, que continuam sendo individualizados, por outro lado.

Na contemporaneidade, esse processo de individualização significa algo bem diferente do que significou em outros séculos, assim como a sociedade mudou muito a maneira como dispõe os seus membros como indivíduos. A distribuição e divisão dos indivíduos, principalmente, em classes são uma decorrência do acesso desigual aos recursos necessários para a efetivação de sua autoafirmação. As pessoas com menos recursos, por isso mesmo, com menor acesso às escolhas de tomada de decisões sociais, tiveram que recorrer aos malabarismos das filas e ações coletivas, de massa, diluindo-se em meio aos contingentes numerosos como aparentemente iguais nos populosos movimentos.

A disposição e a classificação das pessoas não se realizam mediante o estabelecimento de fronteiras intransponíveis, o que pode suscitar medo e agressividade no processo de estabelecimento de uma ordem social, por exemplo, uma sociedade iluminista, a qual não consegue sequer abolir a luta pelo poder. Assim, a substituição do processo iluminista de universalização, do cidadão do mundo etc., por um processo de globalização, à frente a economia com seus movimentos erráticos sem controle nem planejamento, por um lado, e a desvalorização da ordem e a pulverização de seu centro de mando, por outro lado, estabelece uma hierarquia de poder híbrida, marcada pela grande capacidade de mobilidade aleatória, localizada no topo (da pirâmide social) e baixa velocidade de acompanhamento da sua base: a velocidade de mobilidade diminui do topo para a base; na mesma proporção o consumo em

geral e a propriedade.

Essa hierarquia diferenciadora comporta em si a própria desvalorização da ordem, sem a qual não poderia haver movimento, e a instauração da incerteza radical a respeito dos mundos material e social, cuja percepção é vivenciada como um problema pessoal aparentemente desprovido de seu caráter social (BAUMAN, 2008).

Seguramente, pode-se afirmar que a situação de ordem implementa em escala catastrófica o sentimento de incerteza, de medo, de imprevisibilidade quanto à existência de meios e conhecimentos necessários para a manutenção, da situação das coisa. Contudo, os poderes constituídos localizados no topo desenvolvem uma capacidade de apreensão sobre a tendência de mudança potencial em curso por aqueles que não nasceram no poder, ou não foram classificados como membros da sociedade política, em escala global e/ou local.

Essa sociedade política atua com desenvoltura no processo de desregulamentação em escala universal com a exacerbada concorrência por mercados, liberdade absoluta de movimentação financeira e industrial, com a destruição de redes sociais reais de segurança (e aparente promoção das redes sociais na Internet).

Seguramente, os resultados principais dessa atuação são o aprofundamento e expansão das desigualdades em uma escala que os iluministas mais pessimistas jamais poderiam ter pensado. Com isso, emerge

uma lacuna entre a individualidade como destino e a individualidade como capacidade prática e reflexiva para a autoafirmação. Essa lacuna torna-se mais dramática quando se percebe que os problemas mais comuns dos indivíduos aparentam ser tão somente problemas individuais, sem potencial de contribuição para a formação de causas comuns e de problemas identitários. Entretanto, essa situação rotineira, do cotidiano das pessoas, não é sempre vivida nem percebida como falta de liberdade, como opressão.

Pode-se afirmar, talvez, que essa contingência de obediência à ordem sem muita contestação é tomada como incorporada ao jogo da vida social, que possibilita segurança e conforto, contudo, não se pode perder de vista, que isso se configura uma heteronomia, quando alguns seguem regras e comandos determinados por outros. Essa obediência pode ocorrer ora sem resistência nem rebelião, de bom grado, ora com ressentimento contra o centro de comando, ora com certa naturalização das desigualdades sociais, que podem até parecer boas em relação ao passado sombrio ou ao futuro incerto.

Em contraposição, a autonomia parece esquecida pelos indivíduos, uma vez criadas as sociedades com suas instituições e significações. Todavia, o registro da ocorrência dos movimentos sociais de massa aponta para a recorrente descoberta e admissão explícita e crítica da origem inevitavelmente humana das instituições sociais, as quais são a condição que os indivíduos necessitam para transformar de novo seu status *de jure* numa autonomia genuína e numa capacidade de autoafirmação, na perspectiva de construção do indivíduo *de facto* (BAUMAN, 2000).

Grosso modo, pode-se afirmar que a sociedade que surge a partir das experiências prevalecentes do capitalismo no século XX é a sociedade de risco, que traz uma característica bastante diferenciadora das demais, que é a impossibilidade de atribuir às exterioridades a responsabilidade por sua construção, por sua manifestação, por sua ruína. Diferentemente das anteriores, que se viam confrontadas por falta de compreensão das mais diversas origens e matizes, como o conhecimento científico, a sociedade de risco tem somente a si própria para prestar contas, para imputar alguma culpa por sua existência.

Os riscos desta sociedade devem ser compreendidos como produto histórico do próprio desenvolvimento da capacidade das pessoas para a autoafirmação, autotransformação e autodestruição das condições de reprodução de toda a vida no planeta terra. Doravante, as origens dos riscos são localizadas não no desconhecimento e na ignorância, mas, ao contrário, no conhecimento; não na natureza impenetrável, mas, naquela natureza interativa que corresponde à investigação científica. A sociedade de riscos gera essencialmente o motor de uma possível autopolitização da modernidade, de uma mudança sistêmica da política, a partir do dimensionamento das ameaças do presente e do futuro.

Na sociedade de risco, o centro do mando destina somente uma parte das competências decisórias socialmente definidoras para o debate no sistema político com base nos princípios da democracia parlamentar tradicional; enquanto outra parte, majoritária, é delegada à liberdade de investimento das

empresas e à liberdade de pesquisa científica (em geral, ligada àquelas empresas), localizadas em um terreno diferenciado da política, o da subpolítica.

Com o desenvolvimento científico tecnológico, algumas situações problemáticas não podem mais ser tratadas como problema instrumental a ser resolvido pela aplicação de uma das regras disponíveis no estoque de conhecimento profissional. Porém, são situações de conflitos de valores, as quais devem ser avaliadas como sem fins claros em si e por diversas maneiras, inclusive ética, principalmente no contexto de crítica, controvérsias e insatisfação quanto aos profissionais superespecializados (SCHÖN, 2000).

Com isso, vem abaixo a tentativa de naturalização das desigualdades sociais e a pregação de sucessivos estágios do desenvolvimento das forças produtivas e da cientificização, o que deixa transparecer os limites e as facetas sombrias de um progresso sem fim, assentado na inutilização de grande parte dos recursos naturais, mudança sistêmica do trabalho, destradicionalização das classes, intensificação das desigualdades sociais e na tentativa de camuflagem da política. Essa tentativa de naturalização das desigualdades sociais contribuiria para escamotear o acatamento de direitos estabelecidos e assim defendidos.

O emprego do discurso de naturalização das desigualdades constitui um entrave à emergência de iniciativas de numerosas parcelas da população. Esse entrave serve para dificultar a percepção de que o desenvolvimento técnico econômico já ocorre por fora da política participativa e parlamentar, o que

deixaria entrever a perda de importância da participação em instituições de representação da população, como parlamentos, sindicatos e associações profissionais, etc. A percepção dessa perda pode, por outro lado, suscitar o surgimento de (novos) movimentos de grandes parcelas da população tomadas como apolíticas. E, com isso, povoar o imaginário das pessoas com a possibilidade de construção de um mundo melhor, contra a falência ou negligência do ideal iluminista e seu simulacro, a sociedade de risco atual.

Com o aumento dos riscos e a maior visibilidade do gerenciamento empresarial e científico, as instâncias estatais de controle juridicamente competentes e instituições da esfera pública sensíveis à situação passam a ser demandadas para o exercício do controle social quanto à legitimação política e moral do desenvolvimento e dos resultados da mudança tecnológica.

Na configuração da sociedade de riscos, o projeto do Estado social, inclusive o Estado do Bem-Estar, com seu poder político de intervenção, passa a ocupar uma posição subalterna ao sistema subpolítico da modernização científica técnica e econômica, que cresceu a salvo das turbulências da política. Com isso, as instituições políticas passam a ser gerenciadoras de um processo que elas não planejaram nem definiram, e que, no entanto, possui um teor efetivamente político de longo alcance sem, contudo, contar com agentes correspondentes politicamente legitimados.

O potencial configurador da modernidade, com as decisões de investimentos na economia e nas ciências como alavancas para a

transformação social, começa a desmoronar sobre seus resultados catastróficos sem, contudo, impedir a percepção da presença determinante dos agentes econômicos<sup>13</sup> na alteração do mundo de maneira quase irremediável (BECK, 2010).

Nos marcos da sociedade de risco, a subpolítica das ações econômicas obriga a reivindicação e a negociação a entrarem nos estreitos espaços políticos daquilo que é permitido acontecer, de modo que as ações participativas se conformam com o possível e realista, deixando intactas todas as situações que não cabem nas prioridades (econômicas e políticas) governamentais. Com isso, são legitimadas as exclusões necessárias, deixando à mostra os requisitos obrigatórios para a execução de uma ideia de um experimento democrático concreto, mediante os recursos da economia política.

Contudo, a gestão das relações sociais e políticas tem sido utilizada no enfrentamento da tensão entre técnica, violência e política, com a alegação de realização da vinculação de reivindicações, diálogos e negociações para o funcionamento de imperativos econômicos utilizados para as decisões supostamente realistas sobre as carências da população.

Com isso, como objetivo principal, pretende-se evitar a emergência, ou tão somente o conhecimento, de uma realidade, da qual aqueles que se presumem intelectuais têm pavor (HOLANDA, 1995). Ao que tudo indica, a

---

<sup>13</sup> Em 17 de setembro de 2011 começou o ruidoso movimento *Occupy Wall Street*, com a correta focalização da responsabilidade pela crise financeira nas megaempresas globalizantes.

necessidade prioritária dos governos tem sido a aceleração dos processos de desmanche da política e de seus sujeitos e, simultaneamente, a exibição triunfante da qualidade da democracia para explicar a ascensão da técnica de controle político por parte de pequenas parcelas privilegiadas da população, seguramente cerca de 1% apenas, apelidadas de elites, assim noticiadas e aceitas, as quais tendem a tornar suas possessões mais duráveis e hereditárias, enquanto o restante das gentes cultiva uma tendência de associar a fraqueza e a privação sociais a coisas da vida curta e transitória, com uma obstinada recusa de consumir, quiçá espiritual, e com uma retumbante teimosia em não admitir o acesso desigual aos recursos requeridos para tornar melhor a sua existência no mundo.

Dessa maneira, são afastadas as instâncias autônomas de deliberação política, e ignoradas todas as perturbações ideológicas, o que favorece a centralização do uso da racionalidade instrumental técnica econômica para evitar os riscos implícitos mediante o gerenciamento prático da escassez, o pragmatismo seletivo das decisões realistas sobre as carências a serem resolvidas e o controle da própria negociação, o que requer obrigatoriamente uma fachada social moderna, democrática e pedagógica, a favor da participação (PAOLI, 2007).

O social da sociedade de risco requer de imediato o conhecimento administrativo da distribuição no âmbito da reprodução biológica e da sobrevivência, e, portanto, o controle social da sociedade sobre as políticas públicas na forma de gestão generalizada. Nesse cenário político, a formação

de conselheiro para o controle social no SUS deve levar em conta a caracterização do Conselho de saúde como um arranjo corporativo para mediação entre as demandas da população, composta de trabalhadores, usuários e outros grupos de interesse, com vistas à diminuição de conflitos distributivos da riqueza socialmente produzida no país.

Por isso, mesmo, o controle social no Sistema Único de Saúde, uma prática de cidadania, comporta enormes conflitos entre os segmentos e representações presentes das instâncias, quer no Conselho de saúde, quer na conferência de saúde. Ao mesmo tempo em que replica em seu interior a composição e a dinâmica das várias parcelas e segmentos da população da sociedade, o controle social no SUS exemplifica a maneira como a participação da população no governo da sociedade pode ser feito, sem escamoteação dos interesses individuais e de grupos econômicos em disputa política.

### 3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL

A atividade de solucionar, de responder um problema, equipara-se à atividade de sua compreensão (POPPER, 1999). Assim, esta pesquisa sobre o controle social no SUS, uma política pública de efetivação da saúde como um dos direitos sociais, surge a partir de atividades socioeducacionais orientadas para a formação de conselheiro de saúde, coordenadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará, nos marcos de uma sociedade de risco.

Essa sociedade de risco configura-se como uma sociedade

em contraste com todas as épocas anteriores (incluindo a sociedade industrial), marcada fundamentalmente por uma *carência*: pela impossibilidade de *imputar externamente* as situações de perigo. À diferença de todas as culturas e fases de desenvolvimento social anteriores, que se viam confrontadas a ameaças das mais variadas formas, atualmente a sociedade se vê, ao lidar com riscos, *confrontada consigo mesma*. Riscos são um produto histórico, a imagem especular de ações e omissões humanas, expressão de forças produtivas altamente desenvolvidas. Nessa medida, com a sociedade de risco [...] se os riscos chegam a inquietar as pessoas, a origem dos perigos já não se encontrará mais no exterior, no exótico, no inumano, e sim na historicamente adquirida capacidade das pessoas para a autotransformação, para a autoconfiguração e para a autodestruição das condições de reprodução de toda a vida neste planeta. Isto significa, contudo: as fontes de perigos já não são mais o desconhecimento, e sim o *conhecimento*, não mais uma dominação deficiente, e sim uma dominação *aperfeiçoada* da natureza, não mais o que escapa ao controle humano, e sim justamente o *sistema de decisões* e coerções objetivas estabelecidos com a era industrial. (BECK, 2010, p.275)

A realização das oficinas de formação de conselheiro de saúde ocorre no período de 2007, durante o segundo mandato do presidente da república Luís Inácio Lula da Silva, líder sindical e possuidor de um histórico de grandes embates e negociações pela redemocratização e melhoria das condições de vida dos trabalhadores do país, cujo primeiro governo foi marcado por grande expectativa da parte dos segmentos mais pobres da população, os quais podem ser considerados os responsáveis em grande parte pelo respaldo político desse governo, o qual deve ser intensamente analisado, sobretudo quanto à vigência e destino da luta dos movimentos sociais, porquanto esse governo tem um largo lastro nos movimentos sociais, os quais são

formas de ação coletiva com algum grau de organização e representam o conflito ou a contradição entre setores da população pela conquista e/ou administração de recursos e bens econômicos, culturais e políticos e, também, para promover modificações e transformações das relações instituídas de uma sociedade, havendo, igualmente, movimentos sociais que almejam a manutenção das instituições sociais. Movimentos sociais emergem das contradições fundamentais da sociedade e/ou de demandas conjunturais decorrentes de carências econômico-culturais. Esses fatores explicativos da emergência dos movimentos são mediados por elementos de práticas organizativas e participativas de grupos sociais; por suas interpretações e representações sociais sobre a experiência social e sobre as forças sociais que dizem representar, bem como sobre aquelas que antagonizam; pela posição de agentes externos e pelas políticas públicas existentes. (KAUCHAKJE, 2008, p. 675)

A análise deve ser rigorosa o bastante para circunscrever esse governo em uma sociedade diferente daquela idealizada pelo pensamento iluminista europeu em construção nos três últimos séculos. Essa sociedade iluminista,

que deveria ter dado conta do desafio dos processos de domínio da natureza para a emancipação humana, seja lá o que isso possa ter sido imaginado, deu lugar a um tipo de sociedade que se quer reproduzir em todas as partes do mundo, em movimento de globalização, com suas regras de individualização, desemprego e subemprego, ênfase na revolução dos gêneros e ampliação dos riscos da crise ecológica e da turbulência dos mercados financeiros, o que configura o estágio atual da modernidade. Modernidade que se realizou mediante instituições de participação da população, como sindicatos e partidos políticos, inclusive em disputas eleitorais em várias regiões do planeta.

A sociedade de risco assenta-se em certo tipo de sucesso da democratização da política, sob pressão dos movimentos sociais, que levou à perda do poder de intervenção estatal e à deslocalização da política. Nessa sociedade, o centramento das competências decisórias no sistema político apoia-se na ingenuidade com a qual, por um lado, direitos democráticos dos cidadãos são estipulados, enquanto, por outro lado, relações hierárquicas de autoridade podem ser mantidas na tomada de decisões políticas. Isso comporta tensões e contradições na estrutura do sistema político-democrático, na relação entre o governo e seus partidos, de um lado, e os cidadãos e suas instâncias/entidades oriundas da implementação de direitos e deveres democráticos e detentoras de diversas possibilidades de participação, por outro lado.

A história do Brasil, a meu ver, mostra um país praticamente situado à margem das experiências iluministas ou, quando muito, a reboque. Por

exemplo, o sistema público de saúde da Inglaterra é largamente lembrado quando se tenta escrever história do SUS, no entanto, esquece-se de datar os avanços da legislação trabalhista inglesa no século XIX, quando havia uma brutal escravidão em terras brasileiras. E que, somente na década 1980, o Brasil iria instituir os direitos sociais e indisponíveis, com a participação da população na implementação desses direitos, como a saúde.

### 3.1. Instituição da Saúde como Política Pública

O movimento na área da saúde compõe obviamente o quadro do país como um todo, que teve seu curso histórico e econômico profundamente alterado pela intervenção militar de 1964 e seus vinte e um anos de governantes escolhidos entre os militares e seus correligionários, em um cenário mundial ou exterior de grandes modificações no pós-guerra de 1939-1945. Os países mais diretamente envolvidos nessa guerra, como Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), Japão, Alemanha, dividida em duas, e outros países europeus, iniciam um programa de reconstrução da infraestrutura destruída e de ampliação de benefícios sociais.

Diferentemente da URSS, nos demais países esses benefícios compõem um sistema econômico baseado na livre empresa, denominado Estado do Bem-Estar (*Welfare State*), com acentuada participação do Estado, com objetivo de proporcionar ao conjunto da população os padrões de vida mínimos e razoáveis, desenvolver a produção de bens e serviços sociais, controlar o ciclo econômico e ajustar o total da produção, seus custos e rendas sociais.

Ao Estado caberia a aplicação de uma progressiva política fiscal para possibilitar a execução de programas de moradia, saúde, educação, previdência social e seguro desemprego, e a definição de garantia de uma

política de pleno emprego. Essa intervenção estatal deveria ocorrer nos governos municipais, estaduais ou provinciais e central ou nacional. Nos Estados Unidos, alguns aspectos do Estado do Bem Estar implantado em alguns países da Europa desenvolveram-se na vigência do programa *New Deal* (Novo Trato ou Novo Pacto) no período de 1933 a 1937, como um sistema de previdência social, redução da carga horária de trabalho sem diminuição de salário, para estimular uma maior absorção da força de trabalho, salário mínimo nacional, liberdade de organização sindical e convenção coletiva de trabalho e seguro social.

Apesar da forte oposição dos industriais e grandes setores conservadores da sociedade norte-americana, a execução desse programa favoreceu, sobretudo, o grande capital, que passou por um intenso processo de desenvolvimento e concentração, enquanto pequenas empresas eram eliminadas ou absorvidas. A prosperidade dos Estados Unidos, dos países europeus que adotaram o *Welfare State*, e outros, que implementaram alguns benefícios sociais, é patente até o final da década de 1960, quando começam os cortes de benefícios sociais, como seguro-desemprego, aposentadoria e assistência à saúde e outros, não obstante alguns governos terem grande apoio de algumas centrais sindicais dos trabalhadores e de alguns partidos de apelo popular e com algum verniz socialista.

No Brasil, grosso modo, pode-se dizer que a era Getúlio Vargas, político dominante na cena brasileira, compreende os anos de 1930 a 1964, com excepcional apoio do proletariado urbano, em franco crescimento, em particular

na região sudeste do país, com a implantação de indústrias de base, como siderurgia e petroquímica, e a ampliação da indústria automobilística. São dessa era a criação do salário mínimo, a ampliação da assistência social com a formação dos institutos de aposentadoria, a instituição da assistência médica e hospitalar aos trabalhadores, a regulamentação dos contratos de trabalho, a fixação dos horários de serviços, a garantia de estabilidade no trabalho após dez anos de emprego e as férias remuneradas. Em 1943 o Brasil adotou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com grande apoio dos trabalhadores, principalmente urbanos, cujo movimento sindical era mantida sob forte controle do governo.

A força de Vargas se manifestaria um ano depois de sua morte em 1954, com a eleição de Juscelino Kubitschek para presidente do país para o período de 1956 a 1961, tendo como vice o herdeiro político de Vargas, João Goulart, o qual foi também eleito como vice de Jânio Quadros para presidente do país para o período de 1961 a 1966. Com a renúncia de Quadros em agosto de 1961, Goulart assumiu a presidência, após algumas turbulências políticas, da qual foi destituído por um golpe militar em 31 de março de 1964, que resultou na implantação de uma ditadura militar até 1985.

O modelo de modernização implantado pelo regime militar causou a exacerbação das relações de poder entre Estado e sociedade, o que assegurava os interesses dos segmentos da população no poder mediante a adoção de uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores. Com isso, ocorre a inclusão do país no patamar da economia industrial mundial, com

acentuada queda do poder aquisitivo dos salários e, ao mesmo tempo, uma galopante aceleração da concentração de rendas nas mãos das parcelas mais ricas da população, o que acarretou a ampliação das desigualdades socioeconômicas. Essas contradições da política macroeconômica contribuíram para a degradação das condições de vida e trabalho dos assalariados, por um lado, e para o desagrado entre as próprias parcelas da população de sustentação do regime militar, por outro.

No Brasil, ao longo da década de 1970 ocorrem surpreendentes mobilizações populares, com reivindicações por direitos sociais e direitos políticos, além de melhorias das condições econômicas. Em um cenário marcado pelo desgaste do regime militar, em particular pela crise no sistema previdenciário brasileiro, final da década de 1970 e início dos anos 1980, ocorre uma conjunção entre as forças dos movimentos pelos direitos políticos e as dos movimentos pelos direitos sociais.

A luta pela redemocratização da sociedade brasileira e a luta pela participação na riqueza coletiva apresentam-se mais freqüente em confronto ao Estado, dominado pelos militares, o que desencadeia o processo de redemocratização do país, quando surgem (ou simplesmente ressurgem) instituições públicas com a finalidade de realizar ações de controle social e público das ações de governo e políticas de Estado.

A noção de controle social, que surge dessas mobilizações e chega até os dias atuais, tem como parâmetro a construção da cidadania baseada em

instituições democráticas e de direitos, diferentemente daquelas apresentadas pelo Estado brasileiro, de forma autoritária e repressiva. São exemplos dessas instituições o Ministério Público da União e seus ministérios relacionados, inclusive as Promotorias de Saúde, os Conselhos de saúde, e outros. Essas instituições pautam a sua conduta pelo zelo da coisa pública, princípio da justiça social, transparência e razoabilidade administrativa, o que suscita grande expectativa e esperança no seio da população na concretização de um efetivo Estado democrático, alicerçado nos direitos civis, direitos políticos e direitos sociais.

Seguramente, tendo o controle social como princípio, a área das políticas públicas passa a ocupar a centralidade e a vanguarda das lutas pela redemocratização do país naquele período e seguramente ainda em curso, pelo impacto na construção da cidadania e no processo participativo da vida social. Essa noção de controle social é difundida cada vez mais no bojo dos movimentos sociais urbanos no final da década de 1970, o que perpassa a diversidade das demandas por políticas públicas e contribui para o direcionamento dessas mobilizações populares para a disputa pelo acesso ao poder, para a participação na esfera pública, na vida política, no governo.

Na área saúde mantinha-se um modelo fragmentado, não obstante a centralização dos diversos institutos de assistência e pensões por segmentos, como o dos bancários, dos comerciários, dos industriários e outros, na década anterior. Na mesma perspectiva, a regulamentação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) em 1971, já previsto no Estatuto do

Trabalhador Rural de 1963, causou grande impacto pela instituição de direitos sociais aos trabalhadores rurais em um país de fortes tradições oligárquicas (MARTINS, 1994).

Efetivamente, o FUNRURAL incluía os trabalhadores rurais na previdência social, com direito à aposentadoria e pensão, e assistência médica, com recursos oriundos de um imposto sobre produtos rurais e de um imposto sobre as folhas de pagamento de empresas urbanas, sem cobrança de contribuição dos proprietários rurais nem dos trabalhadores rurais.

Contudo, ao longo da década de 1970, a ampliação e centralização do setor saúde levadas adiante, mediante a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), não surtiram grandes resultados. Isso ficou patente em uma conjuntura de recessão econômica, de escala mundial, o que contribuiu para ampliar a crise de legitimidade política do regime militar implantado em 1964.

O complexo saúde-doença passa a ser interpretado da perspectiva social a partir das evidências da permanência e ampliação de desigualdades sociais do país, entre as quais a sanitária. Nessa conjuntura, a mobilização popular passa a ser canalizada para a participação em instâncias de decisão de governo, sobretudo por influência e compreensão de grupos de profissionais

de saúde, como forma de garantir a realização do redimensionamento e do redirecionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do país. Esses grupos atuavam no Ministério da Saúde, sobretudo, e em outras instituições públicas, com críticas ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária, mediante proposições para a construção de um modelo alternativo.

Essa alternativa é formalmente apresentada pela primeira vez durante o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, de forma pública, extensa e consensual, como uma proposta de um Sistema Único de Saúde, nos moldes como seria instituído pela Carta magna de 1988 e vem sendo construído desde então.

Alguns desses grupos de profissionais de saúde passam a se articular como um conjunto de pessoas e organizações partidárias em torno do projeto de um sistema de saúde, o qual passa a ser conhecido como o Movimento Sanitário (ou Movimento pela Reforma Sanitária) em um cenário de contradições e crises, no qual o Estado autoritário brasileiro se situa entre a manutenção do modelo e a distensão política. Com a linha tática de ocupação dos espaços institucionais para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária, ou Movimento Sanitário, se constitui como um dos portadores coletivos da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão da saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007d), com influência até a contemporaneidade.

Em 1985 tem início a “Nova República”, com o governo José Sarney, mediante transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação da ditadura militar instaurada em março de 1964 e segmentos oposicionistas surgidos da democracia de fachada consentida pelo governo autoritário em derrocada. Essa transição consistiu em um pacto entre as elites sem a participação de amplas parcelas da população mobilizadas, por exemplo, na campanha das “Diretas-já”, a qual foi frustrada em 1984.

Por um lado, esse pacto deveria estabilizar as relações entre os partidos para a renovação (ou remoção) da legislação de exceção, e, por outro, deveria viabilizar a paz social, com um acordo entre trabalhadores e patrões para por fim às greves em troca de melhorias salariais etc. Em tal conjuntura, de profunda assimetria política e desigualdade social, o governo José Sarney utiliza os recursos da institucionalização dos conflitos, mediante a negociação nas instâncias estatais, bem como o pacto político no Congresso Nacional, com o controle sobre a elaboração da Constituição, a qual seria feita em comissões. Esse governo consistia em um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, sem uma consistente hegemonia de uma das partes, o que pode explicar em parte como ocorreu a instituição dos direitos sociais na Carta Magna de 1988.

Nesse período, o Movimento Sanitário realiza um trabalho extraordinário de articulação entre os trabalhadores do setor saúde, sindicalistas e movimentos de defesa da saúde no país, o que culminou com grandes mobilizações de preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Essa é a primeira conferência nacional largamente precedida por conferências e plenárias estaduais e regionais, cujo tema é a saúde. Conforme o relatório da 8ª Conferência, a saúde passa a ser exigida como um direito social a ser garantido pelo Estado. Por isso, essa conferência tornou-se um marco histórico, político e institucional do país, pela definição dos princípios norteadores da reforma sanitária, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde e a estratégia da equidade.

A formalização legal da adoção da estratégia da equidade pode ser considerada como uma demonstração do Estado brasileiro de estabelecer maior prioridade para a diminuição ou eliminação de desigualdades sociais, na perspectiva da criação de uma massa de assalariados capaz de produzir e consumir, o que parece ter contribuído para o verniz de legitimidade que a alcunha de Constituição Cidadã envolve a carta magna de 1988.

A adoção de uma estratégia de equidade mostra-se imprescindível por possibilitar a amplos segmentos da população brasileira destituídos de acesso a ações e serviços de saúde as condições necessárias para a eliminação de desigualdades historicamente estabelecidas e politicamente ignoradas. Ao mesmo tempo em que guarda proporção com a instituição dos direitos sociais pela Constituição Federal de 1988, a estratégia da equidade assegura que as parcelas da população mais pobres, por isso mesmo com menor acesso aos recursos para sua saúde, teriam prioridade no atendimento de suas demandas até o patamar de condições mínimas razoáveis de vida.

Nessa rota, o estabelecimento do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 decorreu do acatamento das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. No artigo 6 são elencados como direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. São justamente esses direitos sociais os determinantes e condicionantes da saúde, em um sentido ampliado de saúde adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Com um sentido ampliado, a saúde é inscrita como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, conforme o Art. 196 da Carta Magna. Com isso, este direito é garantido pelo Estado brasileiro, com base nos princípios diretivos de universalidade, integralidade e equidade, nos princípios organizativos de descentralização, regionalização e hierarquização, e na participação da comunidade. Formalmente, essa participação está assegurada pela legislação, principalmente a Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, consideradas como as leis orgânicas da saúde do país.

Em 2003, as críticas e insatisfações dos gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde passaram a ser consideradas e incluídas nas discussões no processo de mobilização para a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde nesse mesmo ano, sob o tema “O SUS que

temos, o SUS que queremos”<sup>14</sup>. Nessa conferência, foram retomadas as discussões sobre o direito à saúde, a saúde como integrante do Sistema de Seguridade Social, a qualidade dos serviços e efetividade do controle social, o financiamento, a articulação com outras políticas sociais, a formação e o ambiente de trabalho em saúde.

No esteio dessa conferência, o Ministério da Saúde convocou as representações dos gestores do SUS organizados no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS), e as instâncias de pactuação - Comissões Intergestores Bipartite (CIB) das unidades da federação e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em nível federal -, para a realização de um amplo debate solidário sobre o SUS.

Esse modelo federativo do SUS, com o envolvimento dos municípios, estados e a união, sugere e exige uma grande articulação entre esses três níveis de governo, com um emaranhado de pactuações de serviços e repasses de verbas. Contudo, pode-se afirmar, essa situação suscita maior centralização da demanda no município, o que lhe confere maior visibilidade e política. Principalmente quando adota a gestão plena, segundo o município assume o compromisso de garantir assistência integral, tanto ambulatorial quanto hospitalar de sua população.

Essa regionalização, seguramente, pode ser vista como certa concessão

---

<sup>14</sup> A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, retoma praticamente todas as deliberações da conferência anterior. (BRASIL, 2007b)

política aos grupos oligárquicos, o que lhes favorece o mando e o domínio político, ao mesmo tempo em que traz para o nível da política municipal e local as questões aparentemente distantes da globalização econômica.

Ao cabo de três anos de negociações, coloca-se um compromisso público denominado “Pacto pela Saúde 2006”, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos. A finalidade maior do Pacto é promover a quantidade e qualidade dos serviços ofertados, bem como assegurar o adequado acesso da população aos mesmos, conforme o preceito constitucional de que saúde é um dos direitos sociais e dever do Estado.

Os direitos sociais descritos no art. 6º da Constituição Federal de 1988 são reafirmados no bojo do conceito ampliado de saúde como um complexo de componentes da reprodução biológica, o qual deve ser considerado na construção de um projeto institucional de efetivação do direito à vida.

O art. 3.º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, salienta que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; ou seja, o conjunto de direitos sociais instituídos no art. 6º da Carta Magna de 1988. Por isso, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Para o cumprimento de seu dever constitucional, o Estado brasileiro,

marcado por grandes diferenças sociais e econômicas, deve adotar estratégias para possibilitar e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde àquelas parcelas da população com menos recursos, portanto, com menos escolhas, o que vai exigir do controle social do SUS maior poder de articulação com o executivo e o judiciário, para além do específico da área da saúde.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde pactuaram responsabilidades entre os gestores dos três níveis de governo, aprovadas na reunião da CIT em janeiro de 2006, e na reunião do CNS, em fevereiro do mesmo ano, como o Pacto pela Saúde 2006, em suas três dimensões: “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão”. Com isso, os milhares de Conselhos de saúde passam a ter maior visibilidade e ser cobrados pela execução desse Pacto pela Saúde, principalmente quando se considera que há mais conselheiros de saúde do que vereadores municipais no país.

As ações e serviços de saúde públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, em um sistema único, tendo como princípios: 1) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência para toda a população, porquanto é um direito social; 2) integralidade de assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais em todos os níveis de complexidade; 3) igualdade da assistência à saúde, sem preconceito nem privilégio de qualquer espécie; 4) direito à informação da população sobre

a sua saúde e sobre o potencial e utilização das ações e serviços de saúde; 5) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, inclusive para as atividades de ciência e tecnologia, para a inversão da situação de gastos de 90% dos recursos públicos para abranger os problemas de saúde de 10% da população; 6) participação da comunidade, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, mediante as instâncias colegiadas nos três níveis de governo, como as conferências e Conselhos de saúde.

### 3.2. Estruturação do Controle Social

Historicamente, a existência de instituições de discussão e deliberação mostra-se como condição necessária para o exercício da política e da vida social, cujas finalidades centrais são a difusão do conhecimento e a eliminação de conflitos, sobretudo quando se reconhece a existência de um nível tecnológico alcançado pela humanidade, materializado em equipamentos e procedimentos organizacionais, largamente difundidos como mercadorias. Em um campo amplo, como exemplo, pode-se citar a fundação da Organização das Nações Unidas em 1945, a partir da percepção do imbricamento de situações e problemas, que devem ser examinados sob uma lente de abrangência mundial, e da necessidade de solução negociada de conflitos.

No Brasil, com a derrota da ditadura militar implantada pelo golpe de 31 de março de 1964, a eleição de um civil para a presidência em 1985<sup>15</sup> e a promulgação da Constituição Federal de 1988, o país passa a retomar e fortalecer instituições jurídicas. Desde então, o país conhece uma reorganização dessas instituições, mediante a estruturação do Ministério Público da União (MPU), abrangendo o Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Militar, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e Ministério Público Federal. O MPU e os Ministérios Públicos Estaduais (MPE) formam o Ministério Público (MP). No Ceará, o MPE funciona com o aporte de

---

<sup>15</sup> O Colégio Eleitoral foi criado para dar alguma aura de legitimação às eleições de pessoas indicadas ou articuladas pelos militares para o exercício da presidência do país. Composto basicamente por senadores e deputados federais, o Colégio eleitoral chegou a eleger – ou ratificar – os generais Ernesto Geisel e João Baptista Figueiredo, e Tancredo Neves, cuja morte causou a posse de seu vice, José Sarney.

algumas promotorias especializadas, como a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública.

Grosso modo, cabe ao MP a defesa dos direitos sociais e individuais indisponíveis, da ordem jurídica e do regime democrático. As funções do MP incluem também a fiscalização da aplicação das leis, a defesa do patrimônio público e o zelo pelo efetivo respeito dos poderes públicos aos direitos assegurados na Constituição. As atribuições e os instrumentos de atuação do Ministério Público estão previstos no artigo 129 da Constituição Federal, dentro do capítulo "Das funções essenciais à Justiça". As funções e atribuições do MPU estão dispostas na Lei Complementar nº 75/93.

Em um campo restrito, como exemplo, pode-se citar a criação do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Ceará, pelo Art. 3º, inciso VII, da Lei Estadual Nº. 5.427, de 27 de junho de 1961. Com a criação do SUS em 1988, esse Conselho passa por uma profunda reestruturação para adequar-se à legislação e se tornar uma instância colegiada e de gestão participativa do controle social do Sistema Único de Saúde, cuja criação e funcionamento estão lastreados e fundamentados na Constituição Federal de 1988, e em consonância com as leis federais de Nº. 8.080/90 e Nº. 8.142/90, e a Resolução Nº. 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 2006c),

estabelece que a participação da comunidade na gestão do SUS dar-se-á mediante as conferências de saúde e os Conselhos de saúde como instâncias colegiadas deliberativas, em cada esfera de governo, sem prejuízo do poder legislativo. Essa formulação legal introduz elementos de contradição entre a comunidade representada nessas instâncias colegiadas e o governo, que conduz a legislação na experiência do país.

As conferências de saúde devem ser realizadas periodicamente com a ampla representação dos vários segmentos sociais para avaliação da situação e definição de diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis correspondentes de governo, quando convocadas pelo poder executivo. As conferências de saúde acontecem desde 1941, inicialmente restritas à presença de algumas personalidades públicas de projeção no cenário nacional, o que é um indício da restrição política à participação da população no consumo da riqueza coletiva do país, o que veio a ser modificado a partir da 8ª conferência nacional de saúde em 1986.

Na área da saúde, em particular, a Nova República se deparou um movimento pela reforma sanitária bem consciente, com a participação de profissionais de saúde, e articulado com movimentos sociais oriundos de periferias pobres das grandes cidades do país. Nesse contexto, realiza-se em março de 1986, a 8ª conferência nacional de saúde, com mais de cinco mil participantes, oriundos de mobilizações preparatórias em pré-conferências estaduais, estabeleceu importantes diretrizes para a instituição da saúde como direito e seu controle por parte da sociedade:

- A afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- A reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada [...];
- A constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde [...];
- A formação de Conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. (BRASIL, 2006b,p.48)

Os Conselhos de saúde têm caráter permanente e deliberativo, com atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, contudo suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. E, conforme o inciso II, do Art. 4º da Lei Nº 8.142/90, os Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com Conselho de saúde como condição para o recebimento de recursos para investimentos na rede de serviços, para a cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Essa exigência pode ser em grande parte a explicação da expansão do processo de criação e funcionamento dos Conselhos de saúde no país nas duas décadas seguintes.

Os Conselhos de saúde constituem-se como espaços democráticos de participação e prática do diálogo, contestação e negociação, enfim, da política, por sua composição e pauta de assuntos abordados. A dinâmica de funcionamento desses Conselhos de saúde ocorre conforme as relações entre os segmentos de usuários, gestores e trabalhadores representados, cujas

deliberações são resultantes de embates entre seus membros, com base na representatividade, na visibilidade de suas propostas, na transparência de sua atuação, na permeabilidade e na comunicação com a sociedade. Por isso, o funcionamento do Conselho de saúde requer uma ampliação das noções e práticas de interatividade entre os diversos grupos de conselheiros de saúde, para além da representação e corporativismo de cada um, o que pressupõe a adoção de uma postura de compreensão da saúde como direito social.

A relevância dos Conselhos de saúde no processo de descentralização das ações do SUS, no cumprimento de seus princípios e na promoção da participação efetiva da população na sua gestão está consagrada na Lei nº 8.142/90. Conforme esta lei, os Conselhos de saúde constituem-se como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, local de práticas de diálogo, contestação e negociação a favor da democracia e da cidadania, o que pode suscitar algum questionamento sobre o seu efetivo funcionamento no desempenho de suas atribuições e finalidades. A partir desta lei, que condiciona o repasse de verbas do governo federal à existência e funcionamento adequado de Conselho de saúde no âmbito estadual e municipal, não há município nem unidade da federação sem esta instituição, nos mais diversos arranjos.

Nessa perspectiva, cerca de treze anos depois, a Resolução Nº. 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, vem para estabelecer as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de saúde com um mínimo de estruturação e

funcionalidade, o que vai, pela regra da regionalização do SUS, favorecer o controle dos políticos e gestores municipais. Nessa resolução há uma explicitação para a valorização da participação de organizações da sociedade, mediante a articulação de seus integrantes com as bases sociais representadas, nomeadamente agrupadas como o segmento de usuários.

Esse segmento passa a ter a metade dos assentos de cada Conselho de saúde, e a outra metade dividida igualmente entre entidades de trabalhadores de saúde e gestores e prestadores de serviços conveniados ao SUS. Ou seja, estabelece-se o critério de paridade, com 50% para o segmento de usuários, 25% para os trabalhadores de saúde e 25% para a representação de governo, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

A Resolução Nº 333 recomenda também ao governo a responsabilidade pela garantia da autonomia, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa para o funcionamento adequado de cada Conselho de saúde no nível administrativo correspondente. Essa secretaria executiva é subordinada ao Pleno do Conselho de saúde, que definirá sua estrutura e dimensão. Não obstante fazer parte da estrutura administrativa de saúde do nível correspondente de governo, por suas características de arranjo neocorporativista, cada Conselho de saúde gerenciará seu próprio orçamento.

A participação da comunidade refere-se também ao controle sobre a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, seguramente um campo de grandes dimensões, mediante a atuação da Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, com a participação dos usuários, notadamente na observação dos princípios da Bioética, quais sejam a autonomia do sujeito e direito à informação sobre os recursos para a promoção da saúde e seus riscos; a beneficência e integralidade de assistência para o sujeito e comunidade; justiça e acesso aos resultados, e a não maleficência. Isso confere ao controle social uma corresponsabilidade na produção de conhecimentos - ciência e tecnologia.

Para o Ministério da Saúde (MS), gestor nacional do SUS, tecnologias em saúde são medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Isso requer a avaliação de tecnologias em saúde (ATS), que é a forma abrangente de pesquisar as consequências técnicas, econômicas e sociais, de curto e longo prazo, da utilização dessas tecnologias em saúde, bem como de seus efeitos diretos e indiretos, tanto desejáveis quanto indesejáveis, mediante a elaboração de pareceres técnico-científicos.

Com isso, a tomada de decisão para o uso de tecnologias em saúde por parte dos gestores passa a ser compartilhada com técnicos, cientistas e usuários/destinatários, notadamente quanto aos seus efeitos colaterais, custos e eficácia. Provavelmente, a área da saúde constitui um amplo campo de pesquisa e um rentável nicho de mercado, o que deve certamente ser

controlado quanto àqueles princípios da Bioética e à sustentação do SUS, nos marcos da sociedade de risco, na qual

os destinatários das ciências na administração, na política, na economia e na esfera pública tornam-se [...] em meio a interações e confrontos conflitivos, coprodutores de “conhecimentos” socialmente válidos [...] A *nova autonomia* dos destinatários não se apoia na ignorância, mas sim no conhecimento, não no subdesenvolvimento, mas sim na diferenciação interna e na ultracomplexidade da oferta interpretativa da ciência. (BECK, 2010, p.263)

Na medida em que cresce o conhecimento da população sobre o risco presente em praticamente todas as atividades científicas e econômicas da vida, cresce também a responsabilidade das instituições do controle social, notadamente aquelas relacionadas à saúde, tomada aqui no sentido mais amplo possível, adotado pelo próprio Ministério da Saúde do Brasil. E, com isso, essas instituições, como o Conselho de saúde, devem estar adequadamente preparadas para controlar o risco que a atividade econômica traz em si e, preferencialmente, antecipar a sua ocorrência. Considerando-se a afirmação de se vive em uma sociedade do conhecimento e da informação, como um dos subprodutos do iluminismo, não se pode aceitar a alegação de ignorância ou desconhecimento das causas do risco e suas dimensões sobre a população e a natureza.

### **3.3. Conselho Estadual de Saúde do Ceará**

Conforme a tipologia aqui abordada (TEIXEIRA, 2000), o Conselho Estadual de Saúde do Ceará caracteriza-se como um Conselho corporativo, e está localizado desde 2007 no topo do organograma estrutura administrativo da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. O CESAU tem como finalidade geral a deliberação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde bem como a formação de profissionais, no âmbito do Estado do Ceará, em consonância com o Art. 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006c), que estabelece que compete ao SUS, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, entre outros.

Esse Conselho já passou por diversas reformulações, sendo a mais recente aquela ocorrida mediante a Lei Estadual N° 13.959, de 30 de agosto de 2007, que dispõe sobre a sua organização, atribuições, estrutura básica e processo de eleições diretas para a escolha de seus dirigentes. Atualmente, o CESAU é constituído por uma Plenária de Conselheiros, que é a sua instância maior de deliberação, uma Mesa Diretora, câmaras técnicas e comissões de trabalho, fóruns microrregionais de conselheiros de saúde e uma secretaria executiva. Administrativamente, o CESAU situa-se no topo do organograma da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), e funciona no mesmo prédio desta Secretaria, situado à Avenida Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema,

Fortaleza, Ceará, CEP: 60060-440.

O CESAU mantém um calendário de atividades frequentes, que vão de reuniões ordinárias do pleno de conselheiros mensais, reuniões de suas câmaras técnicas, plenárias e fóruns de conselheiros de saúde, incluem organização de conferências e atividades de formação, além de articulação com outras instituições do controle social e entidades de trabalhadores e profissionais.

A direção do CESAU é exercida por uma Mesa Diretora, mediante votação direta, aberta e livre entre os conselheiros presentes em reunião especificamente convocada com essa finalidade, conforme recomenda a terceira diretriz da resolução nº 333 e o que estabelece a Lei Estadual N° 13.959, de 30 de agosto de 2007, do Estado do Ceará.

Conforme a resolução aprovada na V Conferência Estadual de Saúde do Ceará, realizada no período de 9 a 12 de outubro de 2007, em consonância com a Resolução N°. 333, do CNS, a composição do CESAU passa a abrigar as representações de *a)* associações de portadores de patologias; *b)* associações de portadores de deficiências; *c)* entidades indígenas; *d)* movimentos sociais e populares organizados; *e)* movimentos organizados de mulheres em saúde; *f)* entidades de aposentados e pensionistas; *g)* entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; *h)* entidades de defesa do consumidor; *i)* de organizações de moradores; *j)* entidades de ambientalistas; *k)* organizações

religiosas; l) trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações e confederações e Conselhos de classe; m) comunidade científica; n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais de campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; o) entidades patronais; p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; q) Governo.

Para além de seus segmentos e representações, as pessoas são escolhidas para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde, cuja função de conselheiro de saúde é de relevância pública, o que garante sua dispensa do trabalho, sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de saúde. Os conselheiros de saúde são periodicamente substituídos pela vontade e escolha das representações com assento no CESAU, o que possibilita uma periódica substituição de militantes das entidades organizadas da sociedade com assento no Conselho.

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará é composto por representantes de diversos movimentos sociais e entidades de profissionais, por trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, conforme a Resolução Nº. 333 do CNS, escolhidos em eleições democráticas para um mandato de dois anos, com direito à reeleição para mais um mandato com igual duração. Dessa maneira, fica assegurada a possibilidade de haver rotatividade de pessoas escolhidas em suas respectivas entidades e, ao mesmo tempo, para evitar o surgimento da profissão de conselheiro. Tal rotatividade pode permitir o envolvimento de novas lideranças, por um lado, e suscitar a queda de ritmos,

principalmente em períodos de descenso dos movimentos sociais, por outro lado.

Grosso modo, pode-se dizer que se sedimentou entre os participantes e militantes da área da saúde a compreensão de que o processo de renovação e formação de conselheiros constitui um grande desafio para a efetivação do controle social do Sistema Único de Saúde. Isso se manifesta na apresentação de demanda oriunda de conselheiros de saúde por realização de atividades de educação permanente para o exercício do controle social do SUS, expressa desde o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em abril de 1995.

Em 1999 o Conselho Nacional de Saúde elabora e aprova as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde, as quais foram atualizadas mediante a formulação das DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SUS, aprovadas pelo Pleno do CNS na 158ª reunião ordinária, em 14 e 15 de setembro de 2005. Essas diretrizes focalizam a promoção do conhecimento sobre a saúde no país e os Conselhos de saúde como um importante componente para o fortalecimento da organização e do funcionamento do SUS.

Em 2006, o CESAU cadastrou um projeto no Fundo Nacional de Saúde visando à implementação do Programa de Formação de Conselheiros de Saúde do Ceará, cujas ações consistem no Projeto de Formação de Conselheiros em 2007. A articulação deste projeto está a cargo de uma Comissão de Coordenação do Projeto de Formação de Conselheiros de Saúde

do Ceará, instituída pela Resolução nº 18/2007 do Conselho Estadual de Saúde, de 14 de maio de 2007. Para execução deste projeto, foram celebrados o Convênio nº 894/2006 de 28.11.2006, entre a União Federal, mediante o Ministério da Saúde, e a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e o Convênio nº 027/2007, entre a SESA e o Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) do Estado do Ceará.

Com isso, a execução desse programa de formação por entidades não formais de educação suscitou grande interesse entre os conselheiros do CESAU e militantes do SUS no Estado Ceará, em virtude do envolvimento direto de militantes do movimento social que se formaram na participação política não institucionalizada. Esse envolvimento trouxe experiências de vida alheias à esfera da gestão do SUS e do CESAU, oriundas de uma área onde o Estado ainda pode ser contestado e combatido.

Com isso, os conselheiros de saúde, que demandam frequentemente a realização de oficinas de educação permanente para o controle social do Sistema Único de Saúde no Ceará, puderam participar na definição da dinâmica de execução dessas oficinas, na lógica de possuidores do direito de ter direitos. Trata-se de experiência dos protagonistas envolvidos diretamente com o controle social no SUS, como a comissão de coordenação, os facilitadores e apoiadores, os conselheiros de saúde e outros agentes sociais participantes, com registro das atividades de cada oficina de trabalho.

#### 4. FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO SUS

Esta pesquisa sobre a formação de conselheiros para o controle social no SUS, mediante a realização de oficinas coordenadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará, em 2007, com base nas DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SUS, aprovadas na 158ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 14 e 15 de setembro de 2005 (BRASIL, 2006a), constitui uma oportunidade para a elaboração de algumas contribuições para ampliar o conhecimento sobre o funcionamento dos Conselhos de saúde no controle social nos marcos da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, notadamente sobre a compreensão que os participantes possuem sobre os direitos sociais na contemporaneidade, na qual se movimentam.

Conforme essas diretrizes, a educação permanente para o controle social no SUS abrange os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos mediante a realização de encontros, cursos, oficinas de trabalho e seminários, bem como os processos participativos e instâncias de discussão, debate e deliberação, como as conferências de saúde, plenárias e fóruns de conselheiros. As oficinas de formação de conselheiros de saúde devem ser realizadas no ritmo das diferenças sociais, étnicas e econômicas dos conselheiros de saúde, o que requer a consideração das necessidades sentidas, as condições e as oportunidades desses sujeitos sociais para a

absorção e reflexão sobre o conhecimento ao longo da vida, em diferenciados momentos (BRASIL, 2006a).

Essas oficinas de formação vêm sendo gradativamente utilizadas para a acumulação de variadas experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho das atribuições legais dos conselheiros, bem como a atuação na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e no monitoramento da sua execução.

Essa busca passa por constantes negociações entre os interesses específicos dos segmentos de gestores do SUS, de trabalhadores em saúde e de usuários representados no Conselho de saúde e por maior clareza nas relações entre o controle social e o executivo em cada nível de governo – municipal, estadual e nacional. Essas relações têm como contexto a representatividade, a qualificação e a capacidade de formulação dos envolvidos, a visibilidade de suas propostas, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com a população.

Na análise da realização dessas oficinas do PROGRAMA DE FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE procurei levar em conta a minha limitação de captar as relevâncias e complexidades das experiências vivenciadas pelos participantes a partir de aspectos destacados por eles nas entrevistas, sobretudo porque concordo que o pesquisador e os sujeitos da pesquisa estão implicados em todo o processo de conhecimento pela visão de mundo de cada um, desde a concepção do

objeto da pesquisa até a discussão sobre os seus resultados (MINAYO, 2008). Para lidar com essa situação, o meu conhecimento sobre o funcionamento dos Conselhos de saúde, a consulta de documentos sobre as atividades das instâncias de controle social do SUS no período de 2006 e 2007, e a leitura da legislação sobre formação no SUS foram de grande relevância para minimizar as interferências na produção de dados e em sua análise.

Neste capítulo apresento minha análise sobre a execução desse programa de formação de conselheiro para o controle social no SUS. Para isso, utilizo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), o relatório de avaliação do próprio CESAU (CEARÁ, 2008) e as entrevistas com os conselheiros de saúde estaduais que atuaram como facilitadores nas oficinas de formação nos vários rincões do Ceará.

#### 4.1. Formação em Saúde

O art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988 estabelece que, vale salientar, ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde. Daí, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria GM/MS nº 1.999, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Conceitualmente, considera-se como educação permanente a atividade que se manifesta por um processo duplo de aprofundamento com base na experiência pessoal e da vida social, que expressa na participação, livre e consciente, de cada indivíduo a em qualquer etapa de sua vida, e de maneira contínua em todas as atividades profissionais, culturais, recreativas etc., perante as mudanças de hábitos provocadas pelo desenvolvimento econômico e científico, cada vez mais acelerado e errático, com constantes trocas geográficas e culturais (FURTER, 1974).

Na perspectiva de estruturação da formação em saúde no âmbito do SUS, esta portaria estabelece a criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), composta por representantes da Gestão (gestores de saúde e gestores de saúde), da Formação (instituições de ensino com cursos na área da saúde), da Atenção (trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas) e do Controle Social (Conselhos de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde).

A partir desta composição da CIES, elaborei uma logomarca para a educação permanente em saúde, inserida aqui como um apêndice. Nela, estão representados i) controle social; ii) formação; iii) atenção; e iv) gestão. Ou seja, ocorre também redundância de representações como na composição do Conselho de saúde como instância do SUS. O controle social já comporta representante de cada um dos demais (formação, atenção ou trabalhadores em saúde e gestão), além de reproduzir o conflito de interesse que a participação de representante da gestão necessariamente causa na composição do Conselho de saúde. Contudo, com essa logomarca a minha intenção era tomar cada um dos componentes livre de qualquer redundância e fazê-los todos sinérgicos: uns com os outros em permanente intercâmbio.

Esquemáticamente, para efeitos de exposição didática, o aprendizado pode ser segmentado em protoaprendizado, em deuteroaprendizado e aprendizado terciário, conforme Gregory Bateson (1904-1980). O protoaprendizado, ou aprendizado primário, ou ainda aprendizado de nível I, primeiro grau, consiste no conjunto de conteúdos, o qual pode ser visto, monitorado, percebido, planejado e repassado entre os indivíduos. Por exemplo:

adquirir ou extinguir um hábito representa um processo de aprendizagem de nível I, já que supõe a adoção de um determinado comportamento para ajustar as relações entre o indivíduo e a organização, acoplando suas práticas às práticas do grupo. Este nível é de aprendizagem é de relativa importância, pois implica a adoção de rotinas de trabalho de grande estabilidade no tempo, sem que seja necessário refletir sobre essas práticas. Elas se tornam naturais. (DAVINI, 2009, p.47)

O deuteroprendizado, ou aprendizado de nível II consiste no aprendizado para aprender, o processo de aprendendo a aprender, no qual o contexto social e o modo de transmissão da mensagem são mais relevantes do que os conteúdos em si. O deuteroprendizado é um processo latente, no qual os objetos das ações socioeducacionais são contemplados com habilidades relevantes para a vida dos educandos, como fase ou parte inerente ao processo de formação; consiste em uma postura reflexiva diante e decorrente da prática do protoaprendizado:

se uma situação crítica ou a comparação entre suas práticas e a de um colega conscientiza um indivíduo da necessidade de reformular alguns de seus comportamentos, estar-se-ia frente a um processo de aprendizagem de nível II, quando se adquire outra maneira de relacionar-se ou atuar. (DAVINI, 2009, p.47)

E o terceiro, o aprendizado terciário, aprendizado de nível III ou aprendizado de terceiro grau, consiste no aprendizado de quebrar a regularidade, a livrar-se de hábitos e de prevenir a habitualidade. Esse aprendizado terciário consiste em desenvolver habilidades criativas de re/construção de experiências vividas e percebidas de maneira fragmentadas, e a pensar a prática socioeducacional na organização e seu entorno como ambiente da aprendizagem de:

entender as características do contexto que produz essas formas de ação. Em outros termos, o aprendizado III interpreta o contexto organizativo que permite o surgimento e a sobrevivência de determinados comportamentos que se desejaria modificar. (DAVINI, 2009, p.47)

Pelos documentos analisados, posso afirmar que a intenção de realização dessas oficinas de formação de conselheiros está assentada na possibilidade de desenvolvimento do aprendizado ou conhecimento de nível terciário ou nível III. Isso ocorreria a partir da reflexão sobre a participação de pessoas oriundas de diversas instituições e movimentos sociais, possuidoras de diversas trajetórias individuais, já representadas na composição dos Conselhos de saúde.

Com isso, criou-se uma expectativa de desenvolver amplamente esse aprendizado terciário para a atuação na sociedade, no que pese o exacerbado processo de individualização de seus participantes. O desenvolvimento desse aprendizado de nível terciário poderia favorecer a ampliação e melhoria das atividades do conselheiro de saúde no controle social no SUS.

Ao mesmo tempo, haveria um aumento da compreensão da população sobre política pública em uma sociedade de risco, na qual pequenas parcelas da população quer manter para si o domínio sobre todos os recursos necessários para a produção econômica e reprodução biológica da população como um todo. Com o aprendizado de nível III é possível o desvelamento da natureza desse domínio e o subsequente restabelecimento da política como mediadora da vida social.

#### 4.2. Oficinas de Formação de Conselheiros de Saúde

AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SUS, aprovadas na 158ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 14 e 15 de setembro de 2005 (BRASIL, 2006a), estabelece que a educação permanente para o controle social no SUS abrange os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos mediante a realização de encontros, cursos, oficinas de trabalho e seminários, bem como os processos participativos e instâncias de discussão, debate e deliberação, como as conferências de saúde, plenárias e fóruns de conselheiros.

E, ainda de acordo com essas diretrizes, as oficinas de formação coordenadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará, em 2007, deveriam ter sido realizadas no ritmo das diferenças sociais, étnicas e econômicas dos conselheiros de saúde, o que requer a consideração das necessidades sentidas, as condições e as oportunidades desses sujeitos sociais para a absorção e reflexão sobre o conhecimento ao longo da vida, em diferenciados momentos (BRASIL, 2006a).

A execução do programa de Formação de conselheiro para o controle social no SUS Ceará ocorreu mediante a realização de oficinas, com o envolvimento da estrutura social, a forma como o aprendizado é estruturado na sociedade, os conteúdos e o envolvimento dos indivíduos e suas habilidades.

Essas oficinas se realizaram, é bem verdade, em meio a um leque de influências oriundas de instituições envolvidas e seu entorno. O que, de certa forma, pode favorecer ao poder local, em sua maioria de talhe oligárquico, embora seja coerente com o princípio da regionalização das ações do SUS.

Com a execução desse programa, o CESAU visava atender a uma antiga demanda por formação de conselheiro para o exercício com competência no controle social no SUS, ao mesmo tempo em que pretendia subsídios sobre a capacidade de seus conselheiros para o desenvolvimento de suas atribuições. Esses subsídios podem ser obtidos a partir da análise do conteúdo de atas de reuniões do CESAU e suas resoluções, entrevistas e textos divulgados em livros e manuais do Conselho de saúde e em outras fontes.

Essa situação adquire especial relevância quando se observa a complexa composição de representações e interesses profissionais e ideológicos presentes no CESAU. Com a ampliação do conceito de saúde, outros setores de atividades econômicas e parcelas da população vão adquirindo espaço de representação no Conselho de saúde, o que não poderia ser diferente, mas requer mais atividades de formação sobre controle social.

Curiosamente, essa dinâmica nas oficinas é raramente abordada com base nos termos da aprendizagem de nível III (DAVINI, 2009), já citado nesta tese, de interpretação do contexto organizativo, onde surgem e permanecem

comportamentos que se mostram indesejáveis e passíveis de mudanças sociais.

Contudo, essa ampla diversidade de representações participantes nas oficinas de formação seguramente impôs uma dinâmica peculiar a cada região, a cada grupo de pessoas ou segmentos de conselheiro, o que me exigiu a análise do relatório da reunião de avaliação sobre a realização dessas oficinas de formação de conselheiros, do qual eu sou um dos organizadores.

Nesta perspectiva, a dinâmica, registrada nos relatórios das oficinas de formação e nas falas dos entrevistados, guarda certa proporção com a dinâmica do dia a dia dos Conselhos, das conferências e das plenárias de saúde, instâncias do SUS. Isso é coerente com a prática da responsabilidade pela formação de conselheiros comprometidos com a construção da política de saúde, baseada nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário.

Essa dinâmica de mudança social e controle político está presente originalmente no projeto da sociedade industrial, corriqueiro no iluminismo europeu, o qual requer uma população cindida em *citoyen*, cioso de seus direitos democráticos em todas as arenas da formação da vontade, de participação nas instituições da democracia representativa, própria da esfera política, e em *bourgeois*, compenetrado de seus interesses privados nos campos do trabalho e da economia, que habita na contemporaneidade uma parte da esfera política então transformada em *não* política, onde se manifesta

a busca de interesses econômicos como substitutos para questionamentos (BECK, 2010).

Estes questionamentos surgem a partir de uma situação crítica ou da comparação entre práticas de pessoas, com a possibilidade de aquisição de outra maneira de comportar-se e atuar no mundo, o que caracteriza o aprendizado de nível II (DAVINI, 2009).

Nessa situação, a identificação de bloqueios detectados na ordem social, contrários à mudança racional e a proposição de interpretações teóricas de situações para a tomada de consciência por parte do pesquisador e demais participantes da pesquisa, e conseqüente superação de tais bloqueios, mostraram-se imprescindíveis na execução desse estudo. Isso pode ter sido materializado na informação prestada por alguns entrevistados, quando a abordagem realizada por eles suscitou algum desdobramento, o que exigiu o envolvimento de outros protagonistas até então previstos e de difícil acesso, o que provavelmente acarretou algumas lacunas nos depoimentos obtidos.

A intenção do CESAU, posso afirmar, de realização dessas oficinas de formação de conselheiros está assentada expectativa de desenvolvimento de conhecimento terciário ou de nível III, com a participação de pessoas oriundas de diversas instituições e movimentos sociais, possuidoras de diversas trajetórias individuais, já representadas na composição dos Conselhos de saúde. Assim criou-se uma expectativa de desenvolver amplamente esse aprendizado terciário para a atuação na sociedade, no que pese o exacerbado

processo de individualização de seus participantes. Contudo, pela dinâmica passível de observação no cotidiano no CESAU, a produção de um aprendizado do nível III nestas oficinas ficou muito aquém da expectativa, mas dentro das condições materiais e políticas de sua realização.

Sendo fruto de reflexão sobre situações e comportamentos em determinados contextos, o aprendizado terciário consiste na compreensão das condições de próprio contexto, o que pode parecer prosaico, por um lado, e crucial, por lado. A raridade de referência à possibilidade de compreensão de seu contexto e, daí, de surgimento de proposição de mudança pode ser indicativo de que as relações de poder em jogo em cada uma dessas oficinas estão de tal ordem entrelaçadas por determinações baseadas nas relações de parentesco, de vizinhança e de compadrio, baseadas na subsistência e de status. Para a maioria dos participantes nessas oficinas, essa situação consiste praticamente na destituição da fala e do poder de mudança.

A proposta da política nacional de educação permanente para o controle social no SUS estrutura-se em cinco eixos, tais como a participação social, o financiamento e autonomia do controle social, a compreensão ampliada de saúde a intersectorialidade com todas as áreas das políticas públicas e sociais, a informação e comunicação em saúde, e a legislação do SUS.

As iniciativas de formação para o controle social devem priorizar os atuais e ex-conselheiros de saúde, e convidados oriundos de movimentos sociais. Na dinâmica dessas oficinas de formação de conselheiros, o mundo de

significação dos participantes deve ser considerado no pensamento crítico sobre os conhecimentos, habilidades, atitudes, hábitos e convicções, na perspectiva de ampliação do conceito de cidadania previsto na Constituição Federal do Brasil de 1988.

Nessa Carta Magna, no Art.1º, inciso II, a cidadania é tida como fundamento para a constituição de um Estado democrático de direito, ou seja, uma sociedade livre, justa e solidária, com desenvolvimento nacional, erradicação da pobreza e da marginalização, redução das desigualdades sociais e regionais, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras forma de discriminação, e para o bem de todos (BRASIL, 2000).

Nesta perspectiva, a resolução nº 18, de 14 de maio de 2007, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará, criou a Coordenação do Projeto de Formação de Conselheiros de Saúde do Ceará, compostas por conselheiros de saúde e assessores do CESAU, com a finalidade de executar o PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE DO CEARÁ. A execução teve início em 2007, com o suporte legal do convênio nº 894, de 28 de novembro de 2006 celebrado entre a União Federal, mediante o Ministério da Saúde, e o Estado do Ceará, mediante a Secretaria da Saúde, e o convênio nº 027/2007, celebrado entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e o Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) do Ceará.

A SGEP/MS formulou uma proposta de realização de uma OFICINA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO CEARÁ – TRABALHO EM EQUIPE:

INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E ÉTICA MODERNA, com a finalidade específica de difundir e sedimentar alguns conceitos de educação permanente para o controle social. O material de apoio desta proposta contém elementos da Declaração dos Direitos Humanos da ONU; Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente do UNICEF; Declaração de Ottawa, Declaração de Bogotá e outras; Constituição Federal de 1988 e as Leis Federais nº 8.080/90, nº 8.142/90, nº 8.689/93, nº 9.656/98 e respectivas Medidas Provisórias; relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde seguintes; Normas Operacionais do SUS; Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho, Diretrizes e Competências da CIT, CIB e sobre as condições de gestão dos estados e municípios; Constituição do Estado e Leis Orgânicas do Estado, do Distrito Federal e Município; Resoluções e deliberações do Conselho de Saúde relacionadas à Gestão em Saúde: Plano de Saúde, Financiamento, Normas, Direção e Execução, Planejamento, com programação, orçamento, acompanhamento e análise; e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde

Essa proposta foi testada sob a condução da SGEP/MS, mediante uma comissão composta de assessores e ex-conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, em duas oficinas presenciais, uma em Fortaleza e outra em Aquiraz. Essas oficinas tiveram como finalidade central a elaboração de uma metodologia de prática socioeducacional e a formação e seleção de grupo de conselheiros de saúde estaduais para atuação como facilitadores multiplicadores para as demais oficinas orientadas aos conselheiros de saúde municipais do Estado do Ceará.

A primeira etapa de execução compreende ações realizadas no período de junho a novembro de 2007, com a realização de três oficinas. Estas três oficinas foram conduzidas por um grupo de trabalho composto por assessores técnicos da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, integrantes da Coordenação do Projeto de Formação de Conselheiros de Saúde do Ceará e por membros da Mesa Diretora do CESAU, instância de condução política deste Conselho de saúde.

A primeira Oficina de Formação de Conselheiros de Saúde ocorreu no Hotel Beira Mar, em Fortaleza, no período de 21 a 23 de junho de 2007, envolvendo 70 (setenta) participantes ao todo, sendo 39 (trinta e nove, 56%) conselheiros de saúde, 9 (nove) ex-conselheiros do CNS e integrantes da SGEP/MS e 30 (trinta) conselheiros do CESAU, 21 (vinte um, 30%) assessores técnicos da secretaria executiva do CESAU e das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) da SESA e 10 (dez, 14%) militantes do SUS. Esta oficina teve como principal produto a elaboração de um esboço de metodologia de prática socioeducacional para esse programa de formação de conselheiros.

A segunda Oficina de Formação de Conselheiros de Saúde ocorreu no Aquaville Resort, em Aquiraz, Ceará, no período de 08 a 12 de agosto de 2007, com 50 participantes sendo 9 (18%) ex-conselheiros do CNS e membros da SGEP/MS e 41(82%) conselheiros do CESA. O Pleno dos presentes decidiu que somente conselheiros de saúde estaduais seriam candidatos à seleção para facilitadores multiplicadores, e os assessores técnicos do CESAU seriam

tão somente apoiadores no desenvolvimento da metodologia no plano de expansão das oficinas de formação.

Nas atividades de elaboração de uma metodologia de prática socioeducacional para esse programa de formação de conselheiros, conduzidas por assessores técnicos da SGEP/MS e ex-conselheiros membros do CNS, 24 (vinte quatro) conselheiros do CESAU participaram diretamente, e os demais presentes atuaram como observadores e colaboradores. Desses 24 conselheiros, 8 (34%) conselheiros foram considerados aptos, ou seja, selecionados como facilitadores com suporte para planejamento e para condução das turmas de oficinas de formação de conselheiros, 6 (25%) conselheiros considerados aptos com recomendação, ou seja, devendo receber orientação de reforço especial antes de ser colocado com a responsabilidade de condução das turmas de oficinas de formação de conselheiros, 1(4%) conselheiro não apto mas com potencial, e 9 (37%) não aptos para condução de oficinas de formação, ou completamente reprovados. Entre os selecionados como facilitadores, um é do segmento de gestores, um do segmento de profissionais de saúde, e seis são do segmento de usuários do SUS.

Seguramente, esse processo de escolha suscitou questionamentos, sobretudo da parte dos conselheiros não selecionados, quanto à alegação de que foram utilizados critérios de capacidade técnicos, ou seja, alguns conselheiros foram considerados incapazes de desenvolver as suas atribuições, e não somente quantitativo de vagas disponíveis. A esse respeito,

os seis facilitadores entrevistados se manifestaram contrários a esse processo de escolha, como afirma um:

a seleção...a escolha de facilitadores foi muito atropelada. Não souberam fazer o negócio. Era só dividir o tanto de municípios, os 184 do Ceará pelo tanto de conselheiros disponíveis para viajar e tudo o mais. Agora, excluir conselheiro de saúde com capacidade foi só discriminação...houve muita discussão, muita discordância. E o tempo era muito curto para a realização de todas as oficinas, muito chão para viajar. Eu fui selecionado mas havia mais gente para participar como facilitador. (ÔMEGA)

Na fala de ÔMEGA, conselheiro do segmento de gestores de saúde e prestadores de serviços em 2007, pode-se perceber a negligência em considerar a condição de igualdade entre os conselheiros e suas experiências de vida e de mundo vivido. Apesar da manifestação de mais da metade de conselheiros, alijada, o pleno de conselheiros do CESAU presentes nessa segunda oficina conseguiu estabelecer um plano de ação e respectivo cronograma para execução desse projeto de formação, com a realização de cinco oficinas com característica de piloto para validação da metodologia socioeducacional adotada, com a participação dos oito conselheiros selecionados como facilitadores, e o apoio de seis assessores técnicos vinculados ao CESAU. Na quinta oficina seria feita uma análise sobre o funcionamento de todas as oficinas e planejamento das demais para os todos os municípios cearenses<sup>16</sup>.

Com a característica de piloto, somente uma oficina foi realizada, em Pentecoste, com a participação de conselheiros de saúde municipais de

---

<sup>16</sup> O Estado do Ceará é composto por 184 municípios. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará subdivide administrativamente o Estado do Ceará em 21 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), pertencentes à estrutura administrativa desta Secretaria.

Apuiarés, General Sampaio e Tejuçuoca, geograficamente próximos. Essa oficina ocorreu no Centro de Pesquisas, com a participação de 48 (quarenta e oito) conselheiros de saúde municipais, observada a paridade entre os segmentos de usuários, trabalhadores em saúde e gestores, sendo 12 (doze) oriundos do município de Pentecoste, 12 (doze) do município de Apuiarés, 12 (doze) do município de General Sampaio e 12 (doze) do município de Tejuçuoca, de 8 (oito) facilitadores, de 6 (seis) assessores técnicos como apoiadores, os membros da Coordenação do Projeto e da Mesa Diretora do CESAU.

Nessa oficina, foi realizada a validação da metodologia, com a consideração sobre a troca de saberes prévios de parte do público alvo da ação e dos diversos interesses envolvidos nessa prática socioeducacional, com estímulo para a ampliação das capacidades de reflexão dos envolvidos na perspectiva de promoção do protagonismo do conselheiro facilitador dos temas do controle social para o fortalecimento do SUS.

Em 2008, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará realizou uma oficina de análise da execução deste projeto de Formação de Conselheiros, cujo relatório, do qual sou um dos organizadores, contempla os relatórios produzidos pelos participantes nas oficinas de formação (CEARÁ, 2008).

Contudo, a ampla diversidade de representações participantes contribuiu na minha decisão de incluir esse relatório da oficina de avaliação produzido pelo CESAU nos documentos analisados nesta pesquisa sobre a formação de conselheiro de saúde no controle social no Sistema Único de Saúde.

### **4.3. Avaliação do CESAU sobre as oficinas de formação**

Nos documentos produzidos nesta oficina de avaliação estão dados relativos ao estudo do tipo descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativa com a utilização dos relatórios produzidos pelos facilitadores e coordenadores e pelos conselheiros participantes das 39 (trinta e nove) oficinas realizadas no período de junho a novembro de 2007 como fonte documental. O conteúdo desses relatórios provém dos instrumentos de acompanhamento e análise dos resultados das atividades socioeducacionais do programa (BRASIL, 2006a).

O relatório dessa reunião de avaliação produzido pelo CESAU contém a possibilidade de cruzamento entre as informações fornecidas por facilitadores e coordenadores, por um lado, e aquelas fornecidas por participantes, por outro, o que suscita outras perspectivas de análise sobre as informações agrupadas em três dimensões: levantamento da situação referente à atuação, individual ou em dupla, dos facilitadores responsáveis pela execução das oficinas; descrição das impressões registradas nos relatórios de viagens das oficinas conduzidas por conselheiros que atuaram em duplas quanto à organização e ocorrências relevantes; e descrição das impressões registradas nos relatórios de viagens das oficinas conduzidas por conselheiros que atuaram em duplas quanto às conclusões e recomendações.

Foram utilizados os relatórios produzidos pelos 7 (sete) facilitadores, que

atuaram individualmente ou em dupla nas oficinas realizadas.

Essa avaliação envolveu a descrição das estratégias adotadas para a execução do projeto, a distribuição das oficinas por município sede e municípios envolvidos nas macro e microrregiões de saúde, e os conteúdos dos relatórios. Os responsáveis pela condução do projeto, da Comissão Coordenadora instituída pelo CESAU, tiveram como fonte documental principal o projeto previamente elaborado e aprovado pelo colegiado do CESAU.

Com isso, eles puderam estabelecer as táticas capazes de dar conta das seguintes dimensões: os objetivos e metas, o fortalecimento da decisão política do Conselho Estadual de Saúde de inserir os conselheiros de saúde como protagonistas do processo educativo, conforme o que recomendam as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, e o compromisso de manter uma agenda permanente de educação na área do controle social.

Das 41 oficinas programadas, foram realizadas 39 (98%), inclusive a oficina piloto realizada em Pentecoste. Nas 38 (trinta e oito) oficinas de formação propriamente ditas, 17 (45%) foram conduzidas individualmente por apenas um facilitador, sendo 4 (quatro) por conselheiros usuários e 13 (treze) por gestor ou profissional, o que mostra que houve menor protagonismo do conselheiros do segmento de usuários.

Em 21 (vinte e uma) oficinas conduzidas por dupla de facilitadores prevaleceu a cooperação entre usuários e em 12 (doze) oficinas houve cooperação de gestor e profissional de saúde em 9 (nove) oficinas. Conduzidas por duplas de usuários. Participaram dessas oficinas cerca de 1.132 pessoas, oriundas de 132 dos 172 municípios programados, com a adesão de 474 (42%) representantes do segmento de usuários, 259 (23%) representantes de gestores, 314 (28%) representantes dos profissionais de saúde e 85 (7%) lideranças de movimentos sociais locais.

Não obstante haver recomendações de facilitadores sobre a necessidade de ampliação da mobilização, a média é de 29 participantes por oficina, o que pode ser considerado um número representativo dos Conselhos de saúde dos municípios em relação aos problemas enfrentados para a realização dessas oficinas de formação, como transporte.

Pode-se constatar que não houve paridade entre os participantes em detrimento do segmento de usuários, que não alcançou os 50% instituídos pela lei nº 8.142/90 e a Resolução Nº. 333 do Conselho Nacional de Saúde, o que contraria a legislação do SUS. Contudo, a participação de outros atores sociais é um indicativo do atrativo que a realização dessas oficinas exerce nos municípios, com adesão de outras lideranças nas ações da educação permanente para o controle social, para além dos detentores de mandato nos Conselhos de saúde.

No relatório do CESAU sobre o desempenho dos facilitadores há importantes recomendações sobre a condução de facilitadores em atividades socioeducacionais dessa natureza, as quais foram também mencionadas pelos facilitadores entrevistado, dos quais vale salientar o seguinte:

as observações sobre a convivência entre os facilitadores, programação previa das oficinas com a respectiva divisão de responsabilidade são temas que merecem atenção e devem ser cuidadosamente abordadas no planejamento das ações pedagógicas, para permitir os ajustes no desenvolvimento de processos educativos. O cruzamento dos relatórios dos facilitadores com a coordenação deu maior visibilidade, por exemplo, às dificuldades de relacionamento entre os facilitadores, evidenciando-se a necessidade de investir nas estratégias pedagógicas de integração, convivência e cooperação na ação educativa. (CEARÁ, 2008, p. 28)

No geral, o exposto acima aponta para deficiência aliada ao nervosismo, pela falta de experiência de condução de atividades de oficinas de formação, o que certamente pode ter contribuído para o desenvolvimento da oficina, como relatam muitos participantes.

No item sobre participação e movimentos sociais, os conselheiros de saúde participantes das oficinas de formação declararam que participar é contribuir para o acontecimento de muitas coisas, e que ela se relaciona com a idéia de cogestão com o poder público, que deve ser uma maneira de a população fazer a sua própria parte, e participar do poder administrativo. Para eles, essa participação deve ser realizada mediante a liderança em articulação

com os movimentos populares, com os movimentos existentes na sociedade, na sua comunidade e até mesmo na família.

Nesses relatórios, os facilitadores deixam transparecer que todas as camadas da população estão envolvidas com a participação em iguais condições de vida e de propósitos; e que a população deve aceitar e lidar com ideia de o controle social ser ou estar articulado com o conceito de participação em diversas instâncias. Por outro lado, há análise de facilitadores que mostra que o povo precisa participar realmente e ter acesso às informações.

Com isso, eles afirmam que a participação e controle social são, portanto, faces de uma mesma moeda, uma não existe sem a outra, e, apesar de a participação envolver problemas de assédio moral, apontam para soluções como a participação ser mais trabalhada, mais orientada nesse sentido, porque o poder governamental usa a tática de se aproveitar, de manipular. Isso causa um enorme sofrimento nas pessoas, o que pode levar ao abandono da participação e da militância nos movimentos sociais. Outras vezes, a pessoa pode deixar de participar por ser totalmente leiga, diz não saber das coisas e aí pode sofrer por culpa de si mesmo.

Em muitos relatórios, a menção de desinformação sobre a realidade social em que as pessoas vivem e a falta de adesão aos movimentos sociais como explicação para justificativa para o sofrimento dos indivíduos revela uma visão crítica parcial sobre os fatores que envolvem a situação posta. Para grande parte dos conselheiros, o desconhecimento ou a falta de informação

sobre o SUS, notadamente as questões relacionadas à gestão dos serviços de saúde, considerando as opiniões dos próprios conselheiros, remete para uma reflexão sobre o papel da educação permanente para ampliação da formação consciente das pessoas, inclusive para a colaboração no processo de mudança capaz de promover uma sociedade justa.

Contudo, os conselheiros relatam essa situação sem menção ao direito à informação em saúde e às condições de cada pessoa e os serviços disponíveis para a promoção da saúde dos indivíduos e da sociedade, apesar de a informação e comunicação constituírem um dos eixos estruturantes da Política Nacional de Educação Permanente no Controle Social do SUS (BRASIL, 2007c), um dos materiais de apoio da formação de conselheiro de saúde.

Por esse material de apoio para ser usado nas oficinas de formação, as políticas de saúde consideram os aspectos de importância do diálogo entre conhecimento e práticas, no processo de educação da população. Mas não é só isto: "o estabelecimento da teia do saber se fortalece na medida em que incorpora outras habilidades ao seu campo de atuação" (CEARA, 2008, p. 13).

Para alguns facilitadores, a comunicação deve ser o processo de transparência, com a quebra da relação de confiança hierárquica de autoridade. mas, ao contrário, por em comum, entrar em relação, é um campo de troca que permite ensinar e aprender, dialogar, tornar transparente:

merece citar que “Comunicar é por em comum, entrar em relação, é um campo de troca que permite ensinar e aprender, dialogar, tornar transparente”. Deve assegurar a capacidade de gerar e trocar conhecimentos que fundamenta a saúde, tendo a comunicação com processo democrático que envolve a informação, interlocução e outros processos culturais como da educação, da polarização da ciência e o da promoção à saúde. (CEARÁ, 2008, p.13)

E isso deve assegurar a capacidade de gerar e trocar conhecimentos que fundamenta a saúde, tendo a comunicação com processo democrático que envolve a informação, interlocução e outros processos culturais como da educação, da polarização da ciência e o da promoção à saúde, o que parece coerente com um dos eixos estruturantes da política de educação permanente, há pouco abordado, o que deixa transparecer uma larga diversidade de percepção sobre o direito à informação entre alguns facilitadores.

Nesse relatório de avaliação do CESAU há dados produzidos a partir dos formulários preenchidos por facilitadores sobre a dificuldade que a ausência ou debilidade da educação, a falta de estudo, em particular aquela relacionada à aquisição de muitos conteúdos. Para os facilitadores, isso pode interpor barreira entre a participação e o adequado exercício do controle social, o que parece explicar a valorização que a realização dessas oficinas de formação tem para muitos dos participantes. Para os facilitadores, o papel dos conselheiros e dos diversos atores sociais interessados no fortalecimento do SUS exige uma reflexão sobre como tornar a educação permanente em saúde um instrumento para a transformação da sociedade considerando as mudanças

que começam com a educação, que é também a base para a formação da consciência do sujeito.

Em alguns relatos de facilitadores há registros sobre a existência de algumas rugas entre integrantes do controle social e gestores locais, conforme alguns relatos de desapontamentos dos participantes em virtude da ausência do secretário de saúde e do descuido na preparação do local. Houve também duas ocorrências de constrangimento, com a tentativa de impedir o credenciamento e a participação de alguns conselheiros na oficina por parte de dirigentes de secretaria municipal, no que pese o trabalho do controle social ser de relevância pública.

Um dos itens mais criticado nas avaliações dos participantes é a falta de material de apoio, como livros e cartilhas, dada a extensão dos assuntos abordados, novos para a grande maioria. Seguramente, pode-se constatar a negligência com as responsabilidades estipuladas pelas Diretrizes em tela nas três esferas de governo, quais sejam oferecer as condições necessárias para que o processo de educação permanente para o controle social ocorra, garantindo o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde e a realização das ações para a educação permanente e controle social dos demais sujeitos sociais, e promover o apoio à produção de materiais didáticos destinados às atividades de educação permanente para o controle social no SUS, ao desenvolvimento e utilização de métodos, técnicas e fomento à pesquisa que contribuam para esse processo (BRASIL, 2006a).

Para os conselheiros, cada assunto tem que ser bem trabalhado, debatido, avaliado por todos, com leitura prévia, preparatória. Muitos participantes alegam as dificuldades com a leitura, o pouco estudo durante a vida, somado com a falta de tempo, ambiente propício em casa ou no trabalho, bem como a dificuldade dos conteúdos ministrados, além das deficiências dos facilitadores. Essas opiniões apontam para a negligência da proposta de educação permanente trata da aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais.

Considera as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades dos sujeitos sociais de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, requerendo um tempo adequado e diferenciados momentos (BRASIL, 2006a). Para muitos dos participantes, o aproveitamento foi muito pouco, quase nada, o que é uma pena dada a importância do controle social; por isso, eles esperam a realização de mais oficinas.

Os relatórios escritos dos coordenadores do projeto registram divergências extremadas entre os facilitadores, notadamente as duplas compostas por usuários, durante a realização dessas oficinas. São manifestações de dificuldade de entendimento dos conteúdos e algum nervosismo na condução das atividades da aula, o que chegou a comprometer o funcionamento da oficina. Isso ocorreu muito frequente, com ameaças de abandono da atividade em decorrência de intervenções recorrentes em momento da fala do outro, o que sempre requeria a participação da coordenação para o resgate da liderança. Relatos desse naipe deixam à

mostra a falta de discussão e preparação dos assuntos por cada facilitador, um plano de aula etc.:

a incompatibilidade entre os facilitadores indicando possibilidade de abandono da atividade “tivemos problemas de relacionamento entre facilitadores inclusive com constantes ameaças de abandono do processo”. O registro de intervenções sucessivas de facilitador durante a atuação do outro facilitador “algumas intervenções excessivas, em momentos da condução do outro facilitador” situação de ajuste negociada pela coordenação como resgate da liderança. Relatos também sobre a necessidade de reforçar a atuação de alguns facilitadores “quando não conseguiam concluir” a discussão do tema para dar seguimento a oficina. (CEARÁ, 2008, p. 28)

Essa falta de atividades de planejamento entre os facilitadores para programação das oficinas com a respectiva divisão de responsabilidade também foi registrada, com a recomendação de haver mais atenção e cuidado no planejamento das ações pedagógicas, para permitir os ajustes no desenvolvimento de processos educativos:

as observações sobre a convivência entre os facilitadores, programação previa das oficinas com a respectiva divisão de responsabilidade são temas que merecem atenção e devem ser cuidadosamente abordadas no planejamento das ações pedagógicas, para permitir os ajustes no desenvolvimento de processos educativos. O cruzamento dos relatórios dos facilitadores com a coordenação deu maior visibilidade, por exemplo, as dificuldades de relacionamento entre os facilitadores, evidenciando-se a necessidade de investir nas estratégias pedagógicas de integração, convivência e cooperação na ação educativa. (CEARÁ, 2008, p.28)

Tomados em conjunto, os relatórios dos facilitadores com a coordenação dão maior visibilidade às dificuldades de relacionamento entre os facilitadores,

evidenciando-se a necessidade de investir nas estratégias pedagógicas de integração, convivência e cooperação na ação educativa. As principais recomendações feitas se relacionam à estratégia de mobilização dos participantes das oficinas nos municípios, à necessidade de aumento da carga horária e um intercâmbio mais amistoso entre a Coordenação do Projeto e os demais conselheiros, principalmente para aquelas feitas por facilitadores

as principais recomendações estão direcionadas para estratégia de mobilização dos participantes “melhorar a mobilização e contatos com os municípios” para “ (aumentar) a articulação de maior número de participantes”, a duração da oficina “ planejar as oficinas com (maior carga horária) mais tempo para poder alcançar os objetivos”, e “melhorar o intercâmbio entre o CESAU e os conselheiros. Registros sobre a desarmonia entre facilitadores usuários remetendo a seguinte recomendação “melhorar a harmonia entre os facilitadores”. (CEARÁ,2008, p.28)

Isso foi ressaltado por vários facilitadores do segmento de usuários, que se ressentiam da desarmonia entre eles, inclusive para além dessas oficinas, para o dia a dia do controle social, contudo não ficou identificado algum foco principal das divergências mencionadas, o que impede a adoção de estratégias para melhorar a integração.

Da parte dos coordenadores houve a recomendação de maior participação de autoridades na solenidade de abertura da oficina, integrantes do legislativo, executivo e judiciário, e de representantes de movimentos culturais e de outros Conselhos do município nas atividades da oficina. Esta recomendação mostra que a realização de um dos objetivos propostos no

projeto de formação de conselheiros, que é o amplo envolvimento da sociedade e representantes de suas instituições e movimentos sociais, ficou muito aquém do esperado para tornar o controle social mais reconhecido e valorizado nos municípios.

Fica, portanto, a necessidade de maiores investimentos nas estratégias pedagógicas de integração, convivência e cooperação na ação educativa na formação de conselheiro, com aprofundamento de temas como financiamento e orçamento, pacto pela vida, e maior articulação do Conselho Estadual de Saúde do Ceará com os municípios para o fortalecimento e sustentabilidade do SUS.

Entre as considerações finais do relatório de avaliação sobre execução de Projeto de Formação de Conselheiro destaca-se a compreensão de que esse projeto de formação deve ser transformado em um programa permanente considerando a rotatividade de pessoas, que por um lado é interessante por permitir o surgimento de novas lideranças, por outro lado é paralisante por acarretar a periódica quebra de ritmo com a saída de experientes militantes e defensores do controle social. Neste sentido,

recomendamos a adoção de uma agenda permanente de realização de processos de educação permanente em saúde e avaliações sistemáticas das ações compreendidas como estratégia para o fortalecimento do programa. A educação permanente em saúde para o controle social deve ser um processo de construção coletiva pelos atores sociais interessados com o fortalecimento do SUS, conselheiros e lideranças e levar em conta o mundo de significação – familiar, social e profissional – dos participantes e a adoção de recursos teóricos e metodológicos voltados à reflexão crítica do conhecimento, desenvolvimento de habilidades, atitudes, hábitos e convicções para favoreçam o exercício efetivo da cidadania.  
(CEARÁ, 2008, p. 34)

#### **4.4. Fala dos Conselheiros de Saúde sobre formação**

Nesse relatório da oficina realizada pelo CESAU para a avaliação da execução do programa de formação de conselheiro de saúde para o controle social nos SUS Ceará perduram algumas dúvidas que merecem ser investigadas sobre essas práticas socioeducacionais. Essas questões foram levadas àqueles conselheiros que atuaram como facilitadores com alguma desenvoltura, no entanto, e estes se prontificaram de imediato a respondê-las sem grandes dificuldades.

No período do segundo semestre de 2007, a participação no processo de organização das três oficinas realizadas com a presença de assessores da SGEF do Ministério da Saúde, para conhecimento dos conteúdos, para definição de metodologia das estratégias para a expansão para todos os outros municípios do Ceará, e para validação, ampliou o interesse em conhecer mais sobre a história da saúde, dos movimentos sociais nos bairros pobres, da mobilização dos trabalhadores da saúde, da organização e realização das conferências de saúde, da proposta de criação de um sistema público para todos, com participação popular pela primeira vez na 8ª conferência nacional de saúde, em 1986.

Para esses facilitadores, sobretudo aqueles que são conselheiros pelo segmento de usuários, os conteúdos dessas oficinas eram amplos e sobre

assuntos muito diversos; muitos desses facilitadores já estavam no final do segundo mandato de conselheiro, com quase quatro anos no CESAU, e afirmam que muito poucos tinham visto daqueles assuntos no dia a dia de conselheiro, e, menos ainda, em suas entidades de representação. Um dos facilitadores afirma que

quando eu fui para o CESAU como conselheiro de saúde representando o segmento de gestor eu não sabia absolutamente nada de SUS. Com o tempo, observando, calado, as reuniões fui tomando conhecimento aqui, ali. Como já disse, não tive nenhuma orientação na minha associação. Foi uma surpresa para mim. Não tinha muita ideia. Fui, fui até aprender como as coisas funcionam lá dentro. (ÔMEGA)

Entretanto, algumas representações desenvolvem algumas atividades de orientações sobre o controle social:

na verdade eu comecei a entender melhor e a conhecer melhor o que é o SUS, inclusive a parte de Conselho municipal, Conselho estadual através da Pastoral da Criança, quando, em 2001, [...] então eu comecei a frequentar os encontros da Pastoral da Criança e na Pastoral da Criança eu comecei a participar das capacitações na área de políticas públicas e foi só então que eu vim me deparar com relação ao Conselho municipal, eu nem entendia, nem conhecia o que era e como funcionava essa estrutura, toda essa divisão de Conselho nacional, estadual e municipal, e foi através da Pastoral que eu cheguei a conhecer. (BETA)

Na fala de BETA, conselheiro do segmento de usuários em 2007, pode-se perceber a permanência daquela matriz discursiva do cristianismo das

comunidades de bases ainda com alguma militância no controle social e fiel aos seus propósitos de décadas passadas.

Contudo, a maioria desses facilitadores afirma que começou a conhecer a estrutura do SUS, os seus Conselhos locais, municipais, estaduais e nacional, as suas conferências e plenárias correspondentes, durante a realização dessas oficinas. Antes, eles não tinham esse conhecimento porque em suas entidades de representação não há muita discussão sobre o direito à saúde e sua efetivação mediante a construção do SUS, e nos Conselhos de saúde as discussões nas reuniões de trabalho do dia a dia tomam todo o tempo disponível,

mas, fui acompanhando devagarinho e pedi de imediato lá que me entregasse a...a resolução que cria o Conselho de saúde para eu começar a entender melhor como era toda essa estrutura, fui lendo em casa, acompanhando as atas, que também é importante quando se publica a ata e entrega aos conselheiros; fui lendo todas aquelas falas, tudo o mais e , mas quando chega nessa parte de gestão, aplicação de recursos de...de...quando coloca mesmo os gastos, precisa de técnico que possa explicar melhor para os usuários, a gente acaba aprovando assim algo que a gente não entende. (BETA)

Essa situação relatada por BETA é vivenciada por todos os demais facilitadores entrevistados. Para eles, há questões em debate no controle social que estão muito além de sua competência, por maior que seja o esforço de cada um para melhor desenvolver suas atribuições de conselheiros, eles acabam “aprovando assim algo que a gente não entende”. Ou seja, o processo

de prestação de contas que todo gestor deve fazer periodicamente ao pleno do Conselho de saúde do seu nível de governo parece estar sendo feito sem um rigor adequado.

Para esses facilitadores, a sociedade como um todo, a população, necessita conhecer bem essa estrutura do SUS e seu funcionamento, porque é bem diferente de outras áreas. Com isso, a população deve tomar consciência do potencial de competência que o Conselho de saúde e seus conselheiros têm para o desenvolvimento do controle social. Portanto, ela tem que adotar maneiras de procurar saber se a pessoa escolhida para representar uma entidade qualquer dispõe de compromisso e se presta contas de sua atuação.

É bem verdade que essas questões de orçamento, relatórios de gestão, plano de saúde são muito distantes da maioria das pessoas, inclusive dos conselheiros de saúde, os quais deveriam procurar dotar o seu Conselho de uma assessoria técnica de sabida competência nos assuntos mais afastados do cotidiano de cada um.

Esta situação relatada por BETA apresenta um aspecto muito preocupante, talvez o mais dramático de tudo isso, que é a negligência quanto a análise da prestação de contas da gestão do SUS. Essa análise é uma das principais atribuições do Conselho de saúde.

Enfim, essa situação relatada por BETA, e compartilhada pelos demais facilitadores entrevistados, não é superada com a realização dessas oficinas de formação de conselheiro para o controle social no SUS Ceará, sobretudo porque cada um só ensina o que sabe.

Sobre a iniciativa do próprio CESAU em realizar a formação de conselheiro de saúde, todos os facilitadores afirmaram que a execução desse projeto constitui um momento extraordinário de obtenção de conhecimento sobre as instâncias do SUS e para o fortalecimento do controle social, o que pode causar impacto positivo para a prestação de serviços de saúde com qualidade. Eles afirmam que a formação de conselheiros deveria ser sempre um ponto de pauta de discussão nas reuniões do Conselho de saúde, o que raramente é executado, como desta vez.

Trata-se, para eles, de uma oportunidade de discussão verdadeiramente válida para a realização de discussão sobre a situação da saúde deste país. Um dos facilitadores afirma que

o que acontece é que quando você monta a estrutura do processo de formação, é que, quando você vai para as cidades, o, a gente se depara com as seguintes realidades: não existe articulação autônoma dos Conselhos, aí aqueles Conselhos que estão mais, críticos, eles aproveitam a chegada da estrutura da formação para avançar na discussão, até coisas que ele não tem nem coragem de colocar, ele passa a colocar, você, você, cria um campo neutro para a discussão, sem ser o campo de definição que era o Conselho, o Conselho é deliberativo, esse espaço ele não é deliberativo. Então você pode falar o que quiser, mas na hora de decisão, a intervenção é muito diferente, é muito distinta...(ALFA)

Este relato de ALFA, conselheiro do de usuário em 2007, com o qual concordam os demais facilitadores, mostra a extrema dificuldade de realização dessas oficinas nos municípios visitados. Conforme o relato há um descaso completo com as leis federais e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde quanto às condições razoáveis de funcionamento das instâncias do SUS para o controle social.

Não resta dúvida na fala de ALFA quanto ao acerto da iniciativa do CESAU em executar um programa de formação de conselheiro no Estado do Ceará, o que deveria servir de referência para os demais Conselhos de saúde. Todavia, o volume de dificuldades desde o início, como foi o episódio da seleção de facilitadores, até a última atividade pode descaracterizar a proposta inicial e, ao mesmo tempo, desarticular os participantes, levando tudo à desmoralização do controle social.

A falta de condições de funcionamento dos Conselhos de saúde pode levar à percepção de que a participação da população no efetivo controle social no SUS tornou-se uma caricatura de si mesmo e somente é levado em consideração pelos detentores do poder local para o cumprimento legal de aprovação das contas da gestão. Quando ALFA diz que “pode falar o que quiser, mas na hora de decisão, a intervenção é muito diferente, é muito distinta...”, fica claro que o caráter deliberativo do Conselho de saúde é completamente aparente, e seu poder de controle social é muito restrito. E, mais, essa discussão não vem sendo desenvolvida nessas oficinas de formação.

Para ALFA, a participação social foi completamente esvaziada por dentro e por fora do Conselho de saúde, com o qual grande parte da população, do social, não se mostra diretamente envolvida ou está quase totalmente desmobilizada para lutar pela efetivação da saúde como um direito de todos e dever do Estado inscrito na Constituição Federal do Brasil sob pressão dos movimentos sociais na década de 1980, como um dos facilitadores gosta de relatar:

Olha, é... pra mim tá claro o seguinte, que esse processo de discussão política, de construção de política pública para a saúde, e, e, a própria nível de intervenção, que ocorre dentro dos segmentos de saúde na construção do controle social, é existe uma disputa acirrada, né, é, a ponto desigual né...

[Como desigual?]

Desigual por conta que tem determinados setores, por exemplo, o setor do, do, segmento de usuários, que tem garantido por lei a participação de 50%, ele não faz valer na balança, o peso que ele teria da própria representatividade, porque quando se você entra dentro da estrutura do Conselho, há uma absorção, há uma, uma cooptação, uma entrega, sabe?.... (ALFA)

Essa fala de ALFA aponta de maneira contundente para a falta de articulação entre as representações do segmento de usuários, que são as partes da população com menos condições de acesso aos serviços de saúde e são, em sua maioria esmagadora, 100% SUS dependente, ou seja, não dispõem de planos de saúde etc. Para ele, há certa apatia associada à falta de compreensão do que seja uma política pública como o SUS. Neste tocante, os demais facilitadores entrevistados discordam em grande parte, quando alegam para suas atividades cotidianas e não são profissionais do controle social, têm que trabalhar para ganhar a vida etc.

Sobre as estratégias operacionais e metodológicas constantes nas Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, tomadas como orientação para a execução desse programa de formação de conselheiro pelo CESAU, no tocante à recomendação de que o processo de educação de permanente para o controle social no SUS ocorra de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais a fim de que possa ter maior efetividade, os facilitadores são unânimes em afirmar que isso pode ter contribuído para as dificuldades encontradas em quase todos os municípios para a realização das oficinas. Neste sentido, a fala de um dos facilitadores afirma que

houve muita deficiência...uma foi o tempo de treinamento que nós tivemos...foi tudo muito rápido...a realização da capacitação em si nos municípios foi muito gratificante por conta da capacitação que a gente teve com o pessoal de Brasília [SGEP/MS]. Mas, quando a gente chegava nos municípios a realidade era bem outra. As pessoas que tinham entrado no Conselho só por indicação, sem conhecer o SUS...vimos unidades de saúde diferentes, pessoas diferentes, fizemos amizade e algumas inimizades. De um dia para o outro, a gente acabava modificando alguma coisa...como o nosso tempo era muito limitado, só dois dias, ficou muito coisa a desejar...a integração é pouca, eles não se misturam muito, os usuários mais humildes ficam no cantinho. Na realidade, o Conselho, hoje tem reunião do Conselho de saúde, a reunião poderia ser aberta, ia ter outras proposições. Aliás, todos os Conselhos de saúde funcionam assim, meio fechados, parece uma entidade fechada, a reunião não é divulgada na rádio...isso não é só no meu município, não. As reuniões do Conselho poderiam servir de informação, de orientação sobre o que é o SUS, o que é direito à saúde...acabava sendo uma formação indireta para os usuários...participação existe...é mais das pessoas que são indicadas pelos poderosos, sem muita discussão. Mas, a realidade do Conselho de saúde poderia ser bem diferente...com curso de conselheiro on line, como um que estou fazendo pela secretaria de educação do meu município, que veio da secretaria da educação do estado, que veio de Brasília., com dois momentos presenciais. Os Conselhos de saúde dos municípios poderiam fazer assim, com a Internet...mas não acontece...(GAMA)

A fala de GAMA, conselheira do segmento de usuários em 2007 representando municípios de médio porte, não era mais conselheira de saúde quando da entrevista em 2011, traz subsídios para a reflexão sobre de

valorização da regionalização, que é um dos princípios diretivos do SUS. GAMA enfatiza que nas Diretrizes em estudo há forte recomendação de realização de oficinas de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais a fim de que possa ter maior efetividade. No entanto, isso pode expressar, obviamente, uma supervalorização de soluções localizadas, quase biográficas, para situações sistêmicas. É reconhecida por todos os entrevistados a existência de diferenças regionais, até entre bairros de uma mesma cidade, contudo, a regionalização do SUS deve ser valorizada nos processos de decisão política naquilo que é extremamente específico de cada município, de cada localidade.

Contudo, essa recomendação pode suscitar profundas diferenças na execução, com a manutenção das desigualdades regionais, o que, de certa forma, contraria a adoção do princípio da igualdade e sua estratégia da equidade, qual seja, a de possibilitar condições para a diminuição ou extinção das desigualdades; a pregação de respeito às diferenças regionais ou trajetórias pessoais tem sido historicamente usada para a perpetuação de situações sabidamente indesejáveis.

Obviamente, é inegável a existências de diferenças entre as regiões do país, todavia o quadro de problemas guarda certa proporcionalidade, principalmente na área da saúde. No geral, há uma unanimidade nacional quanto orçamento público para a efetivação dos direitos sociais, o que vai aviltar as condições de trabalho, os salários dos profissionais etc.

E quando GAMA afirma que as dificuldades do controle social no SUS não se limitam tão somente ao funcionamento de um ou outro Conselho de saúde, pela negligência dos gestores, está completamente correta. E se ela tivesse feito referência às pressões exercidas pelas elites proprietárias de empresas para restringir as ações do SUS, conforme a orientação do Consenso de Washington de corte nos gastos sociais, estaria nacionalizando, e até mesmo globalizando, a situação da saúde como uma política pública.

A estratégia de utilização da Internet para a realização de curso à distância adotada para a formação de conselheiro de educação nos três níveis de governos articulados entre si, mencionada por GAMA, poderia ser uma maneira de sedimentar e ampliar os conhecimentos obtidos pelos conselheiros de saúde nessas oficinas de formação aqui analisadas. Ao mesmo tempo, essa estratégia poderia contribuir para a realização de articulações intersetoriais sobre as outras políticas públicas, o que seria relevante para a efetivação da saúde em sentido ampliado.

O processo de escolha de conselheiros de saúde para atuar como facilitador de oficina, coordenador pelo CESAU em Fortaleza, suscitou constrangimento entre aqueles que não foram escolhidos. Como já citado anteriormente nesta tese, ao mesmo tempo em que acata a recomendação de regionalização do enfrentamento de situações problemas, o que efetivamente localiza a disputa política, o CESAU minimizou, com esse processo de escolha,

“o mundo de significação – familiar, social e profissional – dos participantes, utilizando-se de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, habilidades, atitudes, hábitos e convicções que possam efetivamente exercer a sua cidadania”, constante naquelas Diretrizes (BRASIL, 2006a, p.13).

O CESAU minimizou, também, a importância da regionalização, quando desempenhou um papel de coadjuvante no processo de seleção, preparação do material de apoio e a identificação de sujeitos sociais que tenham condições de transmitir informações e possam atuar como facilitadores e incentivadores das discussões sobre os temas a serem tratados.

A propósito, para os facilitadores entrevistados, a escolha de conselheiros de saúde estaduais para atuar como facilitadores de oficinas nos municípios foi um desafio muito grande para cada um, uma novidade para todos, no que pesem os constrangimentos entre aqueles que se julgam iguais e capazes de realizar um trabalho de relevância social como voluntário. Embora tenham sido selecionados por mostrar competência em conduzir as oficinas, esses facilitadores alertam para o constrangimento que o processo de seleção pode ter causado ao estipular uma caracterização de conselheiro capaz e não-capaz, uma acentuação das diferenças entre os conselheiros.

Para evitar essa situação de constrangimento, alguns entrevistados afirmam que todos os conselheiros estaduais poderiam ter sido envolvidos como facilitadores nesse processo de formação, principalmente quando se considera a abrangência dos cento e oitenta e quatro Conselhos de saúde municipais e a exiguidade do prazo.

Para alguns facilitadores, o não envolvimento de todos os conselheiros estaduais reproduz mais uma vez a prática recorrente no CESAU, de discriminação política e/ou partidária, para dizer o mínimo; alguns entrevistados acreditam que os conselheiros estaduais não selecionados tão somente foram incapazes de articular e assegurar a sua seleção e marcar posição.

Os facilitadores afirmam que a sua seleção foi justa, como todo o processo, e foram obedecidas às estratégias operacionais recomendadas pelas diretrizes em tela. No entanto, eles não fazem menção à participação decisiva de assessores da SGEF neste processo de seleção de facilitadores, o que não poderia deixar de ser observada nem considerada nesta situação.

O que esse processo de seleção de facilitadores deixa entrever é a lacuna entre o que se praticou e a recomendação estabelecida nas Diretrizes, ou seja, a capacitação de Conselheiros de Saúde está incluída nessa proposta mais ampla de educação permanente para o controle social no SUS, conforme

as formulações teóricas da educação permanente tratam a aprendizagem, a qual deve se realizar no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais, considerando as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades dos sujeitos sociais de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, o que requer um tempo adequado diferenciados momentos.

Sobre a direção e o mando no Conselho de Saúde, os facilitadores entrevistados afirmam que foi importante a mudança da lei que determina que o cargo de presidente do Conselho de saúde municipal deva ser ocupado pelo secretário de saúde porque isto parece contraditório com as funções de controle social no SUS, o que configura claramente uma situação de conflito de interesse, entre elas a análise das prestações de contas justamente dos gestores.

Eles reconhecem que o CESAU já possui um processo democrático de eleição de conselheiros para ocupar a Mesa Diretora, composta por um presidente, um secretário geral e dois assessores. Para os entrevistados, isso é muito pouco, porquanto os municípios do Ceará continuam sob a lei que determina que os cargos de direção do Conselho de saúde sejam ocupados pelos gestores, o que também se verifica no restante do país.

Para os entrevistados, é marcante a presença dos gestores que se opõem à atuação do controle social no SUS. Essa situação ocorre de maneira assimétrica, sendo maior naqueles municípios de menor população, o que

parece ser mais facilmente visível, não obstante as relações de parentesco e de vizinhança mais cadentes:

tentativa da secretária(o) de saúde de impedir o credenciamento e a participação de alguns conselheiro” situação contornada pelos membros da coordenação, não registrado os motivos da atitude do secretário de saúde. Noutra dimensão, o desapontamento dos participantes em virtude da ausência do secretário de saúde. (CEARÁ, 2008, p.27)

Essa postura de soberania dos gestores não é restrita a um ou outro município, mas é uma regra, inclusive em regiões de maior população, porquanto se estabelecem com maior evidência e rigidez as relações hierárquicas de mando e poder, e a correspondente diminuição da capacidade dos conselheiros de saúde de desenvolvimento de suas atividades de controle social. Para um dos facilitadores, isso

na realidade, o número de conselheiros nem é tão importante assim, se tem cem, duzentos, o importante é que a gente tenha a paridade que possa discutir, que tenha conhecimento realmente, e não é fácil. Na verdade , a grande parte dos usuários estão lá só para compor mesmo a paridade mas na verdade são alheios a assunto de gestão, com certeza. Eu, pelo menos, na primeira reunião que participei, no pleno do CESAU, eu passei a reunião todinha calado, assim, tentando entender, vendo como a pessoa se expressava. (BETA)

Essa fala de BETA é uma mostra de que as recomendações constantes da Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, são constantemente negligenciadas. A propósito, a quarta diretriz dessa resolução recomenda que os governos garantam autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de saúde, dotação orçamentária, uma

estrutura administrativa com secretaria executiva e corpo de assessores técnicos. No entanto, isso é completamente negligenciado, conforme a fala de um dos entrevistados:

O CESAU tem um quadro de assessores técnicos, que contribuem muito pouco para o trabalho do conselheiro; eles deveriam acompanhar, dar as orientações, elaborar os pareceres para o conselheiro de saúde poder decidir. No entanto, eles não fazem isso...querem é tutelar o conselheiro. Pra mim, um assessor técnico quer tutelar o CESAU muito mais do que o secretário da saúde; ele quer subjugar o conselheiro. Acho importante os conselheiros terem sido os facilitadores de formação, mas eles deveriam ter contado com a assessoria do técnico do CESAU em muitos assuntos...porque o conselheiro de saúde tem, às vezes, apenas aquele conhecimento de sua área de representação, de um movimento, de um facção...falta ter um conhecimento dos programas do SUS, sobre o que é um plano de saúde. Como o conselheiro não sabe tudo isso, ele recorre ao assessor, que por sua vez subjuga o conselheiro e tudo mais. O resultado é que em muitas discussões os conselheiros ficam caladas ou distraídos, aprovando algumas coisas que não entende muito bem. É uma pena, mas isso tudo se repetiu nas oficinas de formação de conselheiro. (DELTA)

A percepção da situação das condições de funcionamento do CESAU relatada por DELTA, conselheira do segmento de usuários em 2007, semelhantemente também manifestada por todos os demais facilitadores, com a constância de conflitos abertos entre conselheiros de saúde e os assessores técnicos (como parte de uma burocracia estatal ainda não weberiana), possibilita afirmar a existência de enormes dificuldades de funcionamento do controle social no SUS no Estado do Ceará.

Como DELTA admite, no dia a dia os conselheiros se deparam com temas da saúde muito amplos, estratégicos e de grande complexidade, o que requer um conhecimento adequado, o que eles não possuem naturalmente, por

isso se coloca a prioridade de o CESAU dispor de uma assessoria técnica profissional e permanente.

Entretanto, essa situação de deficiência dos Conselhos de saúde tem sido abertamente utilizada tanto na tentativa de desqualificação política dos conselheiros quanto na investida de destituição da fala destes últimos por pessoas com os mais diversos interesses, com a pretensão de exercer algum poder de ditar o ritmo do processo de efetivação do SUS como uma política pública com base nos princípios diretivos, vale salientar, de universalidade de acesso, integralidade e igualdade da atenção e controle social.

Em todo caso, a exposição dessa situação só pode interessar a parcelas da população acostumadas às relações no centro do poder do estado brasileiro, que outrora tiveram que acatar a demanda oriunda de grandes contingentes, sobretudo os mais pobres, organizados em vários arranjos e postos em movimentos, por direitos sociais, dentre eles a saúde, com a determinação política surpreendente de “enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, além de afirmar a política como uma atividade privativa das elites” (DAGNINO, 2002, p. 285).

Com isso, as formas de estruturação interna do Conselho de saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático de participação, no que evitará qualquer

procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas herméticas no seu funcionamento. Todavia, quando informação sobre o descumprimento da resolução nº 333 vem à baila instaura-se uma enorme discussão sobre a efetividade do Conselho de saúde como instituição para o exercício do controle social no SUS, o que resulta invariavelmente em um estranho consenso entre os pares conduzido pelos gestores.

A instituição do Conselho de saúde como uma das instâncias colegiadas do SUS, vale enfatizar, pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, de caráter permanente e composição de 50% de seus membros oriundos de representação de usuários, 25% de trabalhadores em saúde e outros 25% de gestores e prestadores de saúde, conveniados e sem fins lucrativos, comporta duas situações incompatíveis com o controle social e as condições para o seu desempenho: a presença do segmento composto de gestores e prestadores de serviços de saúde sem fins lucrativos e conveniados ao SUS, e a possibilidade de este mesmo segmento ocupar a direção do Conselho exclusivamente.

A propósito, alguns entrevistados afirmam que a mudança na lei, para permitir a realização eleição democrática da direção do CESAU, poderá servir para estimular a participação dos conselheiros do segmento de usuários no comando do Conselho, por constituírem a maioria, observando-se a paridade de representação por segmentos, o que nunca se materializou. Para um dos entrevistados,

aí fica difícil esse controle tendo em vista que o segmento do usuário é cooptado, na imensa maioria, você ser conselheiro de saúde e receber salário da gestão, você não é um conselheiro, você é um funcionário da gestão, ocupando um espaço da população e contra a população, e contra a população em geral....(ALFA)

Anteriormente, uma lei estadual determinava que o secretário de saúde do estadual fosse o presidente do CESAU, o que, a meu ver, era mais uma das imensas anomalias na constituição das instâncias do controle social no SUS.

Entretanto, a presença do segmento de gestores e prestadores de serviços está assegurada, não se vislumbrando nenhuma movimentação favorável à sua exclusão da composição do Conselho de saúde. Acrescente-se a isso que compete ao Conselho de saúde analisar e emitir parecer com aprovação ou reprovação da prestação de contas da gestão, feita periodicamente pelo gestor do SUS em cada nível de governo, o que constitui extremo conflito de interesse. Esta situação se mostra mais esdrúxula quando se recorda que todos os entrevistados falaram sobre a sua deficiência nesta matéria e, até mesmo, alguma negligência quando este assunto é ponto da pauta de reunião do Conselho.

Contudo, eles admitem que essa distribuição proporcional de vagas de conselheiros por segmento é muito interessante para qualificar a participação no funcionamento do Conselho de saúde, sem fazer referências às aquelas incompatibilidades referidas anteriormente.

Para os facilitadores entrevistados, há bastante espaço para a participação democrática com vista ao exercício do controle social no SUS, contudo falta alguma coisa como entrosamento, como articulação, alguma coisa parecida com isso. Para eles, é muito difícil achar o termo certo para explicar o pouco impacto e reconhecimento do controle social junto à população, no que pese o Conselho de saúde dispor de representação de praticamente todos os setores da sociedade e haver mais conselheiros de saúde municipais do que vereadores em qualquer município:

as deliberações mais fortes realizadas, ocorridas na 13ª conferência elas não foram implementadas, o processo de terceirização no meio disso aí, atingiu índices recordes, e aí eu não tô falando só no município de Fortaleza, só na capital, no Brasil todo, no Brasil todo, e aí como é que a gente pode analisar, que um processo de formação dos conselheiros, que são os fiscais, há mais conselheiros de saúde que vereadores, há mais conselheiros de saúde que vereadores..., é... presume-se a representatividade da comunidade, e aí essa permissividade? Como é que isso aconteceu? É meio contraditório, a contradição é fácil de ser explicada: você vê, é regimentos de Conselhos que diziam que representantes de determinados segmentos de usuários não podiam ter vínculo empregatício com município e a grande maioria esmagadora hoje tem, quando não seus familiares, então é muito simples, é muito fácil essa cooptação, né, normalmente são pessoas que pela própria... ocupam cargos de vigias, de porteiros, cargos secundários, dentro da estrutura governamental, e aí, imagina num município ... de Fortaleza, de quase 3 milhões de habitantes, isso acontece descaradamente, que dizer que houve um afrouxamento do controle do próprio, estrutura do Conselho, da composição do Conselho,...o controle não se controla... o controle não se controla...(ALFA)

Nessa fala, ALFA, que não era mais conselheiro de saúde quando da realização da entrevista, deixa transparecer a existência de uma provável expansão descontrolada na criação de Conselho de saúde, mas isto está inteiramente de acordo com a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta lei estabelece que os recursos financeiros do SUS só sejam repassados para cada nível de sua atuação se houver um Conselho de saúde correspondente, o

que suscitou a criação de Conselhos de saúde no país todo, nos primeiros anos da década de 1990.

Os demais facilitadores, contudo, concordam com ALFA quanto à negligência do funcionamento dos Conselhos de saúde e certa perda de credibilidade do controle social. Eles reconhecem, tomando a extensão e experiência de participação da população nos movimentos sociais, que poderiam até trazer força e dinamismo para a construção do SUS, principalmente na década 1980, a ocorrência de provável distorção no funcionamento do Conselho pelo fato de sua direção política estar sob o mando dos gestores.

Entretanto, há facilitador com opinião bem distinta:

O controle social deve ter o conhecimento dos direitos, casados com os deveres. E como se deve proceder ao controle social. O Controle Social no sentido de agir juntamente com a gestão na construção de um Conselho efetivo. Então o Conselho não é maior nem menor do que a gestão. Ele trabalha paralelamente, é como se fosse uma assessoria dentro da sociedade. Fazendo com que as atividades da saúde possam ser desenvolvidas como direito de cada cidadão como prescreve a constituição [...] as oficinas tem um particular De que disciplinar o conselheiro a entender a solução, avaliar o processo e repassar [...] sempre no sentido de entender que saúde, saúde como direito [...] o respeito ao Estado e a manutenção da ordem, é, disciplinar, hierárquica dentro do Estado, o conhecimento vai ampliar, reconhecimento do que seja hierarquia, disciplina, organização. Particularmente na área de planejamento: não se pode fazer Conselho sem planejamento. Não se pode fazer gestão da mesma sorte. (ÔMEGA)

A fala de ÔMEGA, que não era mais conselheiro de saúde quando a entrevista foi realizada, embora continue trabalhando como gestão do SUS, deixa entrever uma visão bem peculiar: “então o Conselho não é maior nem

menor do que a gestão”. Isso é coerente com a sua opinião de que não deveria haver grandes atritos entre os conselheiros de saúde, entre os representantes do segmento de usuários e o de gestores e prestadores.

Seguramente, ÔMEGA não enxerga nenhum conflito de interesse entre o secretário da saúde ser o presidente do Conselho e presidir uma reunião que vai analisar a prestação de contas de sua gestão. Ao passo que os demais facilitadores entrevistados afirmam que isso constitui em si um intransponível conflito de interesse, do âmbito da ética, o que deve ser prontamente repudiado, principalmente, considerando-se ser a CONEP o baluarte pela ética em pesquisa envolvendo seres humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

Não obstante a aberração da situação, os facilitadores entrevistados não acreditam que a formação de conselheiro, na maneira como foi realizada, vá contribuir muito para a efetiva mudança da condução política do controle social no SUS. Para eles, essa situação mantém um paralelo com as demais áreas da sociedade, da sociedade de risco, quando esta inaugura uma moral de uso privada, a qual serve para orientar os negócios econômicos, científicos e tecnológicos deslocados do alcance das grandes parcelas da população e voltas com o exercício do controle social sobre as políticas públicas.

Seria ilusório, afirmam alguns facilitadores, esperar um comportamento diferente do Conselho de saúde, do tipo neocorporativista para a mediação entre as demandas de trabalhadores, usuários e outros grupos de interesse,

com vistas à diminuição de conflitos distributivos da riqueza socialmente produzida. Contudo, o Conselho de saúde no Brasil pode ser caracterizado como uma metamorfose de um tipo de Conselho vigente até a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Os movimentos sociais, oriundos de vastos segmentos da população que localizam as suas demandas no Estado, visto como provedor das condições de reprodução biológicas, no entanto, do tipo governamentalizado, passam a ocupar e a transformar os Conselhos de saúde, o que, vale dizer, não contraria em muito os governantes, que veem nesta situação a possibilidade de compartilhar com a população a gestão da economia mediante a utilização da estatística e as técnicas da economia política de estabelecimento de prioridades conforme o orçamento, participativo ou não, público etc.

A compreensão sobre a dinâmica do Conselho de saúde manifestada por alguns dos entrevistados corresponde à percepção da ocorrência de uma cisão do projeto da sociedade industrial majoritário no mundo, diferente do sonho iluminista de fraternidade, de igualdade e de liberdade. Assim, uma parte das competências decisórias socialmente definidoras é inserida no sistema político e submetida aos princípios da democracia parlamentar etc.; uma parte, bem maior, é delegada à liberdade de investimento em serviços e pesquisas das empresas. No entanto, essa cisão acarreta a dissolução das fronteiras da política como fruto da realização da democracia e da política social, com a redução de direitos estabelecidos no sistema político e a emergência de movimentos sociais fora do sistema político.

Essa situação, posso afirmar, é resultado do desenvolvimento técnico-econômico nos três séculos recentes, o que possibilita a repolitização da modernização, por um lado, e mantém esse sistema de produção praticamente imunizado quanto à legitimação parlamenta, por outro lado. Além disso, o desenvolvimento técnico-econômico adquire uma nova dimensão política e moral, sem um lugar certo para as decisões que modificam a sociedade, tornando-as mudas, anônimas e alheias aos movimentos sociais locais (BECK, 2010).

Talvez, seja dessa natureza a possibilidade de existência de um efetivo controle social na saúde, um setor de extrema relevância para a reprodução biológica da população e produção econômica nos marcos do capitalismo em sociedade de risco. Por isso mesmo, a saúde desfruta de grande visibilidade política e estratégica para o desempenho do estado governamentalizado, posto em movimento por parcelas da população acostumadas às rotinas do mando do poder sem, contudo, recepção à contestação de outras parcelas da população, pobres e numerosas em movimentos, ruidosos, erráticos e infrequentes. Se essa situação de incertezas, imprevisibilidades e risco resulta do domínio de uma minoria que quer ser elite então alguma lógica deve haver para que essa situação se reproduza e permaneça.

Contra isso, informam os facilitadores mediante diversos sons, é necessário que a estrutura do controle social do SUS possa funcionar mediante os instrumentos de planejamento e execução dos recursos, os quais devem ter seus meandros desvelados. Assim, quando os governos municipais, estaduais

e federal, genericamente os gestores, elaboram, de quatro em quatro anos, o Plano Plurianual (PPA); até abril de cada ano, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), para análise e votação do Poder legislativo no respectivo nível de governo, e, baseados nesta LDO, até agosto de cada ano, a Lei Orçamentária Anual (LOA) para o ano seguinte, então esse processo orçamentário, com as questões da área da saúde devem ser submetidas à apreciação dos Conselhos de saúde nos respectivos níveis de governo.

Seguramente, afirmam todos os facilitadores entrevistados, esse processo orçamentário é um dos assuntos de menor participação e compreensão da parte dos conselheiros de saúde, principalmente aqueles dos segmentos de usuários, não obstante ser o orçamento a chave para o conhecimento sobre o estado, a quem ele serve e a quem deve. A propósito, há inúmeras recomendações na legislação do SUS para a constituição de comissões de orçamento e financiamento, para acompanhar, fiscalizar e analisar a execução orçamentária no governo correspondente.

A deficiência técnica neste assunto reiterada pelos conselheiros de saúde, conforme as falas dos entrevistados, pode levar à afirmação que aqueles ainda não chegaram ao nível I de aprendizado, com o qual se pode adquirir ou extinguir um hábito mediante a “adoção de um determinado comportamento para ajustar as relações entre indivíduo e a organização, acoplando as suas práticas às práticas do grupo” (DAVINI, 2009, p.47). Com o nível I de aprendizado, qualquer pessoa pode estabelecer rotinas (ou hábitos), as quais se tornam naturais.

O nível I de aprendizado é extremamente importante para que cada um seja capaz de enfrentar situações problemas de sua reprodução biológica e, quando possível, cercar-se de toda sorte de recursos para garantia de sua vida e sua diferenciação entre os demais animais da natureza.

Para os entrevistados, a falta de competência, ou simplesmente o desinteresse pessoal por um determinado assunto, pode ser a causa do pouco controle social sobre os gastos públicos, em particular na área da saúde. Essa situação pode ser minorada mediante a articulação dos Conselhos de saúde com outras instituições de controle social nas políticas públicas, tais como Tribunais de Contas, comissões do Poder Legislativo, Ministério Público, ouvidorias, controladorias etc. Contudo, afirmam alguns entrevistados, essas instituições têm também muitas dificuldades no desenvolvimento de suas atribuições, embora algumas ações esparsas de sucesso tenham sido realizadas; o Conselho de saúde tem legislação adequada e representação da população para o exercício do controle social, cujo resultado, no entanto, mostra-se muito aquém das necessidades e expectativas da sociedade.

E, projetam alguns facilitadores entrevistados, a situação não apresenta indícios de melhora na efetivação do controle social com a realização dessas oficinas de formação de conselheiros porque esse assunto é muito mal discutido, há pouca clareza sobre a autonomia do Conselho de saúde para adentrar este assunto e, principalmente, porque as instituições citadas são todas vinculadas, de uma forma ou de outra, ao Estado governamentalizado e, por isso mesmo, querem deter alguma sutil primazia no trato desse assunto.

Essa situação poderia ser modificada se a estruturação administrativa do Conselho de saúde, como recomendada na Resolução N.º.333, fosse efetivamente realizada, com a criação de um corpo de técnicos especializados em áreas estratégicas e de maior demanda, com a finalidade de assessoria aos conselheiros, sem, contudo, querer se sobrepor as funções. Porém, ocorre exatamente o contrário, admitem alguns entrevistados, porquanto a assessoria técnica é desenvolvida por poucas pessoas, com grande limitação de conhecimentos dos assuntos mais frequentes do controle social, e, o mais temerário, com aspirações políticas de sobrepor a atuação dos conselheiros.

Certamente, algumas falas ressaltam as dificuldades de abordagem dessa situação, apresentadas principalmente pelos conselheiros do segmento de usuários, em sua grande maioria com muitas deficiências para lidar com assuntos de condução dos problemas administrativos, o que aumenta a sua dependência da assessoria técnica do Conselho de saúde; e os assessores técnicos, por sua vez, afirmam todos os entrevistados, não se mostram sempre solícitos para lidar com as dificuldades dos conselheiros. Há uma grita geral dos conselheiros contra a postura do corpo de assessoria técnica, principalmente quando eles vislumbram alguma extrapolação de função da parte desses assessores.

Se a articulação com a assessoria técnica do próprio Conselho se mostra de difícil execução, então a tão bem falada intersetorialidade entre instituições de controle social na gestão pública pode se mostrar mais distante ainda de sua efetivação. Contudo, há uma expectativa da população em geral,

principalmente de seus segmentos vinculados aos movimentos sociais pela saúde pública, de que o Estado brasileiro tenha efetivas instituições de controle social, todavia, sem com isso querer fazer um retorno a uma era marcada pela presença do Estado de justiça, com seus regulamentos e normas legais claros e públicos, nem sempre virtuosos, presente somente nos compêndios de história e em manuscritos de alguns pensadores humanistas, há muito deslocados pela emergência do Estado governamentalizado (FOUCAULT, 2010).

Em escala mundial, entretanto, a dificuldade de instituições para o controle social é proporcional, como se pode perceber no funcionamento de organismos internacionais, como a ONU, por exemplo, que atuam em comum acordo com as megacompanhias ou países soberanos de economia poderosa, sem lhes opor grandes obstáculos nem fazer grandes questionamentos. Geralmente, esses países são sedes de grandes corporações com interesses na área da saúde, por exemplo, e estão permanentemente com as suas representações diplomáticas e/ou forças militares prontas para eventual intervenção em defesa dos negócios de seus empregadores ou soberanos nos quatro cantos do mundo, inclusive no Brasil.

O desconhecimento dessa situação da parte dos conselheiros é fortemente criticado por um dos facilitadores entrevistados, que ressalta a existência de um propósito do governo brasileiro em alardear que o SUS é o maior sistema público do mundo em termo de cobertura de atendimento à população, com mais cento e noventa milhões de pessoas; patrimônio imaterial

da humanidade etc. Para ele, essas oficinas de capacitação não possibilitam minimamente o vislumbre das relações internacionais, a inserção Brasil no processo de globalização da economia e o papel que o SUS, enquanto uma política pública, que tem como um dos seus princípios diretivos a universalidade do acesso a todas as pessoas residentes ou visitantes do país, com vistas a sua segurança e garantia da reprodução biológica, que o modelo de família da economia em descenso já não assegura mais.

Como consequência da universalidade, o SUS apresenta grandes números da atenção à saúde, o que não pode ser desconhecido da população, em particular do conselheiro no seu dia a dia da atividade de controle social. Eventualmente, esses dados são veiculados para a formação de consensos na sociedade a favor da redução do SUS, o que constitui ataque aos direitos sociais estabelecidos. Contra isso, essas oficinas de formação não apresentam nenhuma estratégia de fortalecimento da saúde como uma política pública, o que pode contribuir sobremaneira para o afrouxamento no exercício do controle social no SUS.

Os facilitadores afirmam a completa inexistência de tática de defesa do SUS, o que não é sequer ventilado nesse programa de formação de conselheiro. Contudo, essa situação tende a se modificar a partir da formação radical de conselheiro com base na propagação dos direitos fundamentais da pessoa, apesar da conjuntura de avanço da gestão da economia para o mercado, dissociada da população. Como em outros momentos, porém, essa população poderá aprender e usar várias possibilidades de interpretação e, em

situações históricas diversas, construir sempre novos pontos de partida. A redundante afirmação dos direitos sociais, como a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da Constituição Federal de 1988, de forte verniz iluminista, seguramente pôde contribuir para ampla ativação política na população.

O sistema público de saúde do país, afirmam alguns entrevistados, pode vir a ter um movimento de qualidade em sua defesa, em decorrência da centralidade que ele ocupa na reprodução biológica, e da posição estratégica no desenvolvimento econômico, sem contar com o apelo alcançado junto aos segmentos menos destituídos da população, vale dizer, com menos acesso aos recursos para a sua autoafirmação.

Há também a favor dessa futura valorização do SUS o fato de a maioria dos Conselhos de saúde ainda funcionar sob as ordens dos gestores, que presidem a quase totalidades dos Conselhos de saúde e influenciam na escolha de outros segmentos, principalmente trabalhadores de saúde onde o movimento sindical é muito ligado ao executivo, apesar de isso possa se configurar como assédio moral, como ficou patente em alguns municípios, com intervenção direta dos gestores para determinar quais poderiam participar das oficinas municipais (CEARÁ, 2008).

Como já afirmado em páginas anteriores, a natureza democrática e a localização política do Conselho de saúde favorecem a participação tanto dos

gestores de saúde quanto dos usuários. Aqueles sabem muito bem a importância de haver um Conselho de saúde no âmbito de seu governo por dois grandes motivos, quais sejam, para assegurar o recebimento de repasse de verbas e para analisar a prestação de contas de sua gestão, inclusive a execução orçamentária; e os usuários consideram o Conselho de saúde como uma criação de sua atuação afirmativa e, em última análise, uma manifestação do Estado provedor envolvido em atender as suas demandas.

Com isso, pode-se afirmar que foi o sucesso, e não o fracasso da política, que levou à perda do poder de intervenção estatal e à deslocalização da política para áreas distantes da participação democrática, haja vista que a democracia é uma força anti-institucional; uma prática de justiça, o que forjou a retirada da cena pública daqueles segmentos da população que necessitam de um amplo afastamento dos movimentos sociais. Contudo, deve-se concordar com um dos entrevistados, o aparecimento de instituições políticas efetivas em escala global é impedido pela permanência incontrolável de poderes globais, o que envolve também o Brasil e suas políticas públicas.

Seguramente, o gestor público é o principal interessado em manter um estreito acompanhamento do funcionamento do Conselho de saúde, inclusive as atividades de formação para atuais conselheiros e novas lideranças, intercâmbios com outros órgãos de controle social como ministério público, tribunais de contas etc. Isso é coerente com o projeto de sociedade industrial, com a inserção no sistema político de parte das competências decisórias socialmente definidoras e submetidas aos princípios da democracia com a

participação da população, para pactuação e definição de metas etc. Contudo, o que não é dito nas oficinas de formação, uma grande parte é delegada à liberdade de investimento das empresas e à liberdade de pesquisa, em geral ligadas àquelas empresas, o que ocorre fora da política vivida no Conselho de saúde (BECK, 2010).

E, cabe ao conselheiro de saúde, afirmam os entrevistados, exigir condições de funcionamento para o desempenho de suas atribuições haja vista a amplitude da área da saúde, em consonância com as recomendações presentes na citada resolução N°. 333, do CNS, como consta na quinta diretriz, que recomenda ao Conselho discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar.

Conforme diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente; proceder à revisão periódica dos planos de saúde; deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo

de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde; estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da igualdade e a estratégia da equidade.

Expressivamente, a saúde é um dos setores mais lucrativos da economia, com grandes investimentos em pesquisas, serviços e tecnologias, o que lhe confere uma aura especial de mercadoria, diferentemente da visão ingênua que não lhe atribui preço, e juntos vêm os riscos cada vez maiores para a população. Ao mesmo tempo em que o conceito de saúde é ampliado, com a inclusão de vastos setores de atividades econômicas e o seu ambiente do trabalho e o ambiente natural, ocorre uma grande transformação no processo de cientificização da produção do conhecimento na sociedade. Inicialmente, a relação entre ciência e práxis é pensada de maneira dedutiva, e os conhecimentos obtidos cientificamente são, de acordo com a demanda, impostos autoritariamente mediante o recurso do argumento de autoridade, largamente utilizado para o estabelecimento de verdades científicas.

Todavia, os destinatários dos desenvolvimentos da ciência assumem uma postura de coprodutores de conhecimentos socialmente válidos, quando tomam parte como sujeitos nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos ou pressionam para a incorporação de tecnologias, na saúde em particular. E essa área do desenvolvimento científico faz também parte do

campo do controle social no SUS, mediante regulação específica e princípios da Bioética, coordenada pelo sistema CONEP e cerca de 630 Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) distribuídos pelo país.

No entanto, como um dos facilitadores assevera, esse é um tema que merece uma maior tempo nas atividades de controle social, porquanto envolve diretamente grande carga de risco para a vida da população e para o ambiente natural. O que é estranho nisso tudo, acrescenta ele, é a total ausência de discussão sobre esse assunto nessas oficinas de formação, quando se sabe que algumas tecnologias podem estar sendo utilizadas sem condições nem segurança para a população.

E, arremata ele, a tendência é o aumento galopante da pressão sobre os gestores para a incorporação de tecnologias em saúde no SUS, não obstante a carga de risco que isso pode trazer para a população, no presente e no futuro, do qual não se pode minimamente delinear as condições na quais ele ocorrerá. Esse facilitador afirma que é imprescindível a inclusão da questão ambiental na pauta da saúde pública do país por conta, além das tecnologias em saúde utilizadas, da falta de destinação adequada para os resíduos sólidos, que vêm se avolumando em escala geométrica, inclusive nos arredores de pequenas cidades.

Para os facilitadores entrevistados, há uma intenção patente da população em manter o Conselho de saúde como instância de disputa política e tomada de decisão do governo, contudo, afirmam alguns, não há uma clara

percepção de que isso possa ocorrer em um Estado dominado por forças misteriosas exaustivamente apelidadas de critérios de definição de prioridades, de disponibilidade orçamentária, recessão, racionalização, reengenharia, redimensionamento, etc., com resultados pífios, abandono do princípio da universalidade de acesso e, por conseguinte, o abandono da efetivação de direitos sociais, em nome da governabilidade, em flagrante desrespeito à lei e à justiça.

A prática do Conselho de saúde em negligenciar a execução de suas atribuições de controle social pode combinar com a negligência dos princípios do SUS de universalidade, igualdade e integralidade da assistência, a favor da governabilidade, em prol do Estado governamentalizado (FOUCAULT, 2010). Para todos os entrevistados, esses princípios, por si só, não entram em negociação nem em pactuação para a sustentabilidade do SUS, o que muitos gestores, alguns oriundos do movimento pela reforma sanitária, propõem para a população sob o argumento de que a população do país desfruta de boas condições econômicas e financeiras, com a ascensão de milhões de pessoas à classe média urbana e, com isso, pode custear um plano de saúde para a sua família. Para alguns facilitadores, a proposta destes gestores constitui uma ponta do *iceberg* da contrarreforma sanitária, com a finalidade de favorecer o crescimento do mercado de planos de saúde privados:

nós estamos vivendo uma contrarreforma nos movimentos sociais, aí, eu ver que, essa opinião é minha, nós vamos ter isso porque muitos, no processo da luta dos movimentos sociais a gente também não pode dizer que não houve avanços, claro que nós tivemos vários avanços, e acho que é justamente isso aí, como nós começamos a avançar deu...essa parada. (SIGMA)

Com isso, nas palavras de SIGMA, era conselheira de saúde do segmento de trabalhadores em saúde em 2007, deixou e era dirigente sindical quando da realização da entrevista, em 2011, a efetivação do direito social de acesso à saúde de qualidade ficaria mais distante. Contudo, os facilitam falam que nessas oficinas de formação não são apresentadas estratégias para discussão sobre a luta política a ser realizada pela população para a efetivação de seus direitos sociais. Para eles, a negligência com a efetivação dos direitos sociais é equivalente a rasgar a Constituição Federal do Brasil.

Esse comportamento do país, em acordo com a ordem mundial, apelidada de globalização, tem, no entanto, um efeito revolucionário, qual seja, a desvalorização da ordem. Apesar de não fazer menção à globalização como a natureza desordenada dos processos que ocorrem acima do território, principalmente coordenada e administrada pelo mais alto nível do poder institucionalizado, isto é, Estados soberanos ou capitalistas ditos pós-industriais.

Sobre isso, os entrevistados estão cientes de que a grande parte da discussão da efetivação da saúde como um dos direitos sociais passa por fora do Conselho de saúde, não obstante a sua prática democrática e participativa. Entretanto, eles afirmam que a saúde deve ser vista como uma luta por políticas públicas, de interesse de todos, do ponto de vista epidemiológico, porquanto todos os agravos à saúde das pessoas adquirem dimensões gerais da população.

Os entrevistados afirmam que qualquer município, inclusive pequeno porte populacional, apresenta um perfil epidemiológico apavorante, quer pela expansão do uso de drogas, pela violência do trânsito, pela qualidade da água potável e dos mananciais, pelo uso intensivo de agrotóxicos etc. Para eles, este quadro se agrava exponencialmente quando são incluídas as doenças degenerativas, as doenças sexualmente transmissíveis e doenças negligenciadas, como a hanseníase, a malária etc.

Nestas circunstâncias, a defesa do funcionamento democrático do Conselho de saúde traz à lembrança o fato de que a luta política continua local; e o desenvolvimento técnico-econômico possibilita a repolitização da modernização iluminista, forjada pelos riscos à saúde das pessoas e preservação das condições de vida no planeta Terra, advindos das atividades industriais e seus produtos. Com isso, o desenvolvimento técnico-econômico pós-industrial globalizado consiste em uma subpolítica a meio caminho entre a política e a *não* política, por um lado, e em uma nova dimensão política e moral (BECK, 2010).

Neste sentido, os entrevistados são enfáticos ao afirmar que a formação de conselheiros deve ocorrer com esses conteúdos de verniz iluminista, de humanização, de cidadania do mundo, sem, contudo, perder de vista o atual movimento do processo de produção industrial capitalista, seus impactos destrutivos das condições de vida do homem e da natureza., bem como o seu Estado governamentalizado, com a segmentação da população por demandas e o uso da economia política para a realização do governo.

Os entrevistados admitem que, com os conhecimentos dos conteúdos sugeridos para a formação de conselheiro, é necessário a população conhecer, participar e defender as conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, porque delas saem as propostas a serem executadas pelos gestores, e isso pouca gente sabe ou respeita.

No entanto, eles não conseguem explicar o pouco envolvimento da população e suas entidades como associações e sindicatos. Seguramente, esse tema continua a merecer atenção de pesquisadores e militantes dos movimentos sociais no país, porque não se deve acreditar sinceramente que da sabedoria e, sobretudo, da coerência das leis dependem diretamente a perfeição dos povos e dos governos (HOLANDA, 1995).

Alguns desses facilitadores chegam a insinuar que há muita apatia dos movimentos, que as pessoas não querem participar muito nem sempre, e que preferem delegar para outros colegas. Eles afirmam que até no movimento sindical algumas atividades antes realizadas por militantes doravante são repassadas para empresas contratadas. Alguns facilitadores desdenham que ainda vão contratar empresas prestadoras de serviços para a representação de alguns segmentos por profissionais de saúde.

Em um sentido menos sombrio, os facilitadores percebem que a realização de oficinas de formação de conselheiro periodicamente, com a constância das atividades socioeducacionais, vai potencializar o surgimento de mais defensores dos direitos sociais, inclusive saúde. No entanto, eles

reconhecem que o SUS como efetivação de política pública, encontra-se sob ataques bem intensos desfechados por interesses privatistas vindos do próprio governo e dos empresários, o que não deveria causar estranheza alguma.

Afinal de contas, a saúde pode ser um bom negócio e um bom cabo eleitoral (ou eleitoreiro, como alguns falam). Em geral, alguns facilitadores afirmam que o SUS possui uma estrutura democrática aberta à participação, mas a população parece satisfeita em apenas admirar a sua criação.

Alguns facilitadores afirmam que a inclusão da legislação da saúde em geral no conteúdo do programa de formação das oficinas é muito importante para os conselheiros de saúde e a população em geral entenderem que a atividade de controle social é legal, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado brasileiro, que é custeada por impostos pagos pela sociedade.

Por isso, os conselheiros não devem ter medo de lutar pela execução de ações para a melhoria da vida. Contudo, eles afirmam que o estudo dessa legislação é muito dificultoso, uma leitura muito específica, muito distante do dia a dia de cada um, de difícil compreensão e explicação. Para eles, por mais que vençam a leitura e entendam essas leis todas, a dificuldade de explicar é muito grande, enorme. Nessa circunstância, afirmam eles, pode ganhar a discussão aquele que melhor dominar essa leitura, que em geral está do lado dos gestores, como se estes fossem adversários do SUS.

Pode-se perceber nessas falas dos facilitadores uma acentuada divergência entre os três segmentos presentes na composição de representação dos Conselhos de saúde, e mais ainda dentro do próprio segmento de usuários; são falas pouco fraternas. Essa animosidade ficou patente durante algumas oficinas conduzidas por dupla de facilitadores, quando ocasionou a interrupção momentânea de atividades e até ameaça de extinção.

Para os facilitadores, isso é apenas a repetição do que ocorre no cotidiano do CESAU e na sociedade. Entretanto, eles não têm como explicar esse comportamento sem recorrer à existência da ditadura militar de 1964 e 1985, a qual é imputada a grande parte da responsabilidade pela desarticulação e destruição dos movimentos sociais e políticos, o que vem gerando efeitos até os dias atuais.

Mas, quando lembrados sobre os atuais vinte e seis anos de redemocratização do país, alguns facilitadores admitem que o Conselho de saúde é também um espaço da disputa política que ocorre na sociedade como um todo, e que não conseguem atribuir a qualquer entidade ou instituição externa a culpa pela situação da saúde do Brasil

Eles concordam que a legislação do SUS é avançada, até mesmo em comparação aos países do Estado do Bem-Estar Social, que o conceito ampliado de saúde possibilita a realização de intersetorialidade com instituições da administração pública, que há um vasto conjunto de sindicatos e centrais de trabalhadores urbanos e rurais, que ocorre a construção de instituições de controle social como o ministério público e promotorias de saúde

pública.; alguns facilitadores até salientam o avanço e colaboração da academia na produção de conhecimento sobre saúde e ambiente de trabalho saudável.

Entrementes, eles não conseguem explicitar a estagnação do movimento pela reforma sanitária, da qual a atual legislação da saúde e o SUS são apenas uma parte, porém, alguns facilitadores vislumbram um movimento de contra reforma sanitária em curso, com ataques às conquistas sociais conforme o decálogo de recomendações do Consenso de Washington de 1989.

Para alguns facilitadores, a apatia política dos cidadãos pode ser explicada em grande parte com base no sucesso da democracia brasileira nas duas décadas recentes, inclusive com a eleição de um trabalhador para presidente da república, para dois mandatos de quatro anos cada, no que pese isso pode custar muito caro para a construção da cidadania baseada em direitos políticos, direitos civis e direitos sociais, como a saúde.

Contudo, a população, composta de sujeitos de necessidades e de aspirações, que impulsiona a construção do SUS e a efetivação da saúde como um direito social, como os entrevistados se orgulham em falar, é também o objetivo final do governo, do qual ela sofre a ação mediante a ciência estatística, ao mesmo tempo em que focaliza o Estado como provedor das condições para a sua reprodução biológica, como saúde, creche, moradia, saneamento etc.

Ao mesmo tempo, os entrevistados admitem a quase impossibilidade de o Estado lidar com os grandes números da demanda da população, senão mediante a sua ordem de filas, lista de prioridades e, por fim, negligência da efetivação dos direitos sociais. Para os entrevistados, esta situação contraditória entre a universalização do acesso à saúde e a gestão de sustentabilidade do SUS deixa à mostra as fragilidades da população tomada como conjunto de interesses e aspirações individuais, o que a torna um objeto da técnica de governo mediante a ciência da economia política (FOUCAULT, 2010).

A irrupção de movimentos sociais, sobretudo das periferias de cidades populosas do país, com reivindicação por creche, escola, moradia, saneamento básico, áreas de lazer e emprego, ocorre no momento da percepção do fim do modelo de família da economia, o que levou a população a focar suas atenções no Estado como provedor daquelas condições, ao mesmo tempo em que a família passa a ser um segmento da população; um segmento privilegiado utilizado pelo Estado para o acesso à população.

Em geral, os facilitadores se mostram otimistas quanto ao surgimento de novas lideranças e a retomada de grandes mobilizações de massa no país em defesa da saúde pública de qualidade em contraposição à ida de parcelas da população cada vez maiores para os planos privados de saúde, sem dar pistas sobre sua origem, a não ser a permanência de algumas atividades do controle social do SUS, como a realização de conferências de saúde cada vez mais divulgadas e com crescente número de participantes, sem a realização de um

plano de lutas para a implementação das resoluções aprovadas nessas instâncias, as quais ficam guardadas nas gavetas dos gestores sem que ocorra uma decisão política para implementar ou para divulgá-las.

A grande queda do ímpeto de setores mais escolarizados da população que defendiam a instauração do SUS, em geral relacionados como movimento sanitário ou movimento pela reforma sanitária, com grande atuação nas décadas de 1970 e 1980, observam alguns entrevistados, deve ser creditada à ida de parcelas numerosas desses sanitaristas militantes para a gestão e, em menor quantidade, para outros movimentos políticos e partidários antagônicos à construção de um sistema público de saúde e a efetivação da saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2006C; 2007d).

O movimento pela reforma sanitária no Brasil tem grandes contribuições, admitem os entrevistados, no entanto, a ida de levas de militantes para a gestão não tem suscitado grandes resultados positivos, quando não tão somente ataques velados à instituição da saúde como um direito social, em frontal oposição ao fortalecimento do SUS e manutenção de seus princípios.

Para os entrevistados, outro aspecto do esvaziamento por dentro das atividades do Conselho de saúde pode ser atribuído ao seu envolvimento cada vez mais intenso para a análise e aprovação da prestação de contas da gestão, sem que para isso os conselheiros tenham domínio das técnicas relativas. Alguns facilitadores afirmam que os Conselhos devem dispor de uma assessoria técnica, a qual não poder querer extrapolar sua atuação para

assessoria política e com isso querer assumir a representação do conselheiro. Eles ressaltam que a assessoria técnica quer sempre se sobrepor aos conselheiros de saúde em quase todas as questões, o que deve ser evitado.

Alguns facilitadores afirmam que a condução da realização das oficinas desse projeto de formação constitui claramente um flagrante de sobreposição da atuação dos assessores técnicos em detrimento da atuação dos conselheiros de saúde, quando estes foram envolvidos sem reunir as habilidades necessárias para as tarefas didáticas programadas, como se pode observar no relatório de avaliação do Conselho Estadual de Saúde.

Todos os facilitadores consideram como positiva a assinatura da lei que instituiu a eleição democrática de uma Mesa Diretora do CESAU, respeitando a paridade entre os segmentos para a ocupação das quatro vagas, sendo 50% para usuários, 25% para profissionais de saúde e 25% para gestores do SUS. Essa mesa é composta por um presidente, um secretário geral e dois vogais.

No caso da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, o Conselho Estadual de Saúde é hierarquicamente superior ao Secretário de Estado da Saúde, o qual deve periodicamente apresentar relatórios de gestão para análise e aprovação desde o plano de execução até a prestação de contas ao Pleno desse Conselho. Na prática, o CESAU depende inteiramente do Gabinete do Secretário para o seu funcionamento desde administrativo até político institucional. Daí, surge todo um jogo de negociações e interesses, de difícil termo de equilíbrio.

A propósito, a estratégia de luta pelo poder e o modelo panóptico de controle social descrito por Jeremy Bentham (FOUCAULT, 2009) estabelecem uma reciprocidade entre governados e governantes, com a imposição (e recepção) de regulamentos normativos e de disciplina, o que suscita o Estado administrativo, com as partes atadas umas às outras de maneira irremediavelmente inseparáveis. No entanto, há diferenças abissais entre elas, sendo a hierarquia de poder marcada, no topo, pela capacidade de movimentação com grande velocidade e desenvoltura, e na base pela incapacidade de movimento, vulnerabilidade e precariedade de sua situação (BAUMAN, 2008).

Os facilitadores entrevistados reconhecem a importância dos movimentos sociais para o fortalecimento do controle social, baseado nos grandes números da população, o que resulta em acesso desigual aos recursos requeridos para a sua reprodução biológica ou efetivação de sua autoafirmação. Para eles, isso é ensinado no bojo dos preceitos iluministas de igualdade, fraternidade e liberdade; em meio a um contexto de grandes palavras, como a Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas, a Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente, Declaração de Ottawa, Declaração de Bogotá, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) etc. Contudo, afirmam os entrevistados, não houve explicitação sobre as diferenças entre os segmentos da população, cujas privações se coagulam em interesses comuns e são arroladas em ação coletiva, para as quais exigem atendimento, o que é sempre gerenciado mediante as técnicas da economia política de definição das prioridades dentre as necessidades sentidas da população.

Em termos gerais, os facilitadores afirmam que a efetivação dos direitos sociais no Brasil, entre eles a saúde, constitui uma etapa imprescindível para a construção da cidadania, principalmente porque por um lado os direitos políticos e os direitos civis parecem largamente assegurados, e por outro, quando o próprio Ministério da Saúde estabelece como condicionantes e determinantes da saúde, justamente a efetivação dos direitos sociais, como a educação, saneamento, trabalho, lazer, trabalho e a própria saúde.

Todos os facilitadores entrevistados já deixaram a atividade de conselheiros de saúde; alguns porque cumpriram os seus mandatos, alguns porque foram substituídos por sua entidade de representação, e alguns porque desistiram ou abandonaram a atuação no CESAU. Eles admitem a relevância do exercício do controle social, o que ficou bastante claro quando atuaram nas oficinas do programa de formação de conselheiro no período de julho a dezembro de 2007. Para eles foram momentos de convivência entre iguais, com os quais puderam discutir estratégias de funcionamento dos Conselhos para a continuidade do controle social no cotidiano, para além dessas oficinas e da comissão de coordenação.

Há, entre os entrevistados, a convicção da debilidade intrínseca ao Conselho, que pode ser um traço da população brasileira, que é a de delegar a terceiros a execução de cada um. Talvez, nesta lógica seja compreensível porque a efetivação dos direitos políticos avança mais rápido no Brasil do que os direitos civis ou mesmo os direitos sociais. Assim, pode parecer que a população ache que é mais interessante ter eleições para vereador até

presidente da república com uso de urna eletrônica do que ter um cartão saúde informatizado para controle das mais vis epidemias evitáveis que assolam o país periodicamente.

Seguramente, para esses facilitadores o processo de eleição e/ou escolha de indivíduos de um segmento para compor um Conselho de saúde para o controle social da maior política pública do país insira-se na lógica dos direitos políticos de delegar a outrem a consecução de seu destino juntamente com um rol de demanda para a sua vida e na estratégia de efetivação do direito à saúde como um dos direitos sociais, que, na verdade, na verdade, é mais do que um dos direitos civis – é direito à vida.

Para a maioria desses facilitadores, a intensificação da participação nos espaços públicos da política compara-se a malhar com ferro, porquanto a disputa pelo poder já não ocorre mais nesses locais onde querem fazer a população crer que ali permanece alguma coisa em jogo. Alguns facilitadores são enfáticos em reconhecer que a participação democrática tornou-se esvaziada justamente pelo excesso de participação.

Um dos facilitadores fez uma analogia entre essa participação exaurida no Conselho e em outros espaços onde não há mais política e o almoço de domingo na casa dos pais em outro bairro. Após algumas idas, de tanto almoçar em meio a discussão sem consequência imediata de modificação no comportamento de seus pais, o filho acaba abandonando esta rotina domingueira sem causar estranhamento. Para esse facilitador, os conteúdos,

apesar de extensos ou rotineiros, devem ser trabalhados nas oficinas de formação, afinal de contas pretende-se com isso o surgimento de militantes e lideranças dos movimentos sociais capazes de aprendizado e intervenção permanente na condução de seu destino e não simplesmente o abandono ou substituição por exaustão, sem estranhamento (SIGMA).

Para todos os facilitadores entrevistados, a realização de oficinas deve ser intensificada, inclusive em articulação com setores da política encarregados pela execução de ações para a efetivação dos demais direitos sociais, em particular a articulação com a educação. Eles reconhecem ao mesmo que SUS é arrojado em seus princípios de universalidade, ou universalização do acesso, nos bons termos do velho iluminismo europeu, de integralidade e participação da comunidade no controle social de sua execução, ele é muito jovem e reúne poucos recursos e, mesmo assim, já desperta desdém e cobiça por parte de setores privados. Todos os facilitadores são incisivos em afirmar que a efetivação do SUS não pode ser negligenciada, menos ainda em uma conjuntura, que querem fazer crer, favorável para a extinção da pobreza e emancipação humana.

Para esses facilitadores, trata-se de reapresentar a proposta da década de 1980, inscrita na Constituição Federal de 1988 e organizada mediante as leis federais nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. E ampliar a formação de conselheiro para o controle social no SUS para alcançar toda a população residente no país. Com as leituras dificultosas, os conselheiros de saúde aprenderam que alguns sistemas públicos de saúde de acesso universal existentes em outros

países, como Inglaterra, Austrália, Canadá e outros, passam por cerrados ataques de empresários, cuja lógica é a obtenção de bônus para o usufruto privado, fora dos espaços políticos de participação popular e da transparência.

Para esses facilitadores entrevistados, a principal estratégia para a continuidade no cotidiano do Conselho de saúde é a interlocução dos Conselhos de saúde com os setores da sociedade mediante ações articuladas com outras instituições do controle social, instituições políticas e sindicatos e centrais de trabalhadores. Como um dos entrevistados afirma, é o movimento pela repolitização da sociedade em busca da política, mediante o dissenso, em busca do prazer, pelo desejo de ter e consumir, e pela inveja do tênis. Para esse facilitador, não se pode esperar para alcançar uma erudição dos conteúdos ministrados e depois partir para exercer a cidadania, embora não fosse essa a intenção, o objetivo dessas oficinas. Mas, questiona ele, isso não poder ter ficado pairando na cabeça dos participantes e até mesmo dos facilitadores? (SIGMA).

Seguramente, a junção dos conteúdos do material de apoio com as dificuldades inerentes da área da saúde e dos níveis de compreensão e escolaridade dos participantes pode suscitar um desânimo na militância dos conselheiros, um efeito colateral adverso. Contudo, a maioria das opiniões dos participantes é favorável à realização dessas atividades socioeducacionais, inclusive com formulação de sugestões de haver uma regular oferta de oficinas de formação. Com isso, eles acreditam que haveria uma preparação adequada de indivíduos para que a periódica substituição de conselheiros ocorra sem

quebra de ritmo do funcionamento do Conselho de saúde nem desmobilização dos militantes e defensores do SUS.

Contudo, alguns entrevistados admitem que o envolvimento das instituições da educação, o ministério da educação, as universidades as escolas de ensino médio e fundamental, com a mudança de grade curricular, para a efetivação do direito social à saúde, apesar de não perceberem na sociedade brasileira grande interesse para isso acontecer. Para eles, nem mesmo nas próprias oficinas de formação de conselheiro se pode registrar essa cultura de articulação, de intersectorialidade, por menor que seja, entre todos os segmentos representados.

O cotidiano do Conselho de saúde, ao contrário, acrescentam os entrevistados, registra uma longa lista de dissensões sobre os mais diversos assuntos oriundos das várias áreas da sociedade nele representadas, o que requer de cada um muita atenção de escuta e cuidado no falar, respeito aos assuntos abordados e habilidade de negociação política para a obtenção de consenso sobre o que é claramente de interesse comum, que é uma iniciativa, uma ação para a melhoria de todos. Essa disputa renhida não significa a existência de acaloradas e fundamentadas discussões, mas, bem diferente disso, realiza-se sob a indiferença quase sempre da maioria dos presentes e sem argumentações.

Como exemplo disso, alguns entrevistados afirmam, os assuntos mais diretamente relacionados com a prestação de contas da gestão, que é de

grande relevância para todos, são abordados de maneira superficial, dissimulada pelos números, sem questionamentos etc. Trata-se de circunstância de grande pressão para aprovação, o que se expressa quase sempre em votação com grande número de abstenções, conforme afirma um dos entrevistados:

na realidade, o número de conselheiros nem é tão importante assim, se tem cem, duzentos, o importante é que a gente tenha a paridade que possa discutir, que tenha conhecimento realmente, e não é fácil. Na verdade, a grande parte dos usuários estão lá só para compor mesmo a paridade, mas, na verdade são alheios a assunto de gestão, com certeza. Eu, pelo menos, na primeira reunião que participei, no pleno do CESAU, eu passei a reunião todinha calado, assim, tentando entender, vendo como a pessoa se expressava, e aí me deparava com... porque o CESAU tem uma estrutura bem maior do que o município, tem conselheiro que era advogado, e aí a gente ficava vendo uma linguagem bem diferente...eu fiquei assustado na primeira vez que fui ao CESAU! Mas, fui acompanhando devagarinho e pedi de imediato lá que me entregasse a...a resolução que cria o Conselho de saúde para eu começar a entender melhor como era toda essa estrutura, fui lendo em casa, acompanhando as atas, que também é importante quando se publica a ata e entrega aos conselheiros; fui lendo todas aquelas falas, tudo o mais e...mas quando chega nessa parte de gestão, aplicação de recursos de...de...quando coloca mesmo os gastos, precisa de técnico que possa explicar melhor para os usuários, a gente acaba aprovando assim algo que a gente não entende. (BETA)

São incontestes as diferenciações entre conselheiros, com vantagem para os dirigentes do Conselho de saúde, quase sempre gestores ou a eles ligados. Alguns entrevistados afirmam que muitos conselheiros ora aprovam tudo para dar a aparência de conhecer e concordar com as matérias em apreciação, ora se recolhem ao conforto da segurança silenciosa da abstenção e querem acreditar que essa postura não vai influenciar coisa alguma.

Neste sentido, para alguns facilitadores entrevistados, essas oficinas de formação devem abordar enfaticamente como funcionam os Conselhos de saúde e atuam os seus conselheiros, como ocorre realmente a participação respaldada pela representação das entidades e instituições, as quais devem manter estreito acompanhamento sobre a atuação de seus representados, que não adquirem independência de pensamento e ação uma vez escolhidos

Para esses entrevistados, a postura de independência deve ser combatida porque traz para os movimentos sociais a prática das instituições da política parlamentar, cujos representantes uma vez eleitos agem praticamente por conta própria e, na maioria das vezes, à revelia de seus eleitores.

Esse arranjo de transposição da prática parlamentar para o cotidiano do Conselho de saúde, advertem alguns entrevistados, realiza-se com certo ar de alguma naturalidade porque a área da saúde é sempre vista e usada como um trampolim, uma catapulta como afirmam, para uma carreira em sentido ao topo do poder; e aquele conselheiro que se movimentar mais independentemente parece poder agregar algo a mais de liderança à sua imagem pública.

Em geral, os facilitadores afirmam que as entidades da sociedade devem conhecer as instâncias de participação do SUS, às quais são escolhidos seus representantes, e acompanhar mais estreitamente seu funcionamento. Para eles, a falta de acompanhamento da delegação do conselheiro de saúde pode suscitar tanto a perda de vínculos e propósitos do controle social, e seu subsequente enfraquecimento, quanto à legitimação de ações contrárias à

expansão e melhoria dos serviços de saúde, e em particular da representação. Contudo, eles admitem que as entidades e movimentos sociais ainda não exercem um acompanhamento amigável da participação no controle social no SUS, não obstante a existência de espaços democráticos para isso.

Esses espaços não são efetivamente tão democráticos no cotidiano como são no frio da lei escrita, afirma alguns entrevistados, em particular do segmento de usuários, apresentam grande dificuldade de compreender a dinâmica do dia a dia dos Conselhos e, mais ainda, de alterar a condução dos trabalhos e o destino das propostas e resoluções no plano de saúde, que eles ajudaram a construí-lo.

Os facilitadores entrevistados acreditam que, por ser a saúde um direito de todos e dever do Estado e o SUS dispor de instâncias democráticas para a participação da sociedade, essas oficinas de formação deveriam ser realizadas em todas as instituições da administração pública nos três níveis de governo, e nas entidades e movimentos sociais, principalmente naquelas que dispõem de assento garantido por lei nos Conselhos de saúde, nos mesmos termos das Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social, aprovadas em 14 e 15 de setembro de 2005 pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

As atividades didáticas dessas oficinas deveriam, seguramente, contemplar metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo, levando-se em

consideração o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias sem, contudo, negligenciar a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e dos sujeitos sociais e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração, como, por exemplo, reuniões de grupo, plenárias, estudos dirigidos, seminários, oficinas, todos envolvendo debates.

Os entrevistados afirmam que a valorização excessiva das referências às biografias, às histórias de vida pode certamente levar à privatização, desregulamentação e descentralização dos problemas identitários, o que causaria a perda da perspectiva de construção de soluções políticas para as contradições lógicas do sistema econômico.

É preciso, afirmam quase todos os facilitadores, o conselheiro perceber que a efetivação do direito à saúde só será obtida mediante a mobilização de toda a população, com atuação política de amplos setores da sociedade, como foi no começo para a criação e instituição do Sistema Único de Saúde na constituição federativa de 1988, e o controle social definido em lei federal.

E, continuam eles, passados mais de vinte anos de SUS, é preciso os participantes dos movimentos sociais ativos perceber que ocorre a exacerbação da autonomização progressiva do aparato de poder estatal em relação à vontade dos cidadãos, em plena democracia; a aceleração do crescimento do país não considera a expansão e melhoria dos serviços de

saúde pública com acesso universal. Ao contrário, há um estímulo para adesão aos planos privados de saúde, inclusive em órgão da administração pública.

Todos os facilitadores salientam que a luta pela efetivação da saúde como um direito social, um direito de todos e dever do Estado, não pode ser entendida como uma carta branca para o Estado brasileiro intervir, para preencher lacunas em favor de setores econômicos mais produtivos; o conceito ampliado de saúde envolve todos os aspectos da reprodução da vida, como os movimentos sociais na época da fundação do SUS propunham, com luta por saneamento, por creche, por alimentação naquele tempo, que o PIB do país era menor. Agora, salientam alguns facilitadores, é preciso haver proteção contra os riscos ocupacionais, os acidentes ambientais previsíveis, as violências urbanas que causam doenças psicológicas, nervosas e mentais, e a morte.

Apesar das condições físicas dos locais de realização das oficinas, dos atritos ocorridos entre os conselheiros, gestores e participantes, da distância das viagens para quase todos os municípios do Ceará sob um sol escaldante, todos os facilitadores afirmaram que a realização dessas atividades de formação constitui uma experiência de convivência solidária entre os conselheiros e defensores do SUS. Para eles, a realização das oficinas, mesmo que por pouco tempo de duração, possibilitou a aproximação entre pessoas que pareciam tão diferentes, mas, com as conversas, as prosas, iam se mostrando confiantes, acessíveis; afirmam que a execução do cronograma

de realização das oficinas não produziu nenhuma monotonia, apesar de seguir uma mesma dinâmica, que eles acham interessante.

A cada oficina havia a solenidade de abertura, com as autoridades municipais, quando possível, uma palestra de introdução sobre o programa de formação em execução pelo CESAU, a apresentação dos facilitadores e pessoal de apoio da Comissão de Coordenação, seguida da apresentação de cada um dos participantes, depois as aulas por assunto, com formação de grupos de estudo com os participantes para posterior apresentação sobre o aprendizado, pausas para o almoço e merendas.

Os facilitadores acreditam que o ambiente da oficina em si já suscita nos participantes uma vontade de interação, de troca de assunto, de palavra, inclusive entre indivíduos de faixa etária bem diversa, entre jovens e indivíduos com mais idade, homens e mulheres; depois das aulas sempre havia tempo para mais conversas, relatos de *causos*.

Grosso modo, o conteúdo dos relatórios de avaliação, produzidos pelo CESAU em 2008, é confirmado pelas entrevistas com os facilitadores. Entretanto, estes ressaltam que a experiência de poder conduzir algumas oficinas do programa de formação para o controle social no SUS amplia a relevância que eles viam no papel voluntário de conselheiro de saúde. Eles afirmam que as dificuldades de realização dessas oficinas variavam um pouco de cidade para cidade, contudo havia sempre algumas complicações de última hora, apesar do planejamento feito com a equipe de apoio do CESAU.

Os locais de realização das oficinas, no geral, dispunham de condições bem modestas, com poucos recursos de sala de aula, como computador, *data show*, lousa, cartolina, fita adesiva, acesso à Internet etc. Contudo, nos dois ou três dias de duração de cada oficina, com a presença variável de pessoas, o que dependia muito do tamanho da cidade onde ocorria a oficina. Em seguida, realizava-se alguma dinâmica para apresentação e entrosamento dos participantes. Isso ocorria com a participação atenta de todos, raramente interrompida para a realização de algum esclarecimento solicitado por um dos presentes.

A distribuição de algum material de apoio em seguida, suscitava quase sempre alguma reclamação em tom mais de polêmica, por conta da quantidade que não atendia a todos ou a pouca qualidade que ele apresentava. Depois, havia algumas palestras sobre a legislação do SUS, o funcionamento do Conselho de saúde e as lutas do dia a dia na região, e espaço para perguntas e respostas. Até os intervalos entre as atividades eram bem aproveitados com as conversas, afirmam os facilitadores entrevistados. Não obstante apenas alguns terem experiência de sala de aula, os facilitadores admitem que as oficinas fluíam bem, opinião compartilhada por maioria dos participantes. Todavia, houve alguns desentendimentos entre os facilitadores, o que impediu a realização de um grupo focal com a presença de todos eles.

Quando escolhidos para a representação como conselheiros de saúde, a maioria dos facilitadores afirma que não ter participado de qualquer oficina de

formação para o controle social no SUS; essa prática é muito rara entre as instituições e entidades profissionais com assento no CESAU. Eles afirmam que tentam replicar essas oficinas de formação entre os seus pares de profissão e de representação, mas não conseguem nada, o que pode muito bem ser caracterizado pelo brocardo popular de “casa de ferreiro, espeto de pau”, o que parece ser de difícil mudança. Assim, afirmam eles, as pessoas vão sendo escolhidas para a representação nos Conselhos de saúde sem qualquer noção sobre as atribuições que vão realizar e, com isso, os resultados podem ser os mais irrelevantes.

Para os facilitadores, mesmo com as dificuldades, que eles afirmam tê-las transformado em desafios, é importante a continuação desse programa de formação no CESAU, e em todos os outros Conselhos de saúde do Brasil, do CNS até os Conselhos locais. Para eles, é com gente, com os participantes das oficinas, em conversas feitas abertamente, nem sempre tão abertamente, que os problemas de saúde, que são muitos, vão sendo conhecidos e debatidos e suas soluções vão também sendo pensadas, engendradas.

Eles reconhecem que as atividades de formação são muito desafiadoras, com muitas dificuldades, mas se sentem bem porque visam à efetivação do direito à saúde para todos. E, por fim, com algum brilho de satisfação no olhar, afirmam que é bom ser reconhecido pela colaboração para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde; eles afirmam que se tornaram militantes defensores da saúde pública para sempre.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: a permanência da Política**

Dos conselheiros de saúde estaduais que participaram como facilitadores das oficinas de execução do Programa de Formação de Conselheiros de Saúde do Ceará, realizado pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará no período de julho a dezembro de 2007, foram obtidos subsídios para a elaboração de análise sobre as condições para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde.

Dos conteúdos do material de apoio adotado e as recomendações constantes nas DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE do Conselho Nacional de Saúde foi observado um patamar de dificuldades para esses facilitadores, que as transformaram em desafios, como gostam de dizer, na consecução da árdua, porém necessária, tarefa de discussão sobre os direitos sociais instituídos pela Constituição Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988, notadamente a Saúde como um Direito de todos e Dever do Estado.

Das experiências da preparação para a execução e das experiências da execução dessa tarefa podem esses facilitadores falar horas sem parar - das leituras dificultosas dos textos, das aulas sobre assuntos novos, das acomodações acanhadas, dos participantes atentos: cada oficina parecia um acontecimento solene!

Dos relatórios das oficinas deve-se admitir que foram captadas sutis reflexões dos facilitadores sobre a condução das atividades de aula, com maestria, com o uso do bom senso e da cordialidade para fazer fruir as discussões porque são indivíduos talhados nos embates do cotidiano; exercem a função de Conselheiro, de relevância pública, escolhidos pelo segmento de usuários, ou de profissionais de saúde ou de gestor, para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do SUS. E eles souberam expressar isso nas entrevistas concedidas para a elaboração do presente estudo.

Dos preceitos da educação permanente para o controle social no SUS foram considerados processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários, bem como as experiências dos demais processos participativos e fóruns de debates - Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde e Encontros de Conselheiros. Principalmente, nos marcos da Nova República, instaurada no período de redemocratização do país iniciado em 1985, e conduzida sem muita novidade nem muito espírito republicano.

Das experiências de vida dos participantes foi considerado na definição da metodologia de aprendizagem o ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais; as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades dos sujeitos sociais de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, em um tempo adequado e em diferenciados momentos. Isso serve para compreender e tentar mudar o olhar que não raras

vezes se lança sobre os contingentes populacionais, ora para vê-los como uma coisa só, uma massa amorfa, ora para tomá-los (ou domá-los) como se fosse tudo igual.

Da análise sobre o relatório de avaliação do CESAU e sobre as entrevistas pode-se afirmar que os facilitadores das oficinas procuraram mostrar que a ação de controle social é essencialmente 'fora' da política, porquanto ele tem na política o seu campo de ação: a educação das massas só pode ocorrer fora da política, da esfera pública já formalizada, oficializada, senão nos interstícios da sociedade, na *não* política.

Pode-se ressaltar o esforço para aglutinar e construir alguns consensos a partir das diversas procedências e das diversas trajetórias de vida dos facilitadores e dos participantes; as oficinas se realizaram com o intuito de agregar, de aglutinar e acolher as pessoas, a partir da compreensão sobre a necessidade de defesa da efetivação do direito à saúde mediante o exercício do controle social pela participação da população do país.

Por isso mesmo, ao longo das oficinas, houve discussões sobre o efetivo funcionamento das instâncias de participação democrática do SUS e sobre suas deliberações; falaram e escutaram uns aos outros *ad infinitum* com o foco orientado para os longos caminhos percorridos e para os precipícios que se interpõem no trajeto de manutenção, expansão e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

E, por diversas ocasiões, os facilitadores enfatizaram que a sua própria história coincide em muito com a história pela saúde e pelas melhorias das condições de vida do país. E isso tem que ser repassado dia a dia, de boca em boca, porque ela está muito pouco nos livros, nas escolas. É a história de cada lugar, de cada região e, principalmente, da população do país que deve ser contada de outra perspectiva sem heroísmo individualizado, mas da perspectiva das massas seja qual for a velocidade em que se movimentem...

Sobre a Nova República instaurada no período de redemocratização do país iniciado em 1985 pode-se afirmar que não é nenhuma novidade nem é muito republicana, apesar de sua permanência até a contemporaneidade, o que conforma o Brasil como um país governado mediante Medidas Provisórias!

Da modernidade baseada no iluminismo europeu deve-se registrar o rastro de destruições e barbaridades perpetradas principalmente no século XX com apoio da ciência dita neutra. Seguramente muita coisa mudou, mas, sobretudo, com a incorporação de riscos em larga escala em todas as latitudes e longitudes, para o planeta todo, o que suscitou a compreensão da saúde em sentido ampliado, cuja formulação é dada pela Organização Mundial da Saúde.

Os riscos da sociedade industrial capitalista não podem ser ignorados nem eliminados, mesmo quando produzidos nos mais distantes rincões, o que requer a organização local dos movimentos sociais, com foco na saúde das pessoas e seu ambiente. Para além da confiança nos governantes deve-se exigir transparência sobre as ações da economia e da ciência.

Da esfera pública atual deve-se afastar; não é mais o lócus da política há muito tempo, exaurida pela participação das massas, sobretudo durante o século XX, o que as elites querem obscurecer ou minimizar mediante os conteúdos didáticos nas escolas, os *releases* (subvencionados e) distribuídos para os meios de comunicação e o controle controverso da Internet.

Neste contexto, renova-se a compreensão dos limites da ação política da educação institucional, como decorrência da reflexão sobre a sua estrutura e seus conteúdos, nos marcos da esfera pública, tão valorizada como lócus da política, tomada pelo esvaziamento proporcionado pela exaustão da participação democrática: não aguentou o peso das pessoas em pé.

A participação democrática, mediante a população em movimento, tornou a esfera pública o local para a tomada de consciência, para a produção de conhecimento sobre o esvaziamento da política, agora ocupada pelos discursos da ciência e da economia, o progresso e a ordem governamental; a decisão política refugiou-se na área das ações econômicas e desenvolvimento científico, com aceso restrito (RANCIÈRE, 1996).

Pode-se ressaltar o esforço para aglutinar e construir alguns consensos a partir das diversas procedências e das diversas trajetórias de vida dos facilitadores e dos participantes; as oficinas se realizaram com o intuito de agregar, de aglutinar e acolher as pessoas, a partir da compreensão sobre a necessidade de defesa da efetivação do direito à saúde mediante o exercício do controle social pela população do país.

Ao longo do período de realização das oficinas, houve discussões sobre o efetivo funcionamento das instâncias de participação democrática do SUS e sobre suas deliberações; falaram e escutaram uns aos outros *ad infinitum*, com o foco orientado para os longos caminhos percorridos e para os precipícios que se interpõem no trajeto de manutenção, expansão e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

E, por diversas ocasiões, enfatizaram que a sua própria história coincide em muito com a história pela saúde e pelas melhores condições de vida neste país. E isso tem que ser repassado dia a dia, de boca em boca, porque ela está pouca nos livros, nas escolas. É história de cada lugar, de cada região e, principalmente, da população do país que deve ser contada de outra perspectiva sem heróis, individualizados, mas da perspectiva das massas não importa em qual velocidade elas se movimentam...!

No dia a dia no Conselho de saúde convivem pessoas que carregam consigo doutrinas dos mais variados matizes e sustentam, simultaneamente, as convicções mais díspares, com trajetórias pessoais diferenciadas e construídas na militância das instituições, entidades e movimentos sociais, na perspectiva da construção da cidadania assentadas na efetivação dos direitos civis, nos direitos políticos e nos direitos sociais, em busca de um mundo melhor. Esse cotidiano é extremamente complexo e dissensual, o que amplia a relevância pública da atividade do conselheiro de saúde para o controle social no Sistema Único de Saúde.

O presente estudo aponta que o processo de formação de conselheiros para o controle social do Sistema Único de Saúde no Estado Ceará não dá ênfase à compreensão sobre o poder que flutua no mundo, enquanto as políticas permanecem atadas ao seu chão local; de que o poder é crescentemente global e extraterritorial, de que as instituições políticas permanecem territoriais e requerem cada vez mais mediação política para a sua legitimidade social; e aquelas questões públicas, que resistem à redução, que a política realiza, tornam-se incompreensíveis para a população em geral, o que o que pode inviabilizar a participação da população no controle social.

Por fim, como materiais para a construção de um mundo melhor foram ressaltadas algumas palavras do poeta (FAUSTINO, 1985):

[...]

Nosso inimigo toma nosso aspecto  
Para zombar da nobre nossa espécie:  
E quem nos erguerá deste sepulcro?  
Herói, vê teus barões assinalados:  
Escondem luzes feitas para arder  
Por todo o império; e nunca se contemplam  
Direto ao coração, antes de agir,  
E querem reformar o reino sem  
Reformar as províncias; sem que reine  
Ordem pelas famílias; sem que neles  
Mesmos brilhe azulada disciplina;  
E sem retificar seus corações;  
E nunca demorando na pesquisa  
Da palavra precisa que defina  
Seus mandos desconexos

[...]

## REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. *A Condição humana*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2010.
- ARISTÓFANES. *As Nuvens*. São Paulo: Abril Cultural, 1977.
- ARISTÓTELES. *A Política*. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- BARBIER, R. *A pesquisa-ação*. Brasília: Liber Livro Editora, 2002.
- BAUDRILLARD, J. *Partidos Comunistas: paraísos artificiais da política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- BAUMAN, Z. *A Sociedade individualizada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BECK, U. *Sociedade de risco*. São Paulo: Editora 34, 2010.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora Lda, 1994.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: 1988*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *13ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil reunido pela saúde e qualidade de vida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social nos sistema único de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

\_\_\_\_\_. Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias*. Brasília: CONASESMS, 2007d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. Cidadania na Encruzilhada. In: BIGNOTTO, N. (Org.). *Pensar a república*. Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 105-130.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. *Regimento interno do Conselho estadual de saúde*. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. *Educação permanente no controle social do SUS - programa de formação de conselheiros*

*de saúde do Ceará: avaliação das metas e ações realizadas no período de julho a dezembro de 2007.* Fortaleza: mimeo., 2008.

CHAUÍ, M. Prefácio. In: Sader, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo – 1970 – 1980.* 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.* São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-302.

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.p. 39-63.

FAUSTINO, M. *Poesia completa poesia traduzida.* São Paulo: Max Limonad, 1985.

FELTRAN, G. S. *Desvelar a política na periferia: histórias de movimentos sociais em São Paulo.* São Paulo: Associação Editorial Humanitas; Fapesp, 2005.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir.* 36.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder.* São Paulo: Graal, 2010.

FURTER, P. *Educação permanente e desenvolvimento cultural.* Petrópolis: Vozes, 1974.

GRUPPI, L. *O conceito de hegemonia em Gramsci.* 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

HOLANDA, S.B. *Raízes do Brasil.* 26. ed. São Paulo: Companhia das

Letras, 1995.

KAUCHAKJE, S. Solidariedade Política e Constituição de Sujeitos: a atualidade dos movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 667-696, set./dez. 2008.

MARTINS, J. S. *O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta*. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. *Reforma agrária: o impossível diálogo*. São Paulo: Edusp, 2004.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NEVES, A. V. Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da participação da sociedade civil. In: Dagnino, E.; Tatagiba, L. (Orgs.). *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapecó: Argos, 2007. p. 395-420.

NOGUEIRA, M. A. *Um Estado para a sociedade civil*. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVEIRA, F. O Momento Lenin. In: OLIVEIRA, F.; RIZEK, C. S. (Orgs.). *A Era da indeterminação*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 257-287.

\_\_\_\_\_. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M.C. (Org.). *Os sentidos da Democracia: política do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 55-81.

PAOLI, M. C. Movimentos sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: HELLMAN, M. (Org.). *Movimentos sociais e democracia no Brasil*. São Paulo: Marco Zero, 1995. p. 24-55.

PLATÃO. *A República*. São Paulo: Nova Cultural, 1997. (Os Pensadores).

POPPER, K. R. *A Sociedade aberta e seus inimigos*. 3. ed. Belo Horizonte:

Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1987.

RANCIÈRE, J. *O desentendimento: política e filosofia*. São Paulo: 34, 1996.

RIBEIRO, R. J. Democracia versus República: a questão do desejo nas lutas sociais. In: BIGNOTTO, N, (Org.) *Pensar a república*. Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 13-25.

ROUANET, S.P. *As razões do iluminismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo. 1970 – 1980*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 2010.

SCHÖN, D. A. *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

TEIXEIRA, E. *O local e o global*. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. “Conselhos de Políticas Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa?” In: *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. Revista Pólis, nº. 37, São Paulo, 2000.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-Ação*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Crítica Metodológica, investigação social & enquete operária*. 5. Ed. São Paulo: Polis, 1987.

**APÊNDICE A****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

NOME: \_\_\_\_\_

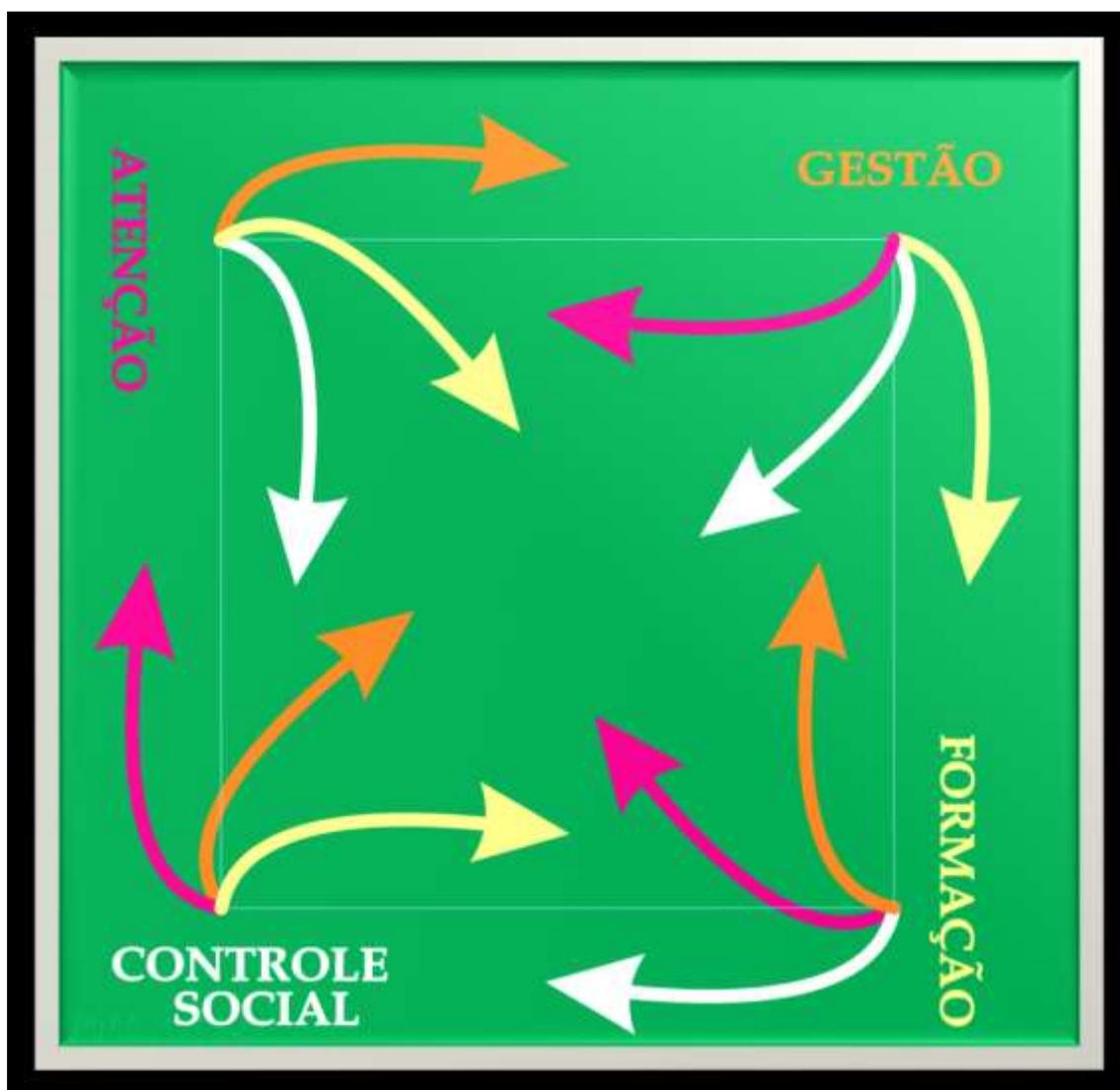
- 1) Escolaridade  
  
( ) até Fundamental ( ) Médio ( ) Graduação ( ) Pós-graduação
- 2) Faixa etária  
  
( ) até 20 ( ) de 21 a 30 ( ) de 31 a 40 ( ) de 41 a 50 ( ) acima de 50
- 3) Segmento  
  
( ) Trabalhador de saúde ( ) Gestor / Prestador ( ) Usuário
- 4) Com a realização das atividades de formação, como ocorrem as estratégias de promoção de intercâmbio de experiências entre as instâncias do controle social do SUS, e entre os diversos representantes de segmentos no Conselho de saúde?
- 5) Qual a compreensão sobre a existência da ligação entre a efetivação dos direitos sociais e a luta pelo centro e mando do poder no Conselho de saúde?
- 6) Com a realização das atividades de formação de conselheiro, quais as estratégias para a continuidade no cotidiano do controle social?
- 7) Anteriormente, como ocorria a formação de conselheiro de saúde?
- 8) Quais sugestões para melhorar a formação de conselheiro para o controle social no Sistema Único de Saúde?

## APÊNDICE B

## PERFIL DAS PESSOAS ENTREVISTADAS

- Alfa**  
(  $\alpha$  ) Faixa etária de 41 a 50, nível superior, masculino e segmento de usuário em 2007. Não era mais conselheiro de saúde do Conselho Estadual quando foi realizada a entrevista em 2011, embora continuasse a militância na área de sua representação no CESAU.
- Beta**  
(  $\beta$  ) Faixa etária de 31 a 40, nível superior, masculino e segmento de usuários em 2007. Não era mais conselheiro de saúde do Conselho Estadual quando foi realizada a entrevista em 2011, nem continuava a militância na área de sua representação no CESAU.
- Gama**  
(  $\gamma$  ) Faixa etária de 31 a 40, nível superior, feminino e segmento de usuários em 2007. Não era mais conselheira de saúde do Conselho Estadual quando foi realizada a entrevista em 2011, embora continuasse a militância na área de sua representação no CESAU.
- Delta**  
(  $\delta$  ) Faixa etária acima de 50, nível superior, feminino e segmento de usuários em 2007. Não era mais conselheira de saúde do Conselho Estadual quando foi realizada a entrevista em 2011, embora continuasse a militância na área de sua representação no CESAU.
- Sigma**  
(  $\varsigma$  ) Faixa etária de 41 a 50, nível superior, feminino e segmento de trabalhadores em saúde em 2007. Não era mais conselheira de saúde do Conselho Estadual quando foi realizada a entrevista em 2011, embora continuasse a militância na área de sua representação no CESAU.
- Ômega**  
(  $\omega$  ) Faixa etária acima de 50, nível superior, masculino e segmento de gestores de saúde e prestadores de serviços em 2007. Não era mais conselheiro de saúde do Conselho Estadual quando foi realizada a entrevista em 2011, havia mudado de área de sua representação no CESAU, embora continuasse gestor de saúde.

## APÊNDICE C

**LOGOMARCA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

CRIAÇÃO: NEWTON KEPLER DE OLIVEIRA &amp; LYNX ARAÚJO OLIVEIRA

FORTALEZA - 2008