



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

RITA LOPES DA SILVA DE PONTE

**CONSELHOS DE SAÚDE E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR: UM
ESTUDO NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO-CE**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

RITA LOPES DA SILVA DE PONTE

CONSELHOS DE SAÚDE E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR: UM ESTUDO
NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Liduina Farias Almeida da Costa.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Pontes, Rita Lopes da Silva de.

Conselhos de Saúde e desafios da participação popular: um estudo no município de Redenção - Ce [recurso eletrônico] / Rita Lopes da Silva de Pontes. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 93 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.^a Dra. Liduina Farias Almeida da Costa.

1. Conselho de Saúde . 2. Políticas Públicas. 3. Instituições Participativas. I. Título.

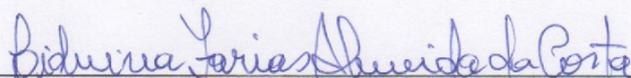
RITA LOPES DA SILVA DE PONTES

CONSELHOS DE SAÚDE E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR: UM
ESTUDO NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO-CE

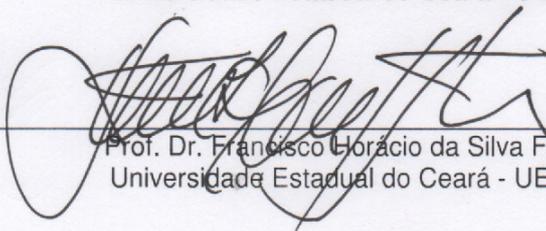
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 05/10/2017

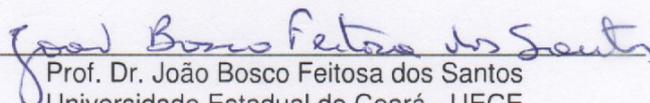
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Liduina Farias Almeida da Costa (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Dedico a minha família, em especial meu pai José Lopes, meu esposo Américo Júnior pela árdua jornada, e minha filha Ruth Pontes.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus por tudo, principalmente pelo dom da vida, por ter me concedido sabedoria e coragem para enfrentar tão árdua jornada.

Aos mestres que, com tanta sabedoria, repassaram o conhecimento fazendo com que me deslumbrasse com cada descoberta acerca das temáticas abordadas, de modo especial o Professor Dr. Francisco Horácio da Silva Frota.

A minha Orientadora, Professora Dra. Liduína Farias Almeida da Costa, pela dedicação, zelo e dinamismo com que conduzistes cada orientação. Seus ensinamentos foram ímpar em minha vida acadêmica.

Aos membros da banca, pela contribuição, orientações e críticas.

Aos meus colegas de sala de aula que foram incentivadores para que chegássemos até o final com garra e determinação. Faço uma menção a Roberta Maria Farias dos Santos Gonçalves, por tudo que compartilhamos e vivenciamos nessa trajetória.

Aos amigos que me apoiaram e incentivaram com palavras de força e orações, elas serviram como energia para o fortalecimento da minha busca, o saber.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), na pessoa dos gestores e presidentes, pela confiança.

A minha família, em especial meu esposo José Américo de Pontes Júnior, pela compreensão e dedicação a mim conduzida, sempre me apoiando em cada decisão, encorajando-me e lutando junto comigo.

“Para cultivar a sabedoria, é preciso força interior. Sem crescimento interno, é difícil conquistar a autoconfiança e a coragem necessária. Sem elas, nossa vida se complica. O impossível torna-se possível com a força de vontade.”

(Dalai Lama)

RESUMO

Antes da Constituição Federal de 1988, a atenção à saúde por parte do Estado era destinada àqueles que contribuía com a Previdência Social. A assistência médica estava a cargo das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) as quais dispunham de uma rede de ambulatórios e hospitais, deste modo, quem não tinha dinheiro dependia da Filantropia e da Caridade, sem a participação do usuário, onde as classes mais abastadas procuravam cuidar de sua saúde nos consultórios médicos privados. Com o advento da Carta Magna de 1988 o controle social se tornou mais fortalecido com a união das forças sociais dos profissionais de saúde e com a mobilização da sociedade civil organizada, nasce por meio desses movimentos a Reforma Sanitária, com a prerrogativa de reivindicar direitos igualitários de saúde para todos. Desse processo, emerge o Sistema Único de Saúde (SUS) que se institucionaliza como política pública nacional de saúde com uma proposta de equidade e universalidade. O desenho institucional participativo da política nacional se constitui pela Institucionalização do Conselho Nacional de Saúde, as conferências de saúde e a formalização dos conselhos municipais de saúde, com função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das políticas e ações e serviços de saúde do SUS. Trata-se de um colegiado paritário com 50% de usuário, garantindo a participação no exercício do controle social, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo. Dentro dessa lógica, de forma a buscar uma análise mais localizada, a presente pesquisa foi desenvolvida no CMS situado na rua Av. da Abolição Nº 3 - Centro - Redenção-Ceará. O objetivo geral foi analisar o Conselho Municipal de Saúde enquanto instituição participativa (Avritzer, 2011), responsável pelo controle social da política de saúde implementada pela gestão pública municipal considerando o caráter da sua efetividade participativa através do processo deliberativo democrático. A trajetória metodológica percorrida constituiu-se de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Essa última realizada no referido município, e ainda a observação sistemática, propiciada pela condição da pesquisadora na função de secretária executiva do conselho. O período estipulado para análise compreendeu os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016. Entre as várias conclusões destaca-se que houve uma efetividade participativa neste período. Mesmo diante de intercorrências nas reuniões, pode-se afirmar que houve participação do colegiado: as pautas originárias da Secretaria de Saúde foram intercaladas por demandas livres de conselheiros representantes dos distritos e as deliberações transcorreram de modo, até certo ponto, participativo. Em síntese, afirma-se que houve efetivação da participação no sentido do exercício do controle social da política de saúde de Redenção no espaço do referido conselho.

Palavras - Chave: Conselho de Saúde. Políticas Públicas. Instituições Participativas.

ABSTRACT

Prior to the 1988 Federal Constitution, health care by the state was destined to those who contributed to Social Security. Health care was the responsibility of the Retirement and Pension boxes (CAPS) which had a network of clinics and hospitals, therefore, who had no money depended on Philanthropy and Charity without user participation, where most classes wealthy sought care for their health in private doctors' offices. With the advent of the 1988 Constitution social control became more strengthened by the union of the social forces of health professionals and the mobilization of civil society, it is born through these movements Health Reform, with the right to claim equal rights health for all. This process emerges the Unified Health System (SUS) that is institutionalized as a national public health policy with a proposal for equity and universality. Participatory institutional design of national policy constitutes the Institutionalization of the National Health Council, health conferences and the formalization of municipal health councils with deliberative function, advisory and supervisory policies and actions and SUS health services. It is a joint collegial with 50% user, ensuring participation in the exercise of social control, 25% of health professionals and 25% of government. Within this logic, in order to seek a more localized analysis, this research was developed in the CMS situated at Av Abolition No. 3. - Center - Redemption-Ceará. The general objective was to analyze the Municipal Health Council as participatory institution (Avritzer, 2011), responsible for the social control of the health policy implemented municipal public administration considering the nature of its participatory effectiveness (AVRITEZ, 2011) through the democratic deliberative process. The covered methodological approach consisted of bibliographical, documentary and field research. This last held in that municipality, or the systematic observation, made possible by the condition of the researcher in the executive secretary function of the board. The period stipulated for analysis included the years 2013, 2014, 2015 and 2016. Among the various conclusions stands out that there was a participatory effectiveness in this period. Even before complications in the meetings, it can be said that there was participation of the college: the guidelines originating from the Health Department were interspersed by free demands counselors representatives of the districts and the resolutions passed so to some extent, participative. In short, it is stated that there was realization of the holding in terms of social control of the exercise of the Redemption of health policy in the space of the board.

KeyWords: Health Council. Public Policy. Shareholder institutions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Desenho Institucional dos Conselhos de Saúde.....	54
Quadro 2 -	Resoluções decorrentes de deliberações ocorridas em reuniões do CMS de Redenção entre 2013 e 2016.....	64
Quadro 3 -	Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2013.....	67
Quadro 4 -	Demandas do gestor de saúde colocadas em pautas e intensidade da participação nas deliberações em 2013.....	68
Quadro 5 -	Apresentação e encaminhamento das Demandas Livres no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2013.....	71
Quadro 6 -	Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2014.....	71
Quadro 7 -	Demandas do gestor de saúde colocadas em pautas e intensidade da participação nas deliberações em 2014.....	72
Quadro 8 -	Apresentação e encaminhamento das demandas livres no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2014.....	74
Quadro 9 -	Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2015.....	75
Quadro 10 -	Demandas do gestor de saúde colocadas em pautas e intensidade da participação nas deliberações em 2015.....	76
Quadro 11 -	Apresentação e encaminhamento das demandas livres no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2015.....	77
Quadro 12 -	Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2016.....	78
Quadro 13 -	Apresentação e encaminhamento das “demandas livres” no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2016.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AS	Academia da Saúde
CAF	Central de Assistência Farmacêutica
CAPS	Centro de Atenção Psíquico Social
CCAD	Centro de Convivência de Antônio Diogo
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Bipartite
CIT	Comissão Tripartite
CMDCA	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COGERH	Companhia de Gestão dos Recursos Hídricos do Ceará
COM	Código de Postura do Município
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CR	Centro de Reabilitação
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM	Centro de Referência da Mulher
CT	Conselho Tutelar
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipe Saúde da Família
H1N1	Influenza A
HMPS	Hospital e Maternidade Paulo Sarasate
HPV	Papiloma vírus Humano

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IP	Instituição Participativa
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOM	Lei Orgânica do Município
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MP	Ministério Público
MPT	Ministério Público do Trabalho do Ceará
MS	Ministério da Saúde - MS
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOA	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUCA	Núcleo de Cidadania aos Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PETECA	Programa de Educação contra a Exploração do Trabalho da Criança e do Adolescente
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa de Imunização
PNS	Política Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada,
PQT	Poli-quimioterapia
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSA	Programação Anual de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório de Gestão
SAD	Serviço Saúde Domiciliar
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SESA	Secretaria da Saúde do Estado
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SISPACTO	Sistema Nacional Informatizado para Registro de Pactuação
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios
TCU	Tribunal de contas da União
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILAB	Universidade Internacional da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VS	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	O MUNICÍPIO DE REDENÇÃO-CE EM VISÃO PANORÂMICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS.....	22
2.1	ASPECTOS ECONÔMICOS.....	27
2.2	ASPECTOS DA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL.....	29
2.3	ASPECTOS CULTURAIS	29
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO	32
2.4.1	Assistência à Saúde.....	33
2.4.1.1	O Centro de Convivência de Antônio Diogo – CCAD.....	39
2.4.2	Educação.....	42
2.4.3	Assistência Social	43
3	ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	46
3.1	CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA SÓCIO HISTÓRICA.....	52
4	O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE REDENÇÃO- CEARÁ: DESENHO INSTITUCIONAL E EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO.....	57
4.1	O DESENHO INSTITUCIONAL DO CMS DE REDENÇÃO: UMA APROXIMAÇÃO.....	58
4.2	COMPETÊNCIA E RESPONSABILIDADE DO CMS DE REDENÇÃO..	60
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS: UMA DISCUSSÃO ACERCA DA PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÕES	63
5.1	PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2013.....	66
5.1.1	Intensidade e qualidade da participação no processo deliberativo – 2013.....	68
5.2	PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2014.....	71
5.2.1	Intensidade e qualidade da participação no processo deliberativo – 2014.....	72
5.3	PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO	

	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2015.....	75
5.3.1	Intensidade e qualidade da participação no processo deliberativo – 2015.....	76
5.4	PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2016.....	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Redenção em interface com a gestão pública municipal no âmbito da saúde, destacando perspectivas de fortalecimento (ou não) do controle social de forma democrática e participativa.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, emergiram várias instituições participativas, cada qual com suas peculiaridades, mas se utilizando de espaços democráticos sociais onde os cidadãos reivindicam, deliberam sobre aspectos muito importantes em relação às políticas públicas em benefícios da sociedade. As instituições participativas (IPs) – aqui entendidas na concepção de Avritzer (2008, p. 43-64) como forma geral de participação, conforme o desenho institucional com o envolvimento de vários atores da sociedade civil e atores estatais no processo de deliberação acerca das políticas. As IPs tomaram formas específicas e atuam em diversas áreas das referidas políticas públicas, destacando-se as de saúde, assistência social, infância, juventude e economia solidária entre outras.

Com o advento da Constituição de 1988 e partindo do ideário dos movimentos sociais várias IPs, entre as quais os conselhos e outros espaços deliberativos como Fóruns e conferências se regulamentaram, passando a promover novas formas de interação entre a sociedade e o Estado (AVRITZER 2011, apud CORNWALL; COELHO, 2006). A efetividade das IPs no que compreende o processo de deliberação e participação é um resultado da própria sociedade civil (AVRITZER, 2011, FUNG; WRIGHT, 2003, p. 20-22). Outra questão enfatizada por Avritzer (2011) é que a participação democrática atua nas deliberações de várias políticas públicas, entre as quais a de saúde.

No caso específico da política de saúde, a participação não ocorre somente na efetivação, mas em todo o seu ciclo (SARAVIA, 2006), porém nesta dissertação o foco de análise incide sobre a atuação de um conselho municipal e suas relações com a gestão municipal.

Importante destacar que antes da Constituição de 1988, a obrigação do Estado com atenção e assistência à saúde era destinada àqueles que contribuía com a Previdência Social, na condição de trabalhadores com carteira de trabalho assinada ou trabalhadores autônomos contribuintes da previdência. A assistência médica estava a cargo das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), as quais dispunham de uma rede de ambulatórios e hospitais, cujos serviços destinavam-se aos que tivessem vínculos de trabalho formal e deste

modo, quem não estava em qualquer uma dessas posições ou não tinha dinheiro para custear sua saúde dependia da filantropia e da caridade. O modelo de saúde era hospitalocêntrico, curativo, centralizado, de responsabilidade federal, sem a participação do usuário. As classes mais abastadas cuidavam de sua saúde nos serviços médicos privados.

Com o advento da Carta Magna de 1988, o exercício do controle social sobre a política de saúde pública começou a ser buscado. Este posicionamento da sociedade em relação ao Estado em sentido inverso ao do regime militar constituiu-se no âmbito de movimentos sociais, no contexto de crise econômica, social e política, expressos em inflação, grande desemprego e ao mesmo tempo demandas e lutas sociais em torno de direitos sociais, entre os quais, o direito a atenção à saúde, digna e de qualidade. Com a organização e a força dos profissionais de saúde e com a mobilização da sociedade civil organizada, nascia por meio desses movimentos, a proposta de Reforma Sanitária, com a prerrogativa de reivindicar direitos igualitário para todos.

A Reforma Sanitária envolvia vários aspectos em torno da saúde, campo no qual se revelava mais explicitamente a exclusão do cidadão. Daí, o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma proposta de equidade e universalidade, ou seja, por força popular, o modelo então vigente de saúde tomou outro rumo. Anteriormente à Constituição de 1988, havia um Conselho Nacional de Saúde (CNS) cujos representantes não passavam por processo de eleição, e sim por indicação. Depois desse período, o CNS passou a ser constituído segundo as novas Leis e, uma vez, legalmente (re)instituído. Desde então, ocorreram várias conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde e os conselhos municipais foram surgindo e abrindo um leque de contribuições com base nas diretrizes do SUS, e também realizando suas conferências de saúde, fóruns e outros movimentos e eventos de relevância para a saúde pública, como ocorria nos três níveis de governo: União, Estado e Município.

A participação relacionada ao controle social está assegurada por leis, resoluções e portarias, entre outros instrumentos que regem o SUS. Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas amparadas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as ações e serviços de saúde; a Lei de Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, e também pela Resolução Nº 333 de 04 de novembro de 2003, que aprova a estruturação, funcionamento e reformulação dos conselhos de saúde.

O município de Redenção – Estado do Ceará, cenário desta pesquisa, é uma cidade centenária que teve sua emancipação em 28 de dezembro de 1868 e foi o primeiro

município brasileiro a libertar os escravos, promovendo a abolição da escravatura em 01 de janeiro de 1883. A gestão do SUS do município de Redenção, após a municipalização passou a ter um sistema integrado e descentralizado de atenção à saúde, executando, desenvolvendo e implementando as ações de saúde por meio dos programas e serviços disponibilizados pelo governo federal, além de outras atividades de prevenção, promoção e cuidado com a saúde da população.

O conselho de saúde do município em referência tem função de representatividade (VAZ, 2011) e o intuito de fomento do controle social. Está situado dentro do organograma da Secretária Municipal de Saúde (SMS) e encontra-se ligado diretamente a SMS, significando oficialmente que a gestão pública da saúde, sempre que necessário, irá consultá-lo. Razão pela qual, os conselhos de saúde necessitam desenvolver suas atribuições e cumprir suas obrigações diante da gestão pública municipal da saúde, destacando-se: a normatização, o planejamento, a programação e a avaliação.

O CMS de Redenção foi instituído pela Lei de Nº 633, de 23 de novembro de 1990, passou por alterações relativas às representatividades distritais e à presidência. Pela Lei anterior, o secretário de saúde era presidente nato, porém, com a nova Lei, o presidente do é eleito em plenária, assim como o secretário executivo será indicado por Portaria pelo gestor do SUS. Atualmente, o CMS é regulamentado pela Lei de Nº 1.504 de 13 de setembro de 2013. Trata-se de órgão colegiado de atuação permanente, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Redenção, com função deliberativa, consultiva, normativa e fiscalizadora das políticas e ações e serviços de saúde do SUS. É paritário, com 50% de usuário, garantindo a participação da sociedade civil, 25% representando os profissionais de saúde e 25% representando o governo, respeitando a Lei Complementar Nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Está estruturado por meio de uma plenária, uma secretaria executiva e um colegiado com 32 membros, sendo 16 conselheiros titulares e 16 conselheiros suplentes.

Diante do exposto, o objetivo geral da pesquisa que deu origem a esta dissertação foi analisar o Conselho Municipal de Saúde enquanto instituição participativa responsável pelo controle social, na gestão pública municipal considerando a perspectiva da sua efetividade participativa através do processo deliberativo democrático. O conceito de efetividade participativa foi criado por Avritzer (2011) e diz respeito às IPs, o desenho institucional e os debates que antecedem as deliberações para implementação e fortalecimento das políticas públicas.

Para verificar a qualidade das deliberações (VAZ, 2011) que expressam de fato a concretização da participação e a atuação dos conselheiros e, desse modo, atingir o objetivo geral da pesquisa foram estabelecidos quatro objetivos específicos:

- Compreender o desenho institucional do CMS destacando o papel deliberativo e fiscalizador dos recursos da saúde no Município de Redenção;
- Averiguar a intensidade e a qualidade da participação dos conselheiros;
- Compreender a visão do gestor do SUS sobre o conselho de saúde em questão;
- Averiguar como se dá a comunicação entre conselho de saúde e gestão pública municipal em relação as políticas de saúde, buscando identificar as resolutividades das deliberações do CMS;
- Compreender as visões dos conselheiros sobre sua atuação no conselho de saúde em relação ao fortalecimento do controle social.

Quanto aos aspectos metodológicos, a pesquisa foi de natureza quantitativa e qualitativa. Realizou-se pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Na pesquisa documental analisou-se documentos atinentes à política de saúde das três esferas federativas, registros de fontes documentais do próprio conselho, destacando-se as atas de reuniões realizadas durante o período de 2013 a 2016, período estipulado pela pesquisa. Quanto aos aspectos qualitativos, buscou-se seguir o entendimento de Minayo *et al*, (2002), segundo o qual a pesquisa qualitativa prioriza a percepção das relações humanas, os sentimentos, crenças e valores, portanto busca trazer à tona particularidades que envolvem acontecimentos e níveis de realidades que não se pode quantificar.

A pesquisa baseou-se também nas experiências da pesquisadora, adquiridas ao longo de sua vivência no referido conselho, como também em observação sistemática direcionada aos objetivos da pesquisa.

Segundo Gil (2008), para uma pesquisa social, os registros escritos são fontes documentais bastante úteis e podem ser fornecidos por instituições governamentais e não governamentais. Trata-se de fonte de dados extraídos de documentos que possibilitem ao pesquisador subsídios comprobatórios para desenvolver a pesquisa.

Destaca-se que os principais registros documentais utilizados na pesquisa foram as atas e resoluções do CMS de Redenção, relativas ao período de 2013 a 2016. Foram analisadas 36 (trinta e seis) atas de reuniões ordinárias, 08 (oito) de reuniões extraordinárias, 41 (quarenta e uma) Resoluções resultantes de deliberações em plenária, 04 (quatro) Resoluções deliberadas em *Ad-Referendum*, relatórios sobre a participação do CMS em 05 (cinco), pré - conferências realizadas nas comunidades do município em preparação à

Conferência Municipal de Saúde, ocorrida no período, e sobre a Conferência Municipal de Saúde realizada na sede do município.

Considerando que foco da análise foi a participação com vistas à deliberação e ao controle social, durante o exame de registros dos atos participativos do CMS, buscou-se compreender a efetividade do CMS de Redenção como instituição participativa (AVRITZER, 2011), por meio das deliberações concernentes à política pública de saúde deste município.

Realça-se que: no ano de 2013, o CMS de Redenção realizou 07 (sete) reuniões ordinárias e 03 extraordinária; no ano de 2014, foram realizadas 10 (dez) reuniões ordinárias e somente 01(uma) extraordinária; em 2015, foram realizadas 08 (oito) reuniões ordinárias e 01 (uma) extraordinária; em 2016, foram 11 (onze) ordinárias e 03 (três) extraordinárias. Nesse período foram baixadas 04 (quatro) resoluções em *Ad-Referendum*, tais como: Plano de Contingência da Dengue (2013); Relatório Anual de Gestão (RAG) (2013); Implantação do NASF Tipo I em Antônio Diogo (2014); e Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (2014), pois se tratam de deliberações em caráter emergencial, constitui legalidade, mas necessita ser apresentada à plenária do conselho, em reunião previamente agendada, para que seja apreciada e aprovada.

Ressalta-se, em razão de sua importância para o funcionamento do CMS e a concretização dos objetivos da pesquisa, que a última Conferência Municipal de Saúde teve sua culminância no ano de 2015, com a participação direta do CMS em 05 (cinco) pré-conferências realizadas em 05 (cinco) comunidades: Guassi, Antônio Diogo, Barra Nova, Manuel Dias e Sede, como também 01(uma) Conferência Municipal de Saúde na sede do município de Redenção.

Destaca-se também que as pré-conferências realizadas nas comunidades rurais com a participação da população foram bastante interativas e forneceram importantes suportes à pesquisa. Desencadearam-se muitas discussões sobre as políticas públicas de saúde desenvolvidas no município; sobre o acesso da população a um serviço de qualidade; e ainda foram feitos encaminhamentos de propostas para a Conferência Municipal de Saúde. O intuito era o de que os participantes da conferência compreendessem os anseios da população em geral e implementassem as propostas encaminhadas das localidades ou formulassem novas propostas que não haviam sido contempladas.

Importante esclarecer que do conjunto de atas de reuniões, mencionado acima, foram priorizadas para análise as que dizem respeito aos seguintes temas: Aprovação do Plano Plurianual (PPA) 2014-2017; Relatório Anual de Gestão (RAG); Programação Anual de

Saúde (PAS); Processo Seletivo Agentes Comunitários de Saúde; Resoluções e Demandas livres da comunidade.

Considera-se importante evidenciar que o duplo papel de pesquisadora e Secretária Executiva do CMS implicou a necessidade de um redobrado cuidado em termos de distanciamento com o objeto pesquisado. Entre as variadas funções que o cargo requer, participa-se, diretamente, do processo de divulgação das pautas, observando as discussões e deliberações das políticas e serviços de saúde, ouvindo as reivindicações dos conselheiros observando as atividades executadas pelo colegiado, fazendo os registros das falas e contextualizando-as através de atas.

A pesquisa que deu suporte empírico a esta dissertação justificou-se por vários motivos, principalmente a necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre: a dinâmica de participação relacionada ao controle social nas prestações de contas; o mecanismo que o CMS utiliza para a apreciação e aprovação do Plano Plurianual (PPA) 2014-2017, o Relatório Anual de Gestão (RAG), a Programação Anual de Saúde (PAS); as reações do conselho ao processo seletivo para contratação temporária de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no ano 2016; as demandas livres que os representantes da sociedade civil articulam dentro do conselho; as dinâmicas e processos deliberativos e se as resoluções foram respeitadas e cumpridas. Sobretudo poder evidenciar se o desenho institucional do CMS de Redenção tem efetividade participativa e reunir mais conhecimentos como intuito do seu fortalecimento.

A dissertação está estruturada por meio de uma introdução seguida de mais quatro capítulos. O segundo, intitulado “O MUNICÍPIO DE REDENÇÃO-CE EM VISÃO PANORÂMICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS”, o qual contextualiza o cenário onde a pesquisa foi desenvolvida e busca compreender, de modo panorâmico, o município de Redenção-CE, as condições de vida e saúde da população e as políticas públicas sociais (Saúde, Educação e Assistência Social). O terceiro capítulo, “ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE” apresenta aspectos fundamentais à compreensão da trajetória histórica do SUS e a institucionalização dos conselhos de saúde e traz, ao mesmo tempo, algumas discussões teóricas atinentes à redemocratização do país e aos papéis dos conselhos em distintos contextos. O quarto, intitulado “O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE REDENÇÃO-CEARÁ: DESENHO INSTITUCIONAL E EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO” situa o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Redenção-Ceará e discute sobre os processos de sua

constituição e as atuais responsabilidades e competências; o quinto, intitulado “ANÁLISE DOS RESULTADOS: UMA DISCUSSÃO ACERCA DA PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÕES” busca analisar a dinâmica do conselho, tendo em vista compreender a efetividade da participação.

Quanto às considerações finais, trata-se de enfatizar as ambiguidades do conselho estudado, suas limitações e potencialidades, destacando-se a efetividade da participação no exercício do controle social na implementação da política pública de saúde.

O Município de Redenção está localizado no estado do Ceará a 60 km de fortaleza. O Município é cortado pela CE-060, que passa no centro da cidade de Redenção, cortando também o Distrito de Antônio Diogo (BARBOSA, et al, 2011).

Redenção é o primeiro município do sopé da serra do maciço de Baturité e limita-se ao Norte com as cidades de Acarape, Guaiuba, Palmácia e Pacoti; ao Sul com Aracoiaba e Barreira; ao Leste com Barreira e Acarape; e ao Oeste com Pacoti e Baturité.

Desde de sua formação territorial passou por várias divisões distritais, e atualmente sua composição territorial integra os seguintes Distritos: Redenção (sede), Antônio Diogo, Guassi, Faísca e Barra Nova (IPECE, 2016).

Redenção é uma cidade histórica com passado regado por grandes acontecimentos que marcaram as vidas dos nossos ancestrais. Por conseguinte, herdamos uma história, registrada pela dor e o sofrimento, mas sobretudo com muita bravura ao se construir não somente para a história de Redenção, mas inspirar várias redenções no nosso país. Os rebentos dos grilhões se deram devido ao movimento abolicionista é um registro marcante na história do povo brasileiro.

Na época do cativo, Redenção tinha como base econômica o cultivo da cana de açúcar, com vários engenhos na fabricação da rapadura, açúcar, batida, melado, caldo de cana, alfenim e aguardente com mais de 20 variedades de marcas de cachaça. Nesse processo de produção dos derivados da cana de açúcar os negros que chegaram até a Vila de Acarape foram aproveitados com seus trabalhos braçais na condição de mão de obra escrava, moraram em senzalas, ambientes bem precários, estavam sujeitos a requintes de crueldade e ao isolamentos.

No século XIX, Redenção, era denominada Vila de Acarape, pertencente a cidade de Baturité, sendo pioneira do Estado do Ceará na libertação de seus escravos que serviam aos senhores de engenho na lavoura da cana de açúcar, dentre outras tarefas que exigiam a força física do homem. Somente após este histórico acontecimento foi que a Vila de Acarape, que era conhecida como Cala Boca, passou a ser chamada de Redenção, por este nome significa liberdade (DIAS, 2008).

Antes dos primeiros escravos, a Vila de Acarape era habitada por índios tapuias que se encontravam divididos nas tribos conforme o tronco-linguístico. Esses povos habitavam o lugar bem antes da chegada dos portugueses, eles vinham de São João do Jaguaribe para aportarem às margens do rio Pacoti que desembocava nesta região. Sobreviviam da agricultura, caça e pesca, além de utilizarem da técnica da coivara praticada até hoje. Por serem os índios os primeiros habitantes da Vila de Acarape, eles foram os

patrícios responsáveis pela criação do município, sob o decreto provincial de 18 de março de 1842, sendo na época o Presidente da Província do Ceará Francisco Inácio Marcondes (BARBOSA, et al, 2011).

No mesmo dia da criação do município era assinada uma lei autorizando o Presidente da Província a despender, anualmente, a importância de quinze mil réis com a libertação de escravos de preferência do sexo feminino. Esta circunstância - coincidência ou não - parece ter influído no ânimo dos acarapenses que, em pouco tempo, se levantaria contra o jugo infamante. (IBGE,2013)

Conforme o jornal “O Libertador” datado de 1 de janeiro de 1884, o Ceará possuía uma população negra registrada em senso, 31.516, distribuída pelos diversos municípios: Fortaleza-Messejana, 1.273; Aracati-União (Jaguaruana), 1.159; Granja-Palma (Coreaú), 1.240; Acaraú, 440; Aquirás, 449; Acarape (Redenção), 115; Assaré, 38) [...] (GIRÃO, 1984).

Em 1º de janeiro de 1883, Redenção (então Acarape) libertou seus escravos, e um telegrama da Câmara Municipal ao Imperador D. Pedro II, datado do dia 23 de janeiro de 1883, comunicava a extinção da escravatura em Redenção (DA SILVA, 2004).

Um ano mais tarde, a escravidão no Ceará foi extinta, em 25 de março de 1884. No Brasil a abolição da escravatura aconteceu somente em 13 de maio de 1988.

Com a presença do José do Patrocínio, que aqui chegara no dia 1º de dezembro do ano anterior, a **Vila do Acarape (Redenção)** concede plena liberdade a todos os seus escravos, antecipando-se a todas as cidades e vilas do País; e a 24 de maio, grandiosas festas pela a libertação dos escravos na Capital da Província (TRIBUNA DO CEARÁ).

Acarape havia sido escolhida para início das libertações coletivas pela sua relativa proximidade da Capital e facilidade dos transportes, por estrada de ferro, e porque era o município em que restava o menor número de cativos a alforriar. Trinta e dois apenas (GIRÃO, 1984).

Com a abolição dos escravos, a Vila de Acarape passou à denominação de Redenção, em virtude do brado da libertação da escravatura, devido a expressão redenção simbolizar liberdade, remissão dos cativos.

Redenção é palco de memórias tristes, mas também de glórias. No ato da libertação dos escravos, na Vila de Acarape (Redenção), houve uma grande festa dos povos, vindos de vários lugares, pois não havia mais escravos. Eles passaram a ter, naquele lugarejo, livre arbítrio. Os senhores de escravos, os fazendeiros da época, não possuíam mais domínio sobre os negros. Dali nascia uma nova era, uma nova Redenção, a libertação dos cativos com o brado “a liberdade começou aqui”.

Conforme Fernandes (2008), para além da conquista, a luta dos negros por um lugar ao sol, diante de uma sociedade que os discriminavam era um tanto desumana. Os negros libertos ficaram à mercê da própria sorte, talvez tenham ainda permanecido trabalhando para seus senhores, executando as mesmas atividades de antes de serem libertados, pois o movimento abolicionista enquanto Estado, não trouxe uma norma de como estes escravos livres iriam sobreviver a partir de suas alforrias.

Muitos negros dessas províncias fugiram e acreditavam que, ao chegar a essas terras estariam livres. Alguns se enganaram e, quando pegos, eram devolvidos para seus antigos donos. Logo, os negros perceberam que abolir a escravidão não significava ser aceito pela sociedade. A luta continuava pelo respeito e pela conquista da cidadania (BARBOSA, et al, 2011).

Na impossibilidade de analisarmos o município de Redenção em sua totalidade, priorizamos para fins desta dissertação os dados mais recentes que dizem respeito às condições de vida da sua população.

Conforme o IBGE (2010), o município de Redenção possuía neste ano, 26.415 habitantes, com uma população urbana de 57%. Mas, em seis anos esse índice cresceu e a estimativa do IBEG (2016) é a de que este índice aumentou para 27.358 pessoas. Um dos motivos que elevou o índice de habitantes está relacionada com a criação da (UNILAB) e, com isso, a vinda da população universitária, pois muitos dos estudantes dessa instituição de ensino residem na cidade de Redenção, dentre eles os originários dos países da África, dentre outros.

Conhecida como Berço da Liberdade, Berço das Auroras e Rosal da Liberdade, Redenção, pertence ao maciço de Baturité, porém foi separada desse município no século XIX, no ano de 1868. Acarape foi elevado à tipologia de vila e Redenção à categoria de município (BARBOSA, et al., 2011).

Atualmente, procura desenvolver sua estrutura organizacional de trabalho em conformidade com os segmentos de saúde pública e as condicionalidades aos quais estão contemplados no território, levando em conta a peculiaridade e especificidade local tais como: clima, cultura, acesso, barreiras geográficas e outros. Possui um ecossistema predominante para a caatinga. Atualmente a divisão dos trabalhos no âmbito da gestão pública municipal compreendem três áreas territoriais: Sede, Serra e Sertão (REDENÇÃO, 2014).

A cidade é cercada de vales e pertence ao maciço de Baturité, o qual é formado por 13 municípios: Acarape, Aratuba, Aracoiaba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Ocara, Pacoti, Palmácia e Redenção.

Segundo o IPECE (2016), o clima é tropical quente úmido, tropical quente sub úmido e tropical quente semiárido brando, que permite uma oscilação na temperatura ambiente em algumas regiões distritais, havendo regiões de clima bem ameno e outras de temperatura bem elevada. A vegetação possui um cenário de caatinga arbustiva densa e floresta subcaducifólia tropical pluvial, que fora se transformando conforme a ação do homem, mas que é fascinante contemplá-los, favorecendo a diversidade de matas, pois em algumas regiões permanecem nativas.

Ainda segundo o IPECE (2016), os recursos hídricos são amplamente favoráveis ao desenvolvimento da agricultura, destacando-se um açude secular, conhecido como Açude Acarape do Meio, sob a jurisdição do Estado do Ceará, e gerenciado pela Companhia de Gestão dos Recursos Hídricos do Ceará (COGERH). A capacidade de água é de 34.100.000m³, com uma extensão de 241,525km². O Açude Acarape do Meio foi o primeiro manancial a abastecer água para cidade de Fortaleza, permanecendo por muitos anos.

Segundo Sampaio (2014), o Açude Acarape do Meio é responsável pelo abastecimento d'água das cidades de Pacatuba, Guaiúba, Maranguape, Redenção, Acarape, Barreira e do distrito de Antônio Diogo, e ainda abastece o Distrito Industrial de Maracanaú além da perenização, ou seja, os municípios de Redenção e Acarape recebem águas deste manancial.

As atividades agrícolas que compreendem as margens da bacia hídrica do Açude Acarape do Meio, está presente nas áreas desmatadas que são utilizadas para a prática da agricultura, bem como para o corte de madeira utilizada para a produção da lenha e carvão. O ecossistema aquático é bem diversificado para o fator econômico, suas águas abastecem outros municípios no percurso da adutora, as ocorrências da defesa civil com a operação carros pipas nas regiões atingidas pela seca, além da irrigação de lavouras, pesca e abastecimento humano (COGERH, 2008).

A agricultura nos municípios que integram a bacia hidrográfica do açude Acarape do Meio é baseada na cultura de banana, café em coco, castanha de caju, caju, laranja, manga, mamão, tangerina, urucum, além de alface, cenoura, chuchu, pimentão, repolho e flores, sendo que as lavouras de arroz, feijão e milho se destacam, sendo que a maioria dos agricultores da região é formada por pequenos e médios produtores rurais os quais exploram suas atividades em reduzidas faixas de áreas agrícolas (COGERH, 2008).

2.1 ASPECTOS ECONÔMICOS

Conforme o IBGE (2010), o município de Redenção possuía em 2010 um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 157.346 mil reais e um PIB per capita de R\$ 5.954 mil reais. Segundo IPECE (2016), o PIB de 2013 foi de R\$ 199.193 mil reais e o PIB per capita de R\$ 7.354 mil reais. Já no recorte de IBGE (2014), o Produto Interno Bruto (PIB) foi de R\$ 238.849 mil reais, com um PIB per capita de R\$ 8.787,03 mil reais.¹

Hoje, Redenção apresenta um comércio bastante diversificado, seja no campo formal ou informal é bem variada a movimentação econômica, possibilitando certa geração de emprego e renda para população. Segundo dados do IPECE (2015), os empregos formais somando todas as atividades obtiveram uma somatória de 2.612 empregos diretos, dos quais 1.096 são da administração pública que é a maior rede de geração de emprego. As demais rendas são oriundas do mercado informal que balança uma boa parte da economia do município.

Um fator que contribuiu para agitar a economia de Redenção foi a criação e institucionalização da UNILAB, uma das maiores riquezas que o município de Redenção – Ceará e os municípios circunvizinhos poderiam ter, pois, houve uma aproximação com os povos dos países africanos. Redenção está vivenciando outro momento da história com a grandeza das culturas e histórias dos povos africanos (BANDEIRA, 2012).

Destaca-se ainda a escola profissionalizante, proporcionando para a comunidade discente além da formação didática do ensino médio a formação profissional, proporcionando ao término dessa jornada escolar uma preparação para o mercado de trabalho.

Outra atividade é a exploração da pedra calcária, com a fabricação de tintas, cal e pedras. No setor industrial, destaca-se o Engenho Douradinha (Sítio Livramento Engenho Negro Liberto - antiga senzala) com a fabricação da aguardente de cana-de-açúcar conhecida como cachaça Douradinha (DA SILVA, 2004).

Considerando o índice populacional de 27.358 habitantes, segundo o IBGE (2016), e dentro deste recorte o emprego formal expresso pelo número de 2.612 pessoas empregadas, IPECE (2015), pode-se afirmar que existe uma vulnerabilidade desta categoria, significando que a população está carente de emprego e em decorrência disso, também de seguridade social, fazendo com que esta massa de desempregados busque outras alternativas

¹ Esse indicador de desenvolvimento econômico apresenta dados do crescimento e da realidade econômica de uma determinada região, União, Estado e Município, podendo causar impacto de grande relevância para a população, bem como em outros setores de impacto social.¹

de sobrevivência, correndo o risco de enveredar por uma instabilidade social. Tudo isso tem impacto nas decisões relacionadas a política de saúde do município.

Outro setor que já foi bem desenvolvido, mas que atualmente se encontra em estado precário é a agricultura. Mesmo agindo na informalidade e com suas fragilidades tecnológicas, ainda implementa a economia da região, no desenvolvimento da plantação de gêneros alimentícios como arroz, feijão, fava, milho, mandioca, etc., e no cultivo de algumas frutas a exemplo da manga, coco, banana, jaca, etc., garantindo geração de renda, alimentação digna e de qualidade aos seus proprietários agricultores, além do cultivo da cana-de-açúcar. A pecuária é outro fator que permeia a base econômica de Redenção, pois existem proprietários que trabalham com criações e vendas, seja no abate ou na comercialização de bovinos, caprinos e suínos (BARBOSA, et al, 2011).

Segundo a COGERH (2008), nas regiões serranas o solo é preparado para o plantio de hortas e pomares, que são as hortifruticulturas, predominando o cultivo da banana, cana-de-açúcar, tomate, milho e feijão. Já na margem do rio é bastante utilizada para as lavouras de vazantes, figurando a cultura do plantio culturas do milho, feijão, mandioca e melancia, destacando ainda a pecuária com a criação de aves, bovino, suínos, caprinos e ovinos.

O mercado imobiliário também movimentou a economia da cidade, pois com a instalação da UNILAB, houve uma intensa procura neste setor, fazendo com que os empresários do ramo e alguns munícipes investissem na construção residencial.

A rentabilidade bancária também teve seu impulso. Além dos empreendimentos já existentes, foi integrado a este setor outro público, os estudantes universitários, ampliando-se a procura para serem correntistas, tanto os estudantes brasileiros como os estudantes africanos, tendo em vista as necessidades acadêmicas, já que a maioria deles recebe auxílio estudantil, que por sua vez consomem este “capital” dentro do próprio município de Redenção, gerando rentabilidade ao comércio local.

2.2 ASPECTOS DA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Segundo Da Silva (2004), a primeira Câmara Municipal do município de Redenção foi instalada em 27 de agosto de 1871, composta por 01 Presidente, 04 vereadores, 02 suplentes e 02 substitutos, período de mandato de 01 ano e 04 meses, porém do ano de 1936 até 2016, Redenção já possuiu 19 prefeitos, porém somando com o mandato de 1871 e o mandato atual 2017 dá um total de 21 prefeitos.

A composição atual do poder executivo e legislativo do município de Redenção está em consonância com as leis vigente do país. A Câmara Municipal de Redenção já passou por várias transformações quanto a sua composição, levando em conta o índice populacional. Atualmente é composta por 11 vereadores, cujo papel fundamental é legislar em prol da coletividade e ser um agente fiscalizador do orçamento público. O poder executivo está composto por 01 Prefeito e 01 Vice-prefeito, tendo como responsabilidade representar o município, cuidar e zelar pelo patrimônio público municipal, sancionar leis que sejam de relevância para o bem-estar da população, dentre outras atribuições.

Na atual conjuntura política de Redenção, segundo fontes oficiais pesquisadas, são previstas mudanças do contexto socioeconômico e cultural. Nessa perspectiva de transformação e de fortalecimento as instituições públicas, tanto o poder executivo quanto o legislativo pretendem desenvolver seus trabalhos no âmbito da política “*in loco*”. Envolveriam o cidadão redencionista como protagonista no processo de renovação e ação democrática.

O município de Redenção, segundo os referidos documentos, avança rumo a busca de melhorias na qualidade de vida da população, implementando as políticas públicas que, em linhas gerais, poderão fortalecer e dinamizar o processo político socioeconômico e cultural, com compromisso, responsabilidade, rentabilidade, empregabilidade e seguridade social, visando o bem-estar da coletividade, em respeito a ordem e progresso de elevar Redenção a um patamar de crescimento e desenvolvimento (REDENÇÃO, 1990).

Para Hannah Arendt (2002), a política baseia-se na pluralidade dos homens. Isso quer dizer que existem formas diferente de pensar e agir e que a política na sua integralidade é como um meio de solucionar problemas que dizem respeito a todos o s cidadãos.

2.3 ASPECTOS CULTURAIS

O acervo cultural e o turismo em Redenção remetem-nos à história da libertação dos escravos, patrimônio arquitetônico e elementos naturais como a Cachoeiras da Paracubepa e as Lages, que recebem visitantes e turistas, por serem espaços destinados ao banho e contém uma beleza vegetativa deslumbrante.

Destacam-se, em Redenção, variadas formas de aculturação no decorrer dos tempos, como, por exemplo, a língua, as práticas religiosas, os costumes alimentares, o artesanato, as vestimentas, os monumentos, e a arte (pintura, dramatização, musicalidade,

dança folclórica, regionais de quadrilhas, bumba meu boi e reisado) uma miscigenação cultural que foram preservadas ou resgatadas ao longo dos anos,

Quanto à arquitetura, é exemplificada em fontes documentais do município, a Antiga Casa Grande Senzala, situada no Sítio Livramento Negro Liberto, onde as marcas da escravidão estão registradas em diversos pavimentos, sendo também símbolo da agroindústria canavieira. Esta fazenda é visitada diariamente por diversos tipos de públicos, destacando-se estudantes da educação fundamental, básica e universitário, na busca de subsídio para entender a história do negro-escravo. ((BIBLIOTECA PÚBLICA MUNICIPAL, 2000?))

O monumento *Negra Nua* está em destaque na entrada de Redenção simbolizando a libertação dos escravos, sendo também um marco comemorativo da emancipação política de Redenção, após se desmembrar da Cidade de Baturité. Trata-se de obra do artista plástico Eduardo Pamplona, inaugurada em 28 dezembro de 1968: uma imagem deslumbrante de uma negra com os rebentos dos grilhões, fazendo uma alusão ao período da escravidão, com uma expressiva visão, não existem mais escravos entre nós! (SILVA, 2015).

Na Praça da Liberdade, existe no epicentro um monumento conhecido como Obelisco, simbolizando a sociedade acarapense, homenagem ao Cinquentenário da Abolição, com vista belíssima para o Monte das Graças, onde se contempla além da paisagem a Igreja de Santa Rita de Cássia e o Santuário Nossa Senhora das Graças. Na Praça Joaquim Távora está cravado o busto da Princesa Isabel, marco do cinquentenário da abolição dos escravos, segundo grande parte da historiografia brasileira. Neste mesmo cenário está situada a Escola Padre Saraiva Leão, palco da solenidade de alforria dos escravos em 1º de janeiro de 1883 (BIBLIOTECA PÚBLICA MUNICIPAL, 2000?).

Outra importante expressão cultural de Redenção é a Igreja Matriz Nossa Senhora da Imaculada Conceição, arquitetura de estilo romano eclético. Possui imagens sacras vindas da Itália e a peça mais antiga é o Sacrário, datado de 1850 (BIBLIOTECA PÚBLICA MUNICIPAL, 2000?). Destaca-se também a Capela de Santa Rita, situada no sopé da serra, de estilo gótico, idealizado pelo Pe. Luís Carvalho Rocha, a qual tornou-se local de peregrinação dos devotos de Santa Rita de Cássia. Fica ao lado da Capela de São Miguel, mausoléu do Pe. Ângelo Custódio de Castro e Silva. Nesse trajeto está a escadaria de Santa Rita de Cássia, que faz junção com a escadaria do Santuário Monte das Graças com 730 degraus. Este santuário foi idealizado pelo o Monsenhor Dom Estevão da Rocha. Logo acima está situado o Pico do Cruzeiro, em cujo percurso existem as 15 estações da via sacra. Sempre no período da Sexta-Feira Santa da Paixão é realizada uma caminhada para refletir sobre a morte e ressurreição de Jesus Cristo (BIBLIOTECA PÚBLICA MUNICIPAL, 2000?).

Como parte dos equipamentos turísticos, destaca-se o Hotel Pousada Gurguri, que fica na Serra do Gurguri. Trata-se de antiga Casa Senzala, com adaptações modernas, porém nos remete ao período da escravatura, pois existem vários objetos da época da escravidão, inclusive um tronco de madeira com argolas que servia de suporte para açoite dos escravos. Na mesma região existe uma casa projetada com arquitetura trabalhada no vidro, uma visão panorâmica belíssima. Na contemplação da Serra do Gurguri existe um Santuário religioso com uma vista belíssima, onde se contempla vários lugarejos, inclusive os morros litorâneos, espaço territorial que atrai muitos turistas (BIBLIOTECA PÚBLICA MUNICIPAL, 2000?).

No cenário artístico - cultural destacam-se também artes cinematográficas conhecidas somente em nível local. Trata-se de produção independente dos artistas da terra, regada de muita criatividade e exibida para os redencionistas e o público estudantil (escolas do ensino básico e médio e universitários da UNILAB).

O cineasta Cássio Teixeira de Araújo escreveu, produziu e dirigiu um filme longa metragem no ano de 2015, “Rita de Redenção Santa das causas impossível”, o qual teve uma parte realizada em Cássia na Itália e outra na cidade de Redenção. Existem algumas semelhanças entre esses dois espaços históricos religiosos, que nos remetem à vida e santidade de Santa Rita Cássia, assim como à religiosidade de um povo que busca na fé o fortalecimento para a vida espiritual (RITA DE REDENÇÃO, 2015).²

Assim é Redenção, cidade de pequeno porte, porém muito grande na sua história. Foi palco de acontecimentos tristes como a escravidão, entretanto triunfante devido o ato grandioso da abolição. Hoje encontra-se em destaque como a pioneira a libertar os negros cativos. Como toda cidade do interior passa por problemas simples e complexos, mas, por possuir uma estrutura política democrática, está em busca do seu desenvolvimento no que concerne aos aspectos políticos, socioeconômicos e culturais.

Como toda cidade do interior, Redenção possui seus mistérios e seus encantos. Porém, aguça a nossa curiosidade em relação aos tempos da escravidão e da libertação dos cativos, dentro do contexto político da época, e da dimensão histórica que foi esse grande acontecimento, bem como sua trajetória política e do desenvolvimento socioeconômico e cultural até os dias atuais.

² O Filme “Rita de Redenção - Santa das causas impossíveis”, foi exibido no Cine Teatro São Luís em (Fortaleza), Centro Cultural Dragão do Mar (Fortaleza), TV Ceará (Fortaleza) no Festival de Cinema de Maracanaú-Ceará, que na ocasião ganhou o prêmio nas respectivas categorias: de Melhor direção, (Cássio Araújo), Melhor Trilha Sonora (Trilha Sonora Original - João Mamulengo, Interpretes - Raimundo Fagner e Amelinha) e Melhor Atriz. Este longa metragem retrata a história das peregrinações dos devotos a Santa Rita de Cássia, sobre os milagres e as súplicas na certeza de alcançar a benção desejada. Existem relatos comoventes dos

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO

As políticas públicas são definidas de várias maneiras. Nesta dissertação admite-se a conceituação de Saravia (2006, p. 28), ou seja, “um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade”. Consistem num conjunto de ações, projetos e metas planejadas pelo governo em virtude de demandas da população. Para tanto, são instituídas políticas em diversas áreas, tais como: Saúde, Educação, Assistência Social, Meio Ambiente dentre outras. As políticas públicas são estruturadas para atender expectativas da sociedade (LOPES, 2008). No Brasil, algumas dessas políticas se efetivam com a participação da sociedade.

Para Coelho (2011) a participação social e gestão participativa promovem debates em espaços democráticos, porém muito consistente e que resultaria em políticas públicas eficazes e equitativas.

Na compreensão de Brian Wampler (2001) as IPs têm sua importância no processo da efetividade e valorização das demandas da população em relação ao fortalecimento das políticas públicas.

Na efetivação do ciclo de uma política pública há elementos fundamentais, como: a definição de agenda que requer uma atenção mais específica por parte do governo; a formulação da política pública referindo-se ao processo de priorizar o problema para instituir a política; a tomada de decisão que se trata de uma análise sólida acerca das ações a serem executadas; a implementação que consiste em um processo dinâmico e importante para a eficácia da política; e a avaliação que pode ser realizada por atores tanto estatais como sociais com o intuito de certificar-se sobre a solidez daquela política pública. Para tanto, há um envolvimento por parte dos gestores públicos com a intenção de atingir o propósito com o qual as políticas públicas são instituídas (BRANCALEON, 2015).

A política pública surge de decisões governamentais com a propositura de manter o equilíbrio, com o objetivo de transformar uma realidade diante da provocação da massa social, as quais apontam para diversos alvos, almeçados por atores que participam do processo de decisão (SARAVIA, 2006).

As políticas públicas são regidas por leis, obedecem normativas e protocolos de atendimento na realização dos serviços de promoção, prevenção e assistência ao cidadão. Considerando-se as requisições de intersetorialidade na efetivação da Política de Saúde,

pagadores de promessas, relacionados as petições das bênçãos com as causas impossíveis: cura de doenças (corpo e alma), empregos, moradias, relacionamentos, dentre outros milagres.

descreve-se, no caso de Redenção, embora sucintamente, a referida política, bem como a de Assistência Social e a de Educação e como estão sendo desenvolvidas no território.

2.4.1 Assistência à Saúde

A assistência à saúde da população de Redenção se efetiva por meio de uma rede de serviços de natureza pública, como também há oferta de serviços privados, por meio de convênios, planos de saúde e desembolso particular. Entretanto, destaca-se, em virtude dos propósitos deste artigo, a oferta de serviços públicos na área, a qual se rege pelas diretrizes e princípios do SUS e sua dinâmica é objeto de permanente discussão no âmbito do CMS, a quem compete deliberar acerca dos principais elementos no processo de implementação dessa política.

Desde o processo de municipalização da saúde, com a descentralização das ações e serviços, estes se organizam mediante níveis de atenção, ou seja: a Atenção Primária, segundo a qual as ações de saúde e assistência são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município; a Atenção Secundária, em cujo âmbito as ações são executadas na rede hospitalar, ambulatorial ou serviços especializados, seja municipal ou regional; e a Atenção Terciária, realizada por meio dos serviços hospitalar, ambulatorial ou especializado, devendo garantir atendimento de alta complexidade nos Polos Macrorregionais através de guias de referências às Unidades Polos credenciadas (SMS, 2016).

A política de saúde efetivada no município de Redenção é parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS) e, conforme o PPA 2014-2017 engloba programas e serviços a seguir: o Programa Academia da Saúde que consiste em apoio para Equipe Saúde da Família (ESF), visando fortalecer as ações de promoção e cuidado integral para a saúde da população; a Central de Assistência Farmacêutica (CAF), que tem a funcionalidade de planejar, avaliar o processo de armazenamento e dispensação de medicamentos, consistindo em facilitar o acesso do usuário na entrega de medicamento e orientá-los quanto ao uso racional dos mesmos; a Central de Regulação que se trata de um sistema cujo objetivo é viabilizar a acessibilidade dos usuários do SUS ao atendimento especializado e exames que não fazem parte da rede municipal; o Centro de Atenção Psíquico Social (CAPS) que visa realizar apoio matricial em Saúde Mental das equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) para o fortalecimento da Atenção Básica; o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), responsável pela prestação de serviços especializados como: Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia, Odontopediatria, Dentística e RX, desenvolvendo ações da atenção secundária, garantindo esse direito ao usuário do sistema SUS para população; o Centro de

Reabilitação, no qual são ofertados serviços direcionados à recuperação física e psicológica dos pacientes, com o intuito de promover a recuperação e autoestima, assim como a reintegração social; o Programa de Imunização (PNI), o qual se trata de prioridade nacional; o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) destinado à prestação de serviço de apoio matricial as ESF, por meio ações interdisciplinares, sob uma visão holística da assistência à saúde na implementação e no fortalecimento da Atenção Básica ; o Programa Saúde da Família (PSF) que objetiva ser a “porta de entrada” da atenção básica, destacando-se as 11 (onze) ESFs que visam o cuidado integral na prevenção e promoção a saúde das famílias.

Outro serviço realizado por uma equipe multidisciplinar é o Serviço Atenção Domiciliar (SAD), Projeto Melhor em Casa, o qual atua nos problemas de saúde em usuários do SUS com dificuldade de locomoção motora e acessibilidade em se direcionar até uma UBS.

Destaca-se também o serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) com vistas ao enfrentamento no processo saúde-doença, intensificando as notificações de doenças compulsórias e o combate as doenças causadas por arboviroses como: dengue, chikungunya e zika. Por outro lado, a Vigilância Sanitária atua no processo das ações e serviços que possam prejudicar a saúde da população, intensificando a fiscalização e monitoramento dos estabelecimentos e o controle da água.

Outro importante serviço do campo da saúde no município é o de Vigilância Nutricional que além de contemplar o Programa Bolsa Família (PBF) no referente a cruzamento dos dados, também desenvolve ações relacionadas à educação, nutrição, monitoramento e administração da suplementação de ferro e “vitamina A”.

Realça-se ainda o Programa Saúde na Escola (PSE) que, na perspectiva da intersetorialidade, tem papel articulador entre educação e saúde com o objetivo de promover melhoria da qualidade de vida do público estudantil.

Todos os programas e serviços supra referidos recebem recursos financeiros do Governo Federal, pois trata-se de uma política de ações continuada, e criteriosas no fator indicadores de saúde, que é uma forma de identificar como está o perfil do município em relação as ofertas dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Para isso a Secretaria da Saúde dispões de um serviço informatizado a nível de Ministério da Saúde (MS), sendo alimentado frequentemente com os indicadores da saúde e conseqüentemente cumprindo metas que foram pactuadas (REDENÇÃO, 2015).

Como nos demais municípios brasileiros, há em Redenção um instrumento norteador da gestão pública municipal, e por conseguinte da política de saúde, que é o Plano

Plurianual (PPA), juntamente com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Ainda nessa perspectiva normativa, ressalta-se o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) que tem por base o estado situacional dos indicadores de saúde, e as pactuações entre os entes federativos com a prerrogativa de garantir serviço de qualidade e equidade aos usuários do SUS (REDENÇÃO, 2014/2017).

Destaca-se também o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento cujo propósito é o de subsidiar a gestão pública municipal por meio do Sistema SARGUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGUS), que apresenta para o gestor do SUS os resultados e metas alcançados de um período para outro, principalmente os indicadores que foram pactuados.

Entre os indicadores de saúde, aproveitamos para fazer um recorte dos indicadores de fortalecimento da promoção e vigilância em saúde, tendo como diretriz norteadora a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde (REDENÇÃO, 2017).

Tabela 1 – Indicadores de fortalecimento a promoção e vigilância em saúde

Nº	INDICADOR	META (2015)	RESULTADO	UNIDADE
1	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	100,00		%
2	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	85,00		%
3	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tubérculos	85,00		%
4	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	85,00		%
5	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90,00		%
6	Número absoluto de óbitos por dengue	0,0		Não absoluto
Total		445,00		%

Fonte: Relatório Anual de Gestão - Período de Janeiro a dezembro De 2016

Estes indicadores constituem apenas uma amostragem dos indicadores contidos no sistema SARGUS, com suas respectivas metas pactuadas em porcentagem, que é o caso dos indicadores, 1, 2, 3, 4, 5 ou em número absoluto que o caso do indicador 6. No ano de 2015 estas foram as metas pactuadas. Quando as metas são alcançadas, o município continua com as implementações para que não haja um declínio, caso não consiga atingi-las, o

município tem que trabalhar fortemente para que este problema seja sanado, intensificando a busca ativa para melhorar o indicador desejado, ou seja, obtendo a meta pactuada (BRASIL, 2014).

Conforme documentos analisados, O RAG é um espelho para o gestor. O sistema SARGSUS é aberto uma vez por ano, no mês de março, para que sejam analisados os resultados, e por conseguinte feitas considerações após esta avaliação pela Secretaria Municipal da Saúde. Importante esclarecer que este instrumento é enviado para o conselho de saúde, para que o colegiado também faça uma análise, as considerações necessárias e a aprovação que pode ser direta ou com ressalvas.

Todos os registros constam no Sistema Nacional Informatizado para Registro de Pactuação (SISPACTO), que constitui um sistema que objetiva viabilizar o processo dos indicadores, conforme a Resolução Nº 2, de 16 de agosto de 2016, a qual dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2016, no dispositivo do Art. 2º a seguir:

Art. 2º As metas pactuadas para cada indicador deverão ser inseridas no Sistema Nacional Informatizado para Registro de Pactuação Nacional de Indicadores e Metas, acessível no endereço eletrônico: aplicação.saude.gov.br/sispacto, nos seguintes termos:

I - Municípios: inserção das metas pactuadas; e

II - Estados e Distrito Federal:

- a) homologação das metas registradas pelos Municípios situados em seu território;
- b) registro das metas pactuadas regionalmente, na Comissão Intergestores Regional;
- c) inserção das metas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite. (BRASIL, 2016).

Nos casos de notificação compulsória apresenta-se um recorte do IPECE (2016), referente ao município de Redenção com as determinadas patologias, apresentadas pelo indicador: casos confirmados das doenças de notificação compulsória com um recorte do ano de 2015, vide tabela abaixo:

Tabela 2 – Casos confirmados de doenças de notificação compulsória - 2015

Discriminação	Casos confirmados das doenças de notificação compulsória	
	Município	Estado
AIDS	2	856
Dengue	2	55.588
Febre tifoide	-	-
Hanseníase	14	2.118
Hepatite viral	4	312
Leishmaniose tegumentar	-	598
Leishmaniose Visceral	5	524
Leptospirose	-	28
Meningite	2	249
Raiva	-	-
Tétano acidental	-	17
Tuberculose	5	4.240

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

Fonte: IPECE

Os casos que se encontram confirmados, segundo esta tabela, foram notificados e seguidos de um protocolo de tratamento, e o município, através da ESF fica acompanhando este paciente para que ele não venha a abandonar o tratamento.

As doenças de notificação compulsória, possuem uma listagem bastante numerosa, conforme Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que “define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências (BRASIL, 2014).

A notificação dessas doenças é de caráter obrigatório, podendo ser feita de forma imediata, com 24 horas, ou semanal, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), podendo ser casos suspeito ou confirmado, e as autoridades de saúde devem resguardar e assegurar o direito ao sigilo do paciente (BRASIL, 2014).

O município de Redenção, no que concerne à Saúde Pública, está em constante busca de desenvolvimento, sempre trabalhando as políticas públicas de saúde em consonância com as normativas do MS. Trabalha em parceria com o Governo Federal e Estadual, sob a gerência da 3ª Regional de Maracanaú que é responsável por monitorar e interagir com os municípios que a compõem, conforme o Decreto de Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual em seu Art. 2º inciso primeiro afirma:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

Os municípios que compõem a 3ª Regional de Maracanaú, são: Acarape, Barreira, Guaiuba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção, um total de oito municípios (Vide Mapa).

Figura 2 - Os municípios que compõem a 3ª Regional de Maracanaú



Fonte: SESA-CE

Mesmo com o sistema de saúde do país fragilizado, o município procura desenvolver ações e serviços de promoção e prevenção visando a atenção e a assistência à saúde da população. Tendo como prerrogativa o Plano Saúde Anual (PAS), o qual, que por sua vez está em consonância com o PPA 2014-2017.

O Plano de Saúde é um documento de intenção política, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas vistos sob uma ótica analítica. É um instrumento referencial básico que reflete as diferentes realidades de saúde de uma população propondo estratégias de enfrentamento dos problemas evidenciados (REDENÇÃO, 2014/2017).

Ainda no âmbito das políticas de saúde insere-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que visa a integração do ensino e serviço aos profissionais, além do cuidado integral aos usuários do SUS em territórios com diferentes realidades de adoecimentos na rede da Atenção Básica (AB).

Merecem destaque ainda, as campanhas efetivadas pela SMS, levando ao conhecimento da população, a conscientização sobre doenças tais como: hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis (DST), dengue, zika, chikungunya, como também, realizando campanhas de vacinação preconizadas pelo MS, tais como: campanhas de vacinação contra a Raiva Humana, HPV (utilizada no público de adolescentes) e Influenza tipo A - H1N1 (contra o vírus da gripe). (REDENÇÃO, PPA, 2014-2017)

Os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), também compõem a Equipe de ESF, e desenvolvem ações relevantes no âmbito da gestão pública municipal. Muitos os chamam de “menina dos olhos” da gestão da saúde no contexto da Atenção Básica, pois tratam-se de profissionais que trabalham diretamente com as famílias, identificando as necessidades e fazendo busca ativa sobre o estado situacional do território no qual prestam serviços, subsidiando os profissionais das Equipes de ESFs.

Concorda-se que o processo de gestão em saúde requer uma concentração de esforços para garantir a promoção e prevenção da saúde da população, com foco principal no fortalecimento das políticas do SUS. Não visa apenas a cura das doenças, mas o indivíduo em sua integralidade.

2.4.1.1 O Centro de Convivência de Antônio Diogo – CCAD

O Antigo Hospital Colônia de Antônio Diogo, conhecido como “Leprosário-Colônia” criado em 1940 e administrado por irmãs capuchinhas durante décadas é, atualmente, uma instituição mantida pelo governo do Estado-CE, estando sob a responsabilidade da 3ª Regional (a de Maracanaú).

Ao visitar o CCAD, o relato de um servidor que trabalha nesta antiga colônia-leprosário, de 1928 a 1970, expressa que houve muita segregação da sociedade, ou seja, hospitalização compulsória. Naquele período o que mais importava era retirar do meio social quem estava contaminado, para que assim fosse cortada a cadeia de transmissão da doença (hanseníase). Não havia uma política pública voltada exclusivamente para as questões sociais.

As colônias eram minicidades, tinham prefeitura, o prefeito escolhido era aquele interno que mais se destacava pela causa, e tinha o dever de cuidar e zelar pelo o ambiente e por si; existia padaria, cassino, delegacia, igreja, praça, cadeia, caixa beneficente, pois como viviam sem contato com a sociedade, era uma forma de ficarem ainda mais recluso. Esses setores ainda existem, mas alguns não são mais utilizados com a finalidade de antes.

A partir de 1970, com a política da des-hospitalização e com a não eficácia do tratamento com o uso dos sulfatos, com a associação dos componentes PQT (poliquimioterapia) através da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o tratamento da doença, daí começou uma mudança de hábito dos portadores de hanseníase com o meio externo (INFORMAÇÃO VERBAL).

No final da década de 1970, devido à perda da eficiência da sulfona, a OMS propôs a associação padronizada de medicamentos, introduzindo a poliquimioterapia (PQT), com as drogas sulfona, clofazimina e rifampicina, que se mostraria eficaz na

cura da hanseníase, com efeitos colaterais mínimos e até ali sem registro de casos de resistência (SAVASSI, 2010 APUD DUCATTI, 2009, p. 50).

Quando os hansênicos chegavam as colônias, muitos deles não sabiam seu nome, então eram registrados com outro nome. O início dos registros está datado de 1930 e o último registro datado de 1994 (ACERVO MUSEU - CCAD).

Ao chegarem para serem internados eles eram registrados com um número de ordem e no primeiro dia de registro, em 09/08/1928, deram entrada na colônia de Antônio Diogo 44 doentes. Todos os registros somam 1.732, sendo que o último foi em 11/08/1983. O livro de registro dos óbitos tem como data inicial em 04/09/1928. Todos esses registros não eram reconhecidos pelos órgãos competentes externos como os cartórios por exemplo. Eles, simplesmente, não existiam para a sociedade (ACERVO MUSEU - CCAD).

Dentro das colônias os internos casavam e constituíam família, e os filhos nasciam e eram levados para uma creche berçário preventório. Os filhos permaneciam sem poder relacionar-se com as figuras parentais, a espera de adoção, que por sua vez era difícil devido serem filhos de portadores da hanseníase. Os registros de nascimentos estão datados com início em 1930 e finalização em 1942 (ACERVO MUSEU - CCAD).

Após longos anos de internamento os hansênicos que obtiveram a cura, muitos foram viver com seus familiares, porém outros permaneceram morando dentro das colônias.

Assim, muitos resolveram retornar para a colônia, onde lá ficaram vivendo e muitos permanecem residindo na instituição o até os dias atuais. Assim, o antigo leprosário tem a sua função alterada na sociedade e passa a ser conhecido como o Centro de Convivência Antônio Diogo, onde são acolhidos e mantidos os ex-internos da antiga colônia”. (PINHEIRO, 2013).

Atualmente o CCAD, possui 44 servidores, 12 albergados (de outras cidades e Estado) em 64 casas, somando ao todo 140 moradores. Conforme Regulamento Interno do Hospital Dermatológico Sanitário de Antônio Diogo (HDS): atual CCAD, datado de dezembro de 2006, tem como missão:

promover a reintegração e ofertar ações de saúde e outros serviços sociais, pactuados entre o Estado e o município, com participação dos moradores, gerando um ambiente propício de boa convivência, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida (FEITOSA, 2008).

A hanseníase, conhecida anteriormente como “lepra”, termo associado a deformidade, a religiosidade e ao preconceito, remete a uma enfermidade antes tratada com muito temor, devido ser uma doença infectocontagiosa, motivo pelo qual os “leprosos” viviam isolados. Essa segregação era notável nos acontecimentos sociais onde envolvia a comunidade e os portadores do bacilo de Hansen, de um lado ficava os doentes e do outro a

comunidade. “Essa exclusão se configurava até mesmo no espaço reservado à fé, como no caso da capela, onde antigamente, na colônia Antônio Diogo existia uma balaustrada de um metro de altura, servindo para separar sadios dos doentes” (LIMA, 1988).

No CCAD existem pacientes remanescentes de cidades circunvizinhas e de outros estados. São pacientes albergados, com incapacidade física instalada e sem a presença e apoio dos familiares.

Quando a lepra surgiu com real intensidade durante a década de 1920 no estado, o Brasil passava por um período no qual essa doença era vista como um problema social e a medida mais aceita para combatê-la era o isolamento dos doentes em colônias (PINHEIRO, 2013).

Os avanços na área médica que possibilitaram a cura da enfermidade não foram de imediato apreendidos pela sociedade, que continuava a enxergar naquelas pessoas os leprosos de antes. Tais posturas explicam que em pleno XXI muitas ex-colônias continuam a abrigar os antigos doentes, que ainda vivem apartados da sociedade de hoje (LIMA, 2007: 251- 252).

Conforme relato de um funcionário existe um serviço de socialização dos pacientes remanescentes e seus familiares, através do Grupo Coração de Jesus, instituído no ano de 2009. Este Grupo de Convivência é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, composto por: Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Médico e Professor. O grupo possui 14 membros, tem como objetivo trabalhar eixos temáticos, tais como: socioeducativo, gerontomotricidade, arte e resgate das experiências vividas. Busca melhorar a autoestima, sendo também uma forma deles não se sentirem sozinhos, de vencer o medo, a insegurança do trauma psicológico que essa patologia causa (INFORMAÇÃO VERBAL).

Na gerontomotricidade produzem de peças de artesanato: panos de pratos, pinturas em panelas e jarros de plantas, as quais são vendidas em bazar. A venda das peças serve para custeio de passeios-recreações em áreas externas. As palestras educacionais estão relacionadas a temas conforme a época como: natal, páscoa, dia dos pais, dia das mães, etc. além de aulas de matemática, leitura (INFORMAÇÃO VERBAL).

Segundo o relato de um interno, que mora no CCAD há sete anos, antes da criação do grupo Coração de Jesus eles viviam oprimidos, sem perspectiva de vida, não se importavam com o próximo. Devido ao trabalho social no grupo, passaram a se importar uns com os outros, a dialogarem mais, ajudando o próximo na medida do possível. Questionado em relação aos visitantes, ele ressaltou que não há aceção por serem portadores da doença, sempre existe uma boa interatividade (INFORMAÇÃO VERBAL)

2.4.2 Educação

Conforme documentos da Secretaria de Educação de Redenção, o sistema educacional de Redenção está dividido em três eixos: municipal, estadual e particular. A nível municipal a educação consta de três etapas, compreendendo: Educação Infantil, que é responsável pelo desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e social da criança, garantindo este acompanhamento até os cinco anos de vida. Ensino Fundamental I, que compreende do 1º ao 5º ano de ensino, no qual o aluno procura desenvolver a escrita e a leitura, além de habilidades, havendo trocas de ideias entre si na busca de outros saberes. Quanto ao Ensino Fundamental II, compreende do 6º ao 9º, e nela o aluno aprende como pensar, agir e desenvolver sua percepção com o mundo real. Conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), o município tem como filosofia formar os cidadãos com valores éticos, morais e de cidadania (SME, 2016).

Outra base educacional do município, segundo este documento, é o ensino médio, o qual está ligado à rede estadual e atende aos jovens e adultos nos seus anseios no que tange ao aprendizado para construção do saber. Entre estas instituições educacionais existe uma Escola Profissionalizante que amplia o conhecimento e qualifica o aluno para o mercado de trabalho, gerando expectativas, desenvolvendo e habilidades profissionais.

Em Redenção o ensino superior tem como prerrogativa ampliar a vida acadêmica, proporcionando uma visão crítica da desconstrução e construção do saber através das pesquisas científicas e está contemplado pela UNILAB, com a existência de dois Campos: Campos da Liberdade e Campos das Auroras, já na cidade de Acarape funciona a Unidade Acadêmica dos Palmares e na Bahia (BA) o Campos dos Malês.

A UNILAB tem na sua grade os cursos de graduação, e pós-graduação (mestrados), trabalha também com a Educação a Distância proporcionando cursos de graduação e pós-graduação (especializações).

De acordo com a legislação pertinente, a UNILAB tem como objetivo ministrar ensino superior, desenvolver pesquisas nas diversas áreas de conhecimento e promover a extensão universitária, tendo como missão institucional específica formar recursos humanos para contribuir com a integração entre o Brasil e os demais países membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), especialmente os países africanos, bem como promover o desenvolvimento regional e o intercâmbio cultural, científico e educacional” (UNILAB, 2011).

Existem também outras instituições que ofertam curso superior no município, como por exemplo a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) dentre outras instituições que funcionam em escolas públicas cedidas pela rede municipal.

Segundo Lima (2013), ainda sobre a educação do município de Redenção vale salientar as ações desenvolvidas contra o trabalho infantil, como o Programa de Educação contra a Exploração do Trabalho da Criança e do Adolescente (PETECA). É um programa desenvolvido pelo Ministério Público do Trabalho do Ceará (MPT) em parcerias com as secretárias de educação estadual e municipais e com os órgãos de garantia de direitos da criança e adolescente. Tem como objetivo conscientizar a população acerca da erradicação do trabalho infantil. São executadas ações nas escolas promovendo uma dialogia com temáticas relevantes aos direitos da criança e adolescentes.

2.4.3 Assistência Social

Ainda conforme documentos referentes ao governo municipal de Redenção, relativamente a política pública de assistência social, são oferecidas várias possibilidades de serviços sócio assistenciais com famílias em estado de vulnerabilidade social, violação de direitos, violência física e psicológica, fragilidade e vínculos.

As ações de assistência social são desenvolvidas por meio de equipamentos tais como: o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), que tem como objetivo trabalhar as questões de vulnerabilidade e riscos sociais. Estão inseridas dentro desta unidade todos os serviços sócio assistenciais; e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que desenvolve seu trabalho com foco na família tendo o papel de proteger e fortalecer a mediação de conflitos, na violência e violação de direitos.

A Proteção Social Básica, prevista na PNAS/2004, tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Seus programas, projetos, serviços e benefícios, destinam-se à população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2015).

Destaca-se também, o Centro de Referência da Mulher (CRM) que se trata de uma política governamental, cujo objetivo é combater a violência contra mulher, em estado de vulnerabilidade no que tange a fragilidade da mulher. Foi o primeiro CRM implantado na região do maciço de Baturité (REDENÇÃO, 2011).

No âmbito da política direcionada à criança e ao adolescente existe o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), com o olhar voltado para os princípios, diretrizes e direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ainda nesse prisma está Conselho Tutelar (CT) que, por sua vez, é fiscalizado pelo CMDCA

e Ministério Público (MP), e tem a função de proteger e zelar pela garantia da efetivação de direitos da criança e adolescente, sob a jurisdição do Estatuto da ECA, dentre outras atividades (REDENÇÃO, 2011).

Ainda com relação à política da assistência social está o Cadastro Único que é a “porta de entrada” para os programas sociais do Governo Federal, dentre eles o Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, Cestas Nutricionais para Gestantes, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Programa de Cisternas, Isenção de Taxas para Concursos Públicos. É somente por meio do Cadastro Único que as famílias têm acessibilidade a esses benefícios de transferência de renda. O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda (BRASIL, 2102).

No âmbito da gestão, a assistência social desenvolve ações direcionadas a pessoa idosa, com trabalhos de fortalecimento de vínculo, através de oficinas de artesanato, pinturas e danças. Sobre a dança, os idosos passam uma tarde de lazer, e fazem a dança de salão, forró pé de serra, e extravasam seus contentamentos e o bem-estar (STAS, 2016).

Destaca-se também o trabalho com as gestantes que é bem intenso, pois elas passam por vários momentos desde de seu ingresso ao grupo permanecendo até chegar o período de dar à luz. Nesse percurso são desenvolvidas ações para promover a autoestima, como a confecção do enxoval do bebê. Palestras sobre a preparação para o pré-natal, parto e pós-parto, aleitamento materno e cuidados com o bebê. Chegando o período de dar à luz as gestantes recebem o enxoval para os primeiros meses de vida do recém-nascido (STAS, 2016).

Como política de assistência social a Secretária de Ação Social ainda desenvolve outras atividades que beneficiam diretamente a população, como distribuição de cesta básica para as famílias carentes, distribuição de leite e atendimento funeral, dentre outras ações que são executadas, principalmente em acontecimentos eventuais. A execução dessas ações tem como propósito melhorar a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (STAS, 2016).

Realça-se que Redenção foi contemplada com o Selo UNICEF na Edição 2013/2016. Está entre os 82 Municípios certificados com selo, em virtude da luta pela garantia dos direitos da criança e do adolescente, por infância digna, mais promoção da saúde e educação de qualidade. Foi instituído o Núcleo de Cidadania aos Adolescente (NUCA) e a

Lei do Plano Municipal pela a Primeira Infância, assegurando o direito à vida e assistência materno infantil.³

Conforme documento oficial do município, o compromisso da assistência social é trabalhar em prol da população, implementando as políticas públicas no âmbito da gestão municipal, realizando trabalhos focais de socialização, fortalecimento de vínculo, de monitoramento das famílias em estado de vulnerabilidade e traçando estratégias de medidas proteção e a criança e ao adolescente (REDENÇÃO, 2016).

³ O Selo “Município Aprovado” é uma iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF para estimular os municípios a implementarem políticas públicas para diminuir as desigualdades e garantir os direitos das crianças e dos adolescentes previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (UNICEF, 2013/2016).

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A constituição do SUS relaciona-se aos movimentos populares emergentes nas décadas de 1970 e 1980, especialmente o movimento pela Reforma Sanitária. Para Amélia Cohn (1989), os movimentos sociais do período estão muito associados às questões da Reforma Sanitária e isso trouxe contribuições importantes para a saúde. A autora enfatiza que as lutas por participação política e social da sociedade brasileira tem origens antigas, e que a partir das décadas 70-80 os movimentos participativos mais emergentes constituíram-se juntamente com as primeiras experiências da medicina comunitária (GOHN, 2013).

O regime militar chega ao fim em meados de 1985 e com o advento da “Nova República” surgem novos atores, em destaque os movimentos sanitaristas, a pleitear melhores condições de vida e uma saúde de qualidade. Os grupos foram se organizando, formando associações, instituições, organizações não governamentais, havendo, portanto, uma ampliação da pluralidade do sujeito rumo a democracia (GOHN, 2004).

Então, com essa ânsia de conquista por uma política de saúde não restritiva, surge o SUS como proposta de saúde universal e igualitária, para todo cidadão com nacionalidade brasileira e também para quem nesse solo venha pisar. Segundo Teixeira (2011, p. 2):

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Nas décadas de 1960 e 1970, o Brasil foi expressamente marcado por mudanças que transformaram o país, devido a acontecimentos políticos, destacando-se o fim regime militar em contexto de manifestações envolvendo alguns segmentos da social, portanto, estas transformações aconteceram tanto no fator econômico quanto no social.

Perante o contexto político-social da época, os movimentos sociais se fortaleceram e exerceram forte pressão popular contribuindo para a transição do Estado ditatorial para o Estado Democrático de Direito, ratificado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), por essa razão chamada de “constituição cidadã”. Por consequência, o leque de atores sociais foi ampliado consideravelmente, pois muitas frentes de oposição ao regime militar foram convertidas em entidades das mais diversificadas naturezas, tais como:

Organizações não Governamentais (ONGs), partidos políticos, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), etc. Esses atores podem, inclusive, ser denominados como instituições participativas, uma vez que, segundo Avritzer (2009) representam formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas.

Para Lavallo (2011), o ideário dos atores no que tange a participação popular, no caso das ONGs, é de apoio e defesa dos direitos humanos. Esse fortalecimento foi consagrado na Constituição de 1988, quando o cidadão adquiriu direitos participativos, além daqueles de obrigatoriedade eleitoral.

Fato é que essa diversificação de atores sociais também fez crescer o espectro da democracia no Brasil. Por isso, tanto o grau de participação quanto as formas de representação política foram, da mesma forma, influenciadas pela nova ordem sócio-política do País. Enfim, a participação pode ocorrer por vários meios, inclusive através da avaliação, que não é somente uma ferramenta de aferição de eficiência, mas é parte de todo um processo de participação social (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

As forças desses poderes enquanto organizações foram ganhando espaços e se transformando, dando ao Estado um novo formato. A este respeito, poderíamos, guardando as devidas proporções, desenvolver reflexão semelhante ao de Rousseau (1947-2002), evidentemente noutro contexto bastante diverso, que o homem sai do seu estado de natureza, por necessidade e o instinto de garantir direitos para beneficiar a coletividade. Diz o autor:

Eu imagino os homens chegados ao ponto em que os obstáculos, prejudiciais à sua conservação no estado natural, os arrastam, por sua resistência, sobre as forças que podem ser empregadas por cada indivíduo a fim de se manter em tal estado. Então esse estado primitivo não mais tem condições de subsistir, e o gênero humano pereceria se não mudasse sua maneira de ser (ROUSSEAU 1947-2002. 211 p.).

Com a atuação dos movimentos sociais compreende-se também que a “participação popular” trata-se de um termo expressivo presente nas atividades de caráter democrático, onde o sujeito pode se expressar e praticar suas emoções e moções. Portanto, abordar a participação popular no Brasil é bastante instigante, pois trata-se de acontecimentos marcantes para o processo da redemocratização, como o caso do fim do regime militar que perdurou no país de 1964 a 1985.

Segundo Gohn (2014), naquele período o país passava por uma instabilidade política, fato marcante para a evolução sócio-político, porém a intervenção da sociedade foi de grande relevância para o fortalecimento das políticas públicas, através da criticidade,

participação, conscientização, além de potencialidades conceituais como a imensa colaboração para a execução das ações no âmbito da gestão pública. Vale ressaltar, que o conceito de cidadania já era relevante no processo de redemocratização, sobretudo em se tratando dos direitos civis e políticos. Entretanto, nos anos 1990 ganham novos contornos de cidadania coletiva, incluindo a luta por outros direitos, em especial pelos direitos sociais básicos (casa, abrigo, comida).

Para Gohn (2014), os movimentos sociais serviram para articular e reivindicar seus direitos, então as lutas foram ampliadas. Desejava-se mais que participação, buscava-se diversidade, quantidade e qualidade das políticas públicas, que se contemplavam aos direitos sociais modernos como: saúde, educação, regulação do trabalho, assistência social, etc.

Conforme Arouca (1998) a Reforma Sanitária brasileira veio em uma época de transformações, com propositura de consolidar a cidadania. Teve seu nascimento com o ideário dos movimentos na luta contra o regime militar, com uma temática que envolvia saúde e democracia, e o fortalecimento em prol dessa causa tomou grandes proporções com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com a finalidade de garantir ao povo brasileiro uma referência na Constituição Federal, através da moção emitida pela participação popular, que diz: “a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado”, portanto compete a ele assegurar e garantir esse direito, que é amplo no que tange o contexto social de assistência integral.

O que configura a relação entre democracia e saúde está descrito na Constituição Federal de 1988 com a propositura dos mecanismos democráticos representativos e participativos, com uma força bem acentuada do empoderamento coletivo que os indivíduos passam a se apropriar quando reivindicam seus direitos, com artefatos estratégicos para a tomada de decisão visando o bem-estar da população. Um canal bastante relevante para esta ação democrática é a representação social dos conselhos de saúde na luta por políticas de saúde (BRASIL, 2009).

A Constituição de 1988 estabeleceu 14 princípios participativos na organização do Estado brasileiro. Entre eles, o mais importante é a participação da sociedade civil na deliberação sobre as políticas públicas, em especial a política de saúde. Com base nesses princípios, foram criados cerca de 5 mil conselhos de saúde no Brasil, associando-se o elemento distributivo à participação. (BRASIL, 2009).

No contexto do processo de empoderamento comunitário, é fundamental o engajamento da população na compreensão da problemática que afeta as suas condições de vida, na discussão de soluções alternativas, na definição de prioridades e na decisão a respeito de estratégias de implementação de programas, seu acompanhamento e avaliação. As estratégias de empoderamento da comunidade supõem, entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização e problematização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de

um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e iniciativas sociais. (BRASIL, 2009).

Então, com a proposta da Reforma Sanitária e a implantação do SUS, houve um realinhamento, um redesenho na assistência e universalização da saúde no Brasil (BRASIL, 1994). Portanto o Movimento Sanitário trouxe consigo a autenticidade e as reivindicações por meio da participação popular com um forte anseio de conquistar seu espaço no âmbito das políticas de saúde, com irradiações para a sociedade e vice-versa.

Naquele contexto, os movimentos sociais, segundo Tatagiba (2011), modificaram suas formas de atuação, construíram novas demandas, buscaram qualificação, alteraram suas relações com a base, forjaram novos padrões de liderança, intensificaram o diálogo e os trânsitos com o campo político-institucional etc. Acrescenta que, com o advento da Carta Magna de 1988 há uma revalidação da representação democrática, mediante várias regulamentações que foram surgindo conforme a necessidade e a força dos movimentos. Dentre essas regulamentações está o que se refere ao SUS, que foi uma grande conquista da população brasileira, além de outras como os relevantes papéis dos conselhos de políticas públicas, de cunho consultivo e deliberativo.

Foi nesse contexto de ebulição social que se construíram os princípios do SUS: universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, garantindo, assim, pelo menos legalmente, o direito a saúde para todos como dever do Estado. Portanto, os movimentos sociais contribuíram para essa nova arquitetura, implementando as demandas e também nas mais diversificadas formas de atuações também no próprio cenário das políticas públicas.

Para Gohn (2006), ainda nesse prisma da Constituição de 1988, os conselhos são intrínsecos à esfera pública, atuando junto ao Poder Executivo dentro da especificidade da política pública que concerne a cada um, no tocante ao fortalecimento e assessoramento nas suas respectivas áreas. Atuando de forma consultiva e deliberativa, se constituem como instrumentos para a esfera pública e forte elo de ligação entre a gestão pública e o controle social de cunho democrático e participativo.

Para tanto, os conselhos deveriam atuar em benefício da democracia operando em espaços sociais, oportunizando o exercício da cidadania, tornando-se grandes parceiros na gestão das políticas públicas sociais (GOHN, 2011).

Com o desenvolvimento do novo espaço público, denominado público não estatal, abre-se o caminho para o empoderamento da comunidade por meio de conselhos, fóruns, conferências, redes e articulações para que sejam protagonistas de sua história, com

capacidade de gerar processos de desenvolvimento autossustentável, predominantemente sem articulações políticas mais amplas nem com partidos políticos e nem com sindicatos. (GOHN, 2004).

Considera-se importante resgatar das reflexões de Arendt (2007), que os espaços para debates em prol de uma determinada causa, já existiam há bastante tempo, ou seja, essa formação da esfera pública quando os homens se reuniam com outros homens, com pensamentos em comum buscando o bem da coletividade, havia um fortalecimento na execução das ações.

Tais reflexões nos direcionam a revalidar, atualmente, cada vez mais, a importância das instâncias colegiadas, como as conferências de saúde, fóruns de saúde, seminários, são exemplos da participação popular. Então, essa formação dos conselhos que hoje se encontram tão presente consiste em herança social de tempos passados, a qual na modernidade democrática, se redimensiona e se institucionaliza constituindo-se, dentre outras formas e meios, como assessoramento para a gestão pública nos três pilares governamentais da federação brasileira.

Para Gohn (2006), os conselhos são parte de um novo modo de gestão dos negócios públicos, reivindicados pelos movimentos sociais nos anos 1980 e, ao mesmo tempo, fazem parte da reforma do Estado iniciada nos anos 1990. Significando que a participação da sociedade civil está inserida nessa forma institucionalizada de reivindicar por melhorias e qualidade de vida, que anteriormente era pauta dos movimentos sociais.

A despeito da participação da sociedade civil, bem como das intervenções sociais, é preponderante destacar seu papel na esfera pública – via conselhos e outras formas institucionalizadas, não para substituir o Estado, mas para lutar no sentido de que ele cumpra seu dever: propiciar educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade para todos.

Tudo isso pode ser resumido na expressão: PARTICIPAÇÃO CIDADÃ, aquela que redefine laços entre o espaço institucional e as práticas da sociedade civil organizada, de forma que não haja nem a recusa à participação da sociedade civil organizada, nem a participação movida pela polaridade do antagonismo a priori, e nem sua absorção pela máquina estatal, porque o Estado reconhece a existência dos conflitos na sociedade e as divergências nas formas de equacionamento e resolução das questões sociais, entre os diferentes grupos, e participa da arena de negociação entre eles. Os Conselhos são uma das modalidades para o exercício da cidadania (GOHN, 2004).

No contexto de cidadania, conforme acrescenta a autora, na construção do novo, ou de implementação do que já existe, podemos analisar que a subjetividade e a pluralidade

são terminologias que se fundem em um único mover – empoderamento – com o fortalecimento de ideias, opiniões para transformar o eu em coletividade e modificar uma realidade negativa em positiva de um determinado nicho social. Portanto com a redemocratização, a participação no poder institucionalizado do Estado e seus aparelhos passa a ser objeto de desejo das forças políticas organizadas, novos e antigos atores passam a ter metas de lutas e conquistas na sociedade. A descentralização do sujeito e a pluralidade dos novos autores conferiram ao conceito de cidadania a relevância que o conceito de autonomia teve no período do governo militar (GOHN, 2004).

A participação no Brasil nos remete a historicidade das lutas da sociedade no processo de democratização dos direitos sociais (GOHN, 2001), entendendo que para a democratização da sociedade brasileira os processos de participação nos conduzem aos movimentos sociais que reivindicavam por melhorias e qualidade de vida, cuja terminologia está bem presente nas políticas públicas, sendo que no vocabulário político, científico e popular a palavra participação é bastante utilizada. Conforme a época histórica ela é atrelada a outros termos, por exemplo: cidadania, democracia, organização, solidariedade, etc., que o maior exercício dá prática da participação estão nos espaços democráticos (GOHN, 2011).

Na visão de Lavallo (2011), a participação se funde em duas categorias: categoria nativa oriunda da prática política dos atores sociais e categoria da teoria democrática, que por sua vez envolve questões delimitadas por leis e dispositivos regimentais, e com isso o conceito de participação fica fugidio e seus efeitos escorregadios. A participação como categoria prática surgiu no Brasil nos anos 1960 com os movimentos de mobilização dos atores populares, já a categoria da teoria democrática tinha um propósito mais fechado em relação ao desenvolvimento para os modelos de democracia com um envolvimento participativo da minoria.

Com outro pensamento de participação temos na compreensão de Sherry Arnstein (2002), segundo o qual, a participação é uma promoção de poder aos cidadãos menos favorecidos que se encontram a margem dos processos sociopolíticos e econômicos, que através da participação se integram nas tomadas de decisões em relação as políticas públicas, que programas serão beneficiados e quais os recursos utilizados. Para tanto, a participação constitui a promoção de reformas sociais bastante significativas em prol da sociedade.

Uma razão positiva da participação é que ela pode promover a interatividade social, além de causar fomentos em relação a carreiras políticas, percepção da capacidade de entendimento e crescimento do dever cívico cumprido e protagonizar juntos aos governantes as reivindicações populares (CORTES, 2011).

Diante do exposto sobre a participação, enfatiza-se a importância do papel das Instituições Participativas (IPs) que tomaram vulto no contexto sociopolítico, por meio de espaços democráticos institucionalizados. As IPs são consideradas enxertos na organização do Estado devido as representações participativas, pois promovem elos entre sociedade civil, Estado e governo, de forma específica os conselhos de saúde. Por sua vez as IPs participam no processo da implantação e implementação das políticas públicas, onde os cidadãos negociam, participam e deliberam. Portanto as IPs necessitam ser fundamentadas legalmente com apoio de atores do governo para que possam desempenhar com muita responsabilidade as atividades de formulações das políticas públicas (Wampler, 2011).

3.1 CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA SÓCIO HISTÓRICA

Há mais de 70 anos foi institucionalizado o primeiro Conselho Nacional de Saúde, em 1937. Na era Vargas, com a advento do Estado Novo que cobriu o período de 1937 a 1945, como regime político centralizado. Não existia o Ministério da Saúde e o setor da saúde pertencia ao Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, sob a gerência do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Com os centros urbanos tornando-se mais populosos e a classe dos trabalhadores aumentando, surgem também várias formas de precariedade e más condições de higiene, habitação e saúde. Assim sendo, o DNS foi forçado a ofertar novas modalidades de prestação de serviços, visando combater os problemas endêmicos que emergiam. Nesse mesmo período, implantaram-se centros e postos de saúde, e hospitais, ou seja, iniciava-se uma nova política de saúde, como também, foi estabelecido o primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual era composto exclusivamente por conselheiros de perfil técnico ou membros da elite, indicados pelo ministro da área, com a finalidade específica de debater questões internas do DNS (BRASIL,2013).

Somente com a Constituição de 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se constituiu como instituição participativa, cujo objetivo foi possibilitar o exercício da democracia, com a participação da sociedade civil nas tomadas de decisões estatais, em relação às implementações e ao planejamento de políticas públicas específicas (GOHN, 2004; AVRITZER, 2002; FARIA, 2006, 2007; TATAGIBA, 2002; DAGNINO, 2002).

Na sua composição vários segmentos sociais constituem-se como representantes da sociedade civil ou do Estado, além dos representantes dos usuários do SUS. Esta instituição colegiada está presente nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, consistindo numa forma dinâmica de debater as políticas públicas no âmbito da saúde.

Possuem papel consultivo, deliberativo e fiscalizador dos recursos, as ações e serviços executados na gestão do SUS.

São ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de: conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo (GOHN (1995, p. 44).

Anteriormente à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o conselho em referência passou por várias normatizações. Com essa conferência, os governantes passaram a olhar de modo mais significativo para as questões atinentes ao controle social. Com uma ampliação da visão sobre a importância da participação popular foram instituídos, em 28 de dezembro de 1990, sob a Lei Nº 8.142, as conferências e os conselhos de saúde, com o intuito de captar os anseios da população usuária do SUS recém instruído (BRASIL, 1990).

Conforme Passero (2013) o nascimento do SUS veio referenciar a importância do movimento sanitário ocorrido nas décadas de 1970 e 1980, o processo de redemocratização no país fez jus a uma nova formalização de garantias dos direitos aos serviços e ações de saúde dentro do cenário social e político, com o propósito de ampliar a equidade e integralidade, objetivando acessibilidade para todos os usuários do SUS pertencente ou não ao solo brasileiro.

Atualmente, estão integrados ao SUS todos os serviços públicos de saúde por meio de uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral que corresponde aos três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, sempre respeitando os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011). Desse modo, a Saúde vai, de um Valor importante para a existência, se transformando em um “Direito”, e num “Direito Social” imprescindível para cada um e a todos neste país (BIS, 2008).

Posteriormente à promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde houve todo um processo de normatização e implementação do SUS, mediante Normas Operacionais Básicas (NOB) e com a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a elaboração de Programações Pactuadas Integradas (PPI), destacando-se após 2003, o Pacto em defesa do SUS, o Pacto de Gestão, o Pacto pela vida, firmados com o compromisso de definir as competências de cada esfera governamental que iria nortear e auxiliar a gestão do SUS na tomada de decisão, estabelecendo prerrogativas

e requisitos nas políticas públicas de saúde, e criando vínculos com o SUS, a gestão municipal e a população (BRASIL, 2011).

No quadro abaixo encontra-se especificada a composição e a formação das instâncias colegiadas dos conselhos gestores e conselhos de saúde do SUS, que se faz representar como instituições participativas nos entes federativos, dando a dimensão ao que seria o desenho institucional nas esferas governamentais: Nacional, Estadual e Municipal.

Quadro 1 – Desenho Institucional dos Conselhos de Saúde



Fonte: MS/FioCruz

Segundo Bis (2008), com a municipalização da saúde e a descentralização do poder até o nível local, foram atribuídos aos conselhos municipais de saúde o papel de fiscalizar as ações saúde e serviços, por meio de seus membros que representam vários segmentos profissionais de saúde, entidades e sociedade civil, com um propósito de minimizar os conflitos, propiciando aos usuários do SUS uma maior transparência nas ações e serviços, bem como a participação nas tomadas de decisões.

A gestão do SUS tem por obrigação executar suas ações conforme as leis de responsabilidade fiscal, pois além de consultar o Conselho Municipal de Saúde, a população por meio de audiências públicas nos respectivos quadrimestres. Conforme a Lei Complementar de Nº 141, ainda passa por outro processo de fiscalização pelos órgãos externos de auditorias e controladorias, tais como: Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), Tribunal de Contas da União (TCU) e Controladoria Geral da União (CGU). Estes órgãos atuam de forma educativa, orientando sobre boas práticas de gestão, além de promover o controle social dos recursos públicos (BRASIL, 2010).

De acordo com a Resolução de Nº 453/2012, os conselhos poderão avaliar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias (BRASIL, 2015).

Importante ressaltar que desde a 8ª Conferência de Saúde (1986) foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, com temáticas direcionadas a garantir e resguardar o direito do povo brasileiro, tais como: A Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento Setorial; Criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e a Institucionalização do SUS. A partir do desenvolvimento dessas temáticas, a saúde teve um grande avanço e a participação social tem hoje um importante papel nas reivindicações por melhorias de qualidade das ações de políticas públicas no âmbito da saúde nas três esferas governamentais (BRASIL, 2009).

As Conferências de Saúde que são realizadas em cada quadriênio, além do seu caráter consultivo, têm como culminância avaliar as condições de vulnerabilidade da saúde e propor para cada nível de governo diretrizes de políticas públicas que venham implementar e fortalecer as ações de saúde, desenvolvendo temáticas e discussões que possam garantir o direito do acesso igualitário, bem como promoção, proteção e recuperação da saúde, por intermédio de uma plenária participativa do controle social (BRASIL, 2009).

Ainda contemplando o fortalecimento do SUS, vem o conselho de saúde como instância de participação nas deliberações, aprovações e acompanhamentos das ações e serviços de saúde. Outro meio de fortalecimento seria a participação popular, questionando, reivindicando e participando das plenárias e conferências de saúde, bem como das audiências públicas nas prestações de contas da gestão do SUS realizadas a cada quadrimestre.

Os conselhos de saúde são instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações dos serviços de saúde no âmbito da gestão do SUS, com caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive quanto aos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 2011).

Os conselhos de saúde têm como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Formados por entidades e movimentos sociais de usuários, prestadores de serviços, gestores e

profissionais de saúde, os Conselhos são organizados em municipais, estaduais e nacional (BRASIL, 2015).

Atualmente os conselhos que se encontram formalizados estão disseminados em todo país, de forma paritária com membros da sociedade civil representando o controle social, discutindo e dialogando com a gestão de forma transparente no fortalecimento do SUS.

O CNS está vinculado ao MS, tratando-se de instância máxima de caráter permanente consultivo e deliberativo do SUS. Tem como missão deliberar, fiscalizar, monitorar, acompanhar e aprovar as execuções orçamentárias as políticas públicas de saúde, e sua composição contém representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde. Seu presidente é eleito entre os membros do conselho. Sua relevância se expressa de várias maneiras, destacando-se que é também da sua responsabilidade aprovar, a cada quatro anos, o Plano Nacional de Saúde.

Art. 2º, O CNS tem por finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado. (BRASIL, 2008).

O Conselho Estadual de Saúde (CESAU) é um órgão colegiado integrado à Secretaria da Saúde do Estado (SESA). Tem caráter permanente e deliberativo, com jurisdição em todo o território do Estado do Ceará e participação na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Desenvolve o processo de educação permanente para o controle social no SUS, além de estabelecer diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde, considerando a realidade epidemiológica do Estado (CESAU, 2011).

Consta em documentos deste conselho e dever de formação e consciência crítica, com o intuito de entendimento do processo em que se insere, ou seja, na esfera pública. Devendo, também, constituir-se como espaço para os cidadãos para, de forma organizada, exercerem a fiscalização e vigilância sobre os poderes públicos. Portanto, esta instituição colegiada é legalizada e eleita por meio de uma plenária, tendo vários segmentos representativos, por meio de gestão social compartilhada e consultiva a partir de exercícios públicos deliberativos.

4 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE REDENÇÃO-CEARÁ: DESENHO INSTITUCIONAL E EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

Inicialmente, é importante destacar que o CMS de Redenção funciona em interlocução com a Gestão do SUS no município, a qual possui sistema integrado e descentralizado de atenção à saúde, tendo como eixo central a saúde da família, porém o município é dividido em áreas ou territórios de abrangência, obedecendo uma lógica de territorialização em nível regional (REDENÇÃO, 2015).

Mesmo diante de uma extensão geográfica de serras e sertão, dentro desse cenário onde acessibilidade a essas regiões às vezes é precária, a gestão pública municipal procura desenvolver um trabalho de qualidade, sempre consultando o CMS, nas questões de cunho social, participativo.

Enfatiza-se também as políticas públicas de saúde em destaque no município, tais como: Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Academia da Saúde (AS), Serviço Saúde Domiciliar (SAD) realizado por uma equipe multidisciplinar, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Reabilitação (CR) e o Centro de Atenção Psíquico Social (CAPS). Todos estes programas recebem recursos financeiros do Governo Federal, cujo processo é possível pelo fato de a Secretaria da Saúde dispor de um sistema de serviço informatizado, o qual é alimentado com os indicadores da saúde e, segundo fonte oficial do município, cumprindo metas pactuadas. Estas são as políticas públicas que os conselhos de saúde têm a obrigatoriedade de fiscalizar na sua totalidade, além de estruturas, ações, serviços e os recursos destinados a estes programas oriundos do Governo Federal (REDENÇÃO, 2015).

A Lei Orgânica da Saúde de Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 prevê ações e serviços de saúde que poderão ser executadas por órgãos das três esferas governamentais de forma direta ou indireta, em destaque a obrigatoriedade da esfera municipal com relação aos programas já citados, além da garantia do direito à participação da população usuária do SUS tendo em vista o fortalecimento do controle social.

Portanto, o Conselho Municipal de Saúde, é um órgão institucionalizado paritário tendo na sua estrutura componentes que irão representar as categorias, ou seja, um determinado grupo ou classe; tendo como campo de atuação as políticas públicas de saúde no que diz respeito ao uso adequado e a transparência dos recursos que são destinados a gestão pública municipal (ROCHA, 2009).

4.1 O DESENHO INSTITUCIONAL DO CMS DE REDENÇÃO: UMA APROXIMAÇÃO

O CMS de Redenção está prescrito na Lei Orgânica do Município de Redenção do 05 de abril de 1990, no Organograma da Estrutura Organizacional e Administrativa da Prefeitura Municipal de Redenção, sobre a Lei Nº 1.363 de 14 de maio de 2010 (REDENÇÃO, 2010).

O referido conselho é regido pelas instâncias colegiadas do Conselho Nacional e Estadual de Saúde, foi instituído pela Lei de Nº 633, de 23 de novembro de 1990, passou por alterações e atualmente a nova lei que regulamenta o CMS de Redenção, e a Lei de Nº 1.504 de 13 de setembro de 2013. Trata de órgão de atuação permanente, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Redenção (REDENÇÃO, 2013).

Atualmente este colegiado se encontra formalizado, paritário conforme a Lei Federal de Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e a Resolução de Nº 453 de 10 de maio de 2012:

Art. 1º § 4º. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (BRASIL, 1990)

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012).

O Conselho Municipal da Saúde de Redenção tem na sua estrutura um Plenário e uma Secretária Executiva e Mesa Diretora, tem na sua totalidade 32 membros conselheiros, sendo que, 16 conselheiros são titulares e 16 conselheiros são suplentes, representando as categorias e seguimentos: Governo com 25%, Profissionais de Saúde Nível Médio e Superior com 25% e Usuários 50%, fortalecendo a participação do controle social. É nesse bojo representativo que se dialoga com a gestão pública municipal, se reunindo uma vez por mês ou quando necessário, garantindo os direitos da população e a execução dos recursos, ações e serviços de saúde na sua plenitude (REDENÇÃO, 2013).

A 1ª composição do CMS de Redenção teve as seguintes representações: a Secretária de Saúde (1991) era Presidente do CMS, conselheiro nato assegurado pela Municipal Lei de Nº 633/90. As demais categorias cada uma com conselheiro titular e suplente, representantes da EMATECE; Entidade Filantrópica – Hospital e Maternidade Paulo Sarasate (HMPS); Hospital Dermatológico Sanitário de Antônio Diogo; Sindicatos dos Trabalhadores Rurais (STR); Sindicato Patronal (SP); Centro de Saúde de Redenção; Igrejas;

Secretaria Municipal de Educação (SME); Localidades e uma Secretária Executiva. (REDENÇÃO, 1991).

A Resolução 453/2012 definiu, ainda, que o conselho de saúde deve ser composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. Nos municípios onde não existam entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o conselho, a eleição da representação deve ser realizada em plenária no município, promovida pelo conselho municipal de maneira ampla e democrática (BRASIL, 2015).

Na primeira Reunião do CMS esteve presente uma equipe técnica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, a qual deu posse a este conselho de Saúde e enfatizou o papel dos conselheiros: ser atuante, independente de raça, credo, sexo, partido político, trabalhar de forma integralizada, para avaliar com muita responsabilidade as ações de saúde desenvolvidas no âmbito municipal, pois o fortalecimento do controle social contribuirá para um bom desenvolvimento das políticas públicas de saúde (REDENÇÃO, 1991).

Para Santos (2009), os conselhos locais tomam para si responsabilidades, como as deliberações, além de sensibilizarem o público aos quais representam acerca das políticas públicas, na realidade, a gestão sobrecarrega o conselho no que tange a representação participativa do controle social, mas não há participação direta junto ao gestor na construção ou redefinição dessas políticas.

A composição e estrutura atual (neste ano de 2017) do CMS de Redenção é a seguinte: uma plenária; uma secretária executiva; 03 Representantes da categoria Governo (Educação, Saúde e Assistência Social); 01 representante Entidade Filantrópica (HMPS); 02 Representantes da categoria Profissional Nível Superior; 02 Representantes da categoria Profissional de Saúde Nível Médio; 08 Representante da categoria Usuários (1.Igrejas, 2.Sindicatos, 3.Distrito de Antônio Diogo, 4.Distrito do Guassi, 5.Barra Nova, 6.Distrito Faísca, 7.Distrito Sede e 8.Localidade de Manuel Dias). As reuniões são mensalmente ou quando necessário (REDENÇÃO, 2013.)

Segundo relato de uma Ex-Secretária de Saúde, o CMS é uma ferramenta de luta por uma saúde de qualidade, pois se o município possui um conselho de saúde qualificado, capacitado e consciente de suas atribuições o controle social terá grandes avanços. Tendo o apoio do CESAU e da Gestão Pública Municipal (Saúde), mesmo com esta dualidade de apoio, o CMS tem que ser independente, com leis e regimentos próprios, devendo está fortalecido no momento das tomadas de decisões, no que se refere as deliberações e resoluções. Ressalta ainda que na época em foi gestora (1996) as pautas de reuniões eram

previamente articuladas entre Secretaria de Saúde e Conselho, de forma democrática e participativa. Todas essas transformações no âmbito da saúde foram a partir da municipalização. A implantação de programas como: PSF, CAF, VS, implementação do processo de licitação, reformulação do Código de Postura (COM) do Município, sempre consultaram o CMS para subsidiar a gestão nesses processos. Ainda segundo o relato, todas as seções eram registradas em atas e todas as deliberações eram por resoluções. Nessa época não aceitavam o presidente do conselho ser o gestor do SUS, pois feria os princípios éticos, do gestor da saúde fiscalizar-se a si próprio, podendo induzir nas decisões dos conselheiros. Dessa forma as prestações de contas sempre ocorreram na maior transparência, em relação aos recursos públicos (INFORMAÇÃO VERBAL).

4.2 COMPETÊNCIA E RESPONSABILIDADE DO CMS DE REDENÇÃO

Conforme documento oficial da Prefeitura de Redenção, cabe ao conselho de saúde preparar o processo eleitoral de novos conselheiros quando do término de mandatos que chegam ao seu término. O mandato, segundo o mesmo documento, compreende um período de 2 (dois) anos, podendo ser prorrogado por mais 2 (dois) anos, totalizando um período de 4 (quatro) anos. Acrescenta que também é da sua competência preparar a Conferência Municipal de Saúde⁴, desde a pré-conferências, eleições de delegados que, eleitos na Conferência Municipal de Saúde, representarão o município na Conferência Estadual de Saúde, e se eleitos, participarão da Conferência Nacional de Saúde, dentre outras obrigações que são de culminância do Conselho Municipal de Saúde (REDENÇÃO, 2013).

Os conselheiros devem ter formação e consciência crítica, para terem como meta o entendimento do processo onde se inserem; entenderem, por exemplo, a questão dos fundos financeiros públicos e os critérios que deveriam pautar seu uso para a eliminação da pobreza e das desigualdades sociais, para o atendimento das necessidades da população, segundo escalas de urgências e emergências. Os mecanismos de competição do mercado não irão resolver as desigualdades sociais, serão políticas públicas democráticas, não excludentes, formuladas a partir de modelos que não se alicerem no lucro, que poderão minorar os problemas sociais (GOHN, 2004).

⁴ É importante realçar que a cada quatro anos é realizada a Conferência de Saúde nos três níveis de governo. Salienta-se que o município de Redenção já realizou sete Conferências de Saúde, 1ª Conferência Municipal de Saúde foi realizada 1992, que teve como tema central: “Municipalização é o caminho” baseada na temática da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, e como três temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde; 2) Implementação do SUS; 3) Controle social (BRASIL, 2009). O que acontece nessa grande plenária é uma avaliação de todo processo das ações e serviços de saúde, em nível municipal, aonde é feito um diagnóstico, cujo objetivo, em última instância, é oferecer subsídios para a política de saúde. Consequentemente, desse movimento são retiradas as reivindicações da população usuária do SUS, que são as diretrizes que irão propor implementação e criação de novas políticas públicas de saúde.

Os conselhos de saúde têm que desenvolver suas atribuições pautados nas leis, obedecer às normativas que requer a gestão participativa, sob a égide do CESAU e CNS Resolução N° 453, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012). Quando, o colegiado tem responsabilidade e conhecimento do seu papel, considera-se uma alternativa de mudança na sociedade e conseqüentemente no serviço público de saúde.

Na compreensão de Campos (2005) as atribuições dos Conselhos de Saúde estão sempre em conformidade com as esferas governamentais, e ainda com interface do poder Legislativo e Judiciário, por meio de intervenções dialógicas, articuladas junto ao gestor do SUS com as instituições participativas.

Este conselho tem a obrigatoriedade de participar de todos os eventos, como: Conferências de Saúde, Fóruns de Conselheiros, Capacitações, Plenárias Devolutivas e de qualquer ação que seja para discutir e implementar as políticas públicas de saúde, bem como nas políticas de fortalecimento do SUS.

Ainda é da competência do Conselho de Saúde, apreciar e aprovar o Plano Plurianual de Saúde, instrumento que rege por 4 (quatro) anos a gestão pública municipal da saúde em seu planejamento, sendo que três anos corresponderá um período de uma gestão e um ano ficará para o primeiro ano da gestão subsequente, ainda compete ao conselho de saúde aprovar ou reprovar o Relatório de Gestão, pois é nesse instrumento que está toda a programação anual de saúde (BRASIL, 2013).

O Conselho de Saúde também está integrado ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), que é mais uma ferramenta de comunicação e informação para contribuir com a efetividade do controle social, que age como uma fonte de mapeamento e informações das condicionalidades estruturais e paritárias dos conselhos de saúde no país (BRASIL, 2013).

As deliberações podem gerar Resoluções que tem por finalidade dá fé sobre algo que fora discutido, apreciado e aprovado. Outra responsabilidade do conselho de saúde, diz respeito à aprovação ou não as contas do gestor do SUS (Secretário de Saúde), respeitando e obedecendo a lei complementar de N° 141 de 13 janeiro de 2012, que responsabiliza o gestor do SUS e o conselho de saúde na prestação de contas das ações e serviços de saúde e dos recursos aplicados na gestão do SUS (BRASIL, 2012). Destaca também este documento que a prestação de contas é quadrimestral, sendo o 1° Quadrimestre em maio, 2° quadrimestre em setembro e o 3° quadrimestre em fevereiro do ano seguinte e que em cada quadrimestre deve ser realizada audiência pública na Câmara Municipal, com o intuito de apresentar para

sociedade civil as ações e serviços de saúde, e os recursos gastos em cada período, conforme se lê nos seguintes artigos da referida lei:

Art. 36. § 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput (BRASIL, 2012).

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias (BRASIL, 2012)

O Conselho de Saúde do Município de Redenção procura desempenhar seu papel fiscalizador, cumprindo as Leis, Portarias, e Resoluções Federal e Estadual, atendendo também a Lei Municipal e o Regimento Interno. Se utiliza de instrumentos de registros como atas e resoluções que consistem em meios de comprovação acerca de sua eficiência e eficácia em função da população e, no caso em análise, prestam-se como importantes meios para se analisar a efetividade participativa segundo as concepções propostas por pesquisadores como os referidos em capítulos anteriores.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS: UMA DISCUSSÃO ACERCA DA PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÕES

A discussão que seguirá neste capítulo respalda-se, principalmente, nas análises das atas de reuniões do CMS de Redenção, relativas ao período já mencionado, as quais reproduzem os assuntos discutidos e as demandas apresentadas e deliberadas. A análise busca focar a efetivação da participação dos conselheiros em plenárias de reuniões ordinárias e extraordinárias, especialmente nas deliberações e resoluções que permeiam as políticas públicas de saúde desenvolvidas no município.

Na compreensão de Coelho (2011), as deliberações são importantes e propiciam o exercício da participação dos menos favorecidos, mesmo que as ideias propositivas partam geralmente dos saberes especializados, somados a contribuição dos valores empíricos dos participantes, compreendendo que as informações seguem como via de mão dupla entre conselho e gestão.

De acordo com as contribuições de Almeida (2006), o Estado não detém mais o poder do monopólio acerca dos debates e sobre as decisões das políticas públicas. Essas discussões estão sendo direcionadas para população, através dos espaços públicos organizados, institucionalizados, oportunizando a participação democrática na construção das diretrizes políticas e orçamentárias que irão beneficiá-las diretamente.

Em linhas gerais, no ano de 2013, o CMS de Redenção realizou 07 (sete) reuniões ordinárias e 03 reuniões extraordinárias, já no ano de 2014 foram realizadas 08 (oito) reuniões ordinária e somente 03 (três) extraordinárias. Em 2015, foram realizadas 07 (sete) reuniões ordinárias e 02 (duas) extraordinárias e no ano seguinte, em 2016, 08 (oito) ordinária e 06 (seis) extraordinárias.

No quadro 2, abaixo, estão listadas as resoluções geradas durante o período que compreende a pesquisa. Contemplam ainda este período as resoluções em *Ad-Referendum*, que tratam de deliberações em caráter emergencial, as quais constituem legalidade, mas necessitam ser apresentadas em reunião previamente agendada para que seja apreciada e aprovada pelo conselho.

Quadro 2 – Resoluções decorrentes de deliberações ocorridas em reuniões do CMS de Redenção entre 2013 e 2016

2013
Aprovação do Plano de Ação Vigilância Sanitária
Aprovação do Plano de Enfrentamento da Dengue
Aprovação do Plano Anual de Aplicação da CAF
Aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012
Aprovação do Plano Anual de Aplicação do Qualifar-SUS da CAF
Aprovação do Celebração Convênio do Repasse 50% do PACS
Aprovação do Implantação do NASF tipo 1
Aprovação do Relatório da Ouvidoria do SUS
Aprovação do Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2013)
Aprovação do Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2013)
2014
Aprovação do Compra de Medicamentos que não pertence a Rede Pública
Aprovação do Projeto de Implantação Melhor em Casa
Aprovação do Plano de Ação Vigilância Sanitária (2014)
Aprovação do Plano Anual de Aplicação da CAF (2014)
Aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013
Aprovação do Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (CIST)
Aprovação do Projeto Adolescenciar
Aprovação do Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2014)
Aprovação do Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2014)
Aprovação do Prestação de Contas 3º Quadrimestre (2013)
2015
Aprovação do Pagamento Incentivo ACS
Aprovação do Plano de Ação Vigilância Sanitária (2015)
Aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2014
Aprovação do Plano Plurianual - 2014-2917 (PPA)
Aprovação do Programação Anual de Saúde (PAS) 2015
Aprovação do Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2015)
Aprovação do Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2015)
Aprovação do Prestação de Contas 3º Quadrimestre (2014)
Aprovação do Plano Anual de Aplicação da Qualifar-SUS da CAF
2016
Aprovação do Plano Anual de Aplicação da Qualifar-SUS da CAF
Aprovação do Plano Anual de Aplicação da CAF 2015
Aprovação do Plano de Ação Vigilância Sanitária 2015
Aprovação do Programação Anual de Saúde (PAS) 2016
Aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG)2015
Aprovação do Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2016)
Aprovação do Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2016)
Aprovação do Prestação de Contas 3º Quadrimestre (2015)

Fonte: Atas CMS de Redenção

Nesse período foram baixadas, pelo gestor, 04 (quatro) resoluções em *Ad-Referendum* que necessitaram de aprovação posterior, tais como: Plano de Contingência da Dengue (2013); Relatório Anual de Gestão (RAG) (2013); Implantação do NASF Tipo I em Antônio Diogo (2014); e Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (2014).

Enfatiza-se que a metodologia utilizada no estudo e análise das atas teve o intuito de aproximação ao que concerne à efetividade participativa (Avritzer, 2011), considerando o CMS e o envolvimento da gestão pública municipal. Para tanto, considerou-se necessário o uso de tipologias, tais como: “Apresentada”; “Pouco discutida”; “Muito discutida”; “Aprovada”; “Aprovada com ressalva”; “Retorno e solução”.

Os critérios utilizados na definição das tipologias “Pouco discutida” ou “Muito discutida” foi a quantidade de questionamentos e de interlocuções contrárias à proposição da Mesa Diretora ou da Secretária Executiva. Considerou-se que intervenções dessa natureza de aproximadamente 1/3 do número de participantes de determinada reunião se configuraria “Muito discutida” e menos que 1/3 seria “Pouco discutida”.

As análises das atas também foram facilitadas por meio do uso de quadros por períodos referentes aos anos de 2013 a 2016 contendo as representações que possuíam acento no conselho em análise, naquele período, tais como: Governo, Entidade Filantrópica, Usuários das Igrejas, Usuários dos Sindicatos, Profissionais do Nível Médio, Profissionais do Nível Superior. Acrescenta-se os Convidados, os quais não são permanentes, não podem votar, mas têm direito a voz. São atores sociais pertencentes a órgãos, instituições e entidades representativas da sociedade civil.

No quadro, 2 (abaixo), estão postas as Reuniões Ordinárias, as Reuniões Extraordinárias, as Pautas Deliberadas e as Demandas Livres. Estas últimas, dizem respeito às reivindicações que os conselheiros trazem de suas comunidades ou entidades até a plenária para que sejam apresentadas e encaminhadas ao gestor do SUS ou oficializadas para os órgãos competentes. Geralmente, são relacionadas ao atendimento dos serviços que a Secretaria da Saúde oferta aos usuários do SUS concernentes à assistência e ao cuidado integral, pois, são de relevância da atenção básica, podendo ser de vários setores ou áreas especializadas, tais como: serviço médico, odontológico, enfermagem, serviço ambulatorial, prestação de serviço do ACS, transporte, dentre outras ofertadas no território.

As demandas livres, também podem se originar de outras Secretarias Municipais que não a de Saúde, como por exemplo, a de Assistência Social, Educação e Infraestrutura. Enfim, é a intersetorialidade presente nas ações e serviços da gestão municipal na implementação das políticas públicas. Após as demandas livres serem respondidas, os

conselheiros participam para as respectivas comunidades. Porém, nos casos em que não há solução ou retorno, essa problemática é sempre reapresentada ao conselho na expectativa de uma possível resolutividade.

Geralmente, as reuniões têm suas pautas previamente antecipadas, para que os conselheiros tomem ciência do teor da reunião, mas no decorrer da discussão, há espaço para que eles possam incluir as demandas livres, que também se transformam em pautas e recebem os respectivos encaminhamentos.

Caberia neste ponto uma referência a Cortes *et. al.* (2009), segundo quem as modificações e alterações durante os debates podem ser, conforme a decisão da plenária, incluídas ou excluídas, como também a sequência a ser dada, destacando-se que tudo é pactuado no início da reunião.

As categorias de representantes no âmbito do conselho, por sua vez, atendem requisitos de destaques em seu território de atuação, sendo delas a responsabilidade de levar ao conhecimento da população as deliberações tomadas.

Caberia neste ponto, outra referência a Cortes (2009) na compreensão de que os atores sociais refletem sobre as formas de ação em relação às instituições, como também compete a eles defender seus direitos. Hoggett, (2011) com apoio em Cortes (2009, p 25) argumenta que os “atores sociais e estatais transformam-se em agentes e elaboram reflexões sobre as circunstâncias em que se encontram e sobre as melhores estratégias de ação a serem adotadas”.

Seguindo essa perspectiva, no ano de 2013 aconteceram 09 (nove) reuniões ordinárias e três extraordinárias no conselho em discussão. No que concerne às reuniões extraordinárias, as pautas eram emergenciais, decorrendo daí o dever dos conselheiros de deliberar para que a Secretaria de Saúde não perdesse o prazo da adesão a algum projeto e/ou município não fosse penalizado com perda de recurso.

5.1 PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2013

Embora a efetividade da participação (AVRITZER, 2011) não possa ser aquilatada pela mera frequência dos conselheiros às reuniões, considera-se um indicador importante, pois é preciso está presente para discutir, questionar e deliberar ou não deliberar. As letras “P” em caso de Presença e “F”, em caso de Faltas são marcadores que possibilitam expressar a quantidade de vezes em que os conselheiros representaram ou deixaram de

representar suas categorias ou entidades nas reuniões no período pesquisado. Desse modo, as presenças ou faltas podem ser compreendidas como indicadores, pelo menos remotos, de participação ou não participação de determinado órgão, instituição ou entidade da sociedade civil (Quadros 3, 6, 9 e 12).

Quadro 3 – Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2013

Representantes	Reuniões Ordinárias - Meses															
	Fev.		Mar.		Abr.		Jun.		Jul.		Out.		Dez.		Total	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
Governo	1	5	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	15	27
Entidade Filantrópica		2	1	1	2		1	1		2		2	1	1	5	9
Usuários/Igrejas	1	1	1	1	1	1		2		2		2	1	1	4	10
Usuários/Sindicatos	1	1	2		2		1	1	1	1	1	1	1	1	9	5
Usuários/Distritos	6	6	5	7	4	8	7	5	5	7	2	10	3	9	32	52
Profissionais de Saúde Nível Médio	3	1	3	1	1	3	1	3	3	1	2	2	2	2	15	13
Profissionais de Saúde Nível Superior	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	7	21
Convidados ⁵	3		1		6		2		1		10		10		33	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2013

As categorias que participaram de quase todas as reuniões ordinárias foram as representações de Entidade Filantrópica e Usuário/Igreja. A categoria Governo; Usuário/Sindicato; Usuário/Distrito; Profissional de Nível médio e Profissional de Nível Superior tiveram participação em todas as reuniões, porém as categorias que mais marcaram presença nas sete reuniões foram: Usuário/Sindicato com o número de 14 participações entre titulares e suplentes, com acento de duas representações por reunião, portanto, um total de 9 presenças e 5 faltas.

A categoria Profissional de Nível Médio com 28 participações, obteve 4 presenças por reunião entre titulares e suplentes e nesse período ocorreram 15 presenças e 13 faltas por participação. Entre as categorias com pouca presença estão as Entidades filantrópicas com 14 participações nas reuniões que ocorreram nesse período e os Usuários/Igrejas, porém o número de presenças foi de apenas 4, com 10 faltas nesse período.

⁵ A categoria “convidados” trata-se de técnicos da gestão municipal e de integrantes de instâncias da sociedade civil. De um modo geral, são técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, convocados pelo gestor para dar explicações e interagir com os conselheiros no decorrer da explanação de cada programa, ação ou serviço que estejam coordenando. Até 2015, eram convidados, por meio de comunicado e telefonemas. A partir de 2016, criou-se grupo de WhatsApp para que a comunicação pudesse fluir melhor entre os conselheiros, e as informações chegassem para cada um em tempo hábil, facilitando a mediação no processo da comunicação.

O Quadro 3 acima, demonstra também que no ano de 2013 foram realizadas sete reuniões ordinárias. Destaca-se que a representação da categoria Entidade Filantrópica faltou às reuniões nos meses de fevereiro, julho, setembro e outubro. Os Usuários/Igrejas deixaram de comparecer às reuniões nos meses de junho, julho e outubro e os Usuários/Sindicatos faltaram no mês de agosto.

Em todas as reuniões realizadas nesse período havia convidados, somando um total de 33 participantes que, embora representantes de entidades e sociedade civil, não têm acento no conselho, mas têm direito a voz.

Relativamente às reuniões extraordinárias que aconteceram nos meses de março, junho e dezembro do ano de 2013, estiveram presentes todas as categorias representativas, porém no mês de março não compareceram convidados.

5.1.1 Intensidade e qualidade da participação no processo deliberativo - 2013

No quadro 4, a seguir, encontram-se as demandas apresentadas pelo gestor, discutidas e aprovadas pela plenária do CMS e acompanhadas no decorrer da execução, ou seja, das respostas concretas às demandas. As demandas “Pouco Discutidas” foram o Plano de Ação Vigilância Sanitária, Plano Anual de Aplicação da CAF, Plano Anual de Aplicação do Qualifar-SUS da CAF, Relatório da Ouvidoria do SUS, Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2013) e a Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2013). Elas foram esclarecidas e em seguida aprovadas sem que se tenham feito sequer ressalvas.

Quadro 4 – Demandas do gestor de saúde colocadas em pautas e intensidade da participação nas deliberações em 2013

Natureza	Apreciada	Pouco discutida	Muito discutida	Aprovada	Aprovada c/ressalvas
Plano de Ação Vigilância Sanitária	X	X		X	
Plano de Enfrentamento da Dengue	X				
Plano Anual de Aplicação da CAF	X	X		X	
Relatório Anual de Gestão (RAG) - 2012	X				
Plano Anual de Aplicação do Qualifar-SUS da CAF	X	X		X	
Implantação do NASF tipo 1	X				
Celebração Convênio do Repasse 50% do PACS	X		X	X	X
Relatório da Ouvidoria do SUS	X	X		X	
Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2013)	X	X		X	
Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2013)	X	X		X	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2013

Para Armstrong (2005), a transparência na prestação de contas públicas tem como objetivo envolver a sociedade como participação do controle social, para discutir as acerca dos recursos financeiros gerenciados pelos gestores públicos. Por razão não pode impedir que as informações não cheguem até esse público, pois, poderão auxiliar nas tomadas de decisões da gestão pública.

A única demanda “Muito discutida” nesse período foi a celebração do convênio de repasse do recurso financeiro de 50% do Programa das Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), que se trata de um programa regulamentado e instituído pelo MS logo após a consolidação e descentralização dos recursos do SUS (BRASIL, 2001), com o objetivo de reorientar a assistência à saúde como estratégia de promoção levando-a para mais perto da família (BRASIL, 2001). Na ocasião, compareceram representantes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para defenderem seus pontos de vista, consolidando-se um intenso debate. Esse convênio foi aprovado com ressalva, para que fossem reajustados alguns itens textuais direcionados a assegurar esse direito, tendo em vista que o convênio já havia passado por aprovação na Câmara dos Vereadores.

Destaca-se que o Plano de Enfrentamento da Dengue, a Implantação do NASF tipo 1 e o Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2012 foram aprovados em *Ad-Referendum*, e, por conseguinte apresentados ao CMS para serem apreciadas e aprovadas, tendo em vista que já haviam sido encaminhadas aos respectivos órgãos dos entes federativos.

Quanto ao Plano de Enfrentamento da Dengue, foi apresentado ao conselho, porém gerou pouca discussão. Apenas um conselheiro se manifestou. Ele perguntou ao representante do HMPS: “O senhor diretor poderia responder quantos casos de dengue já foram registrados desde de janeiro a março de 2013?”. Em resposta, ele fala: “Ainda não foi notificado nenhum caso de dengue, pois, os casos que apareceram foram diagnosticados como um quadro viral”.

Relativamente ao Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2012, também aprovado em *Ad-Referendum*, em virtude de se tratar de um instrumento que o gestor do SUS deve, obrigatoriamente, apresentar ao Conselho de Saúde até 31 de março do ano em vigência, e este prazo estava prestes a terminar.

Finalmente, o Projeto de Implantação do NASF tipo 1 na região de Antônio Diogo, o qual foi encaminhado para ser pauta da reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR) anteriormente à reunião de 27 de junho do ano de 2013. A Presidente do CMS falou para os conselheiros:

A demanda que foi aprovada em *Ad-Referendum* devido à celeridade do momento sobre a implantação do NASF tipo I, na região de Antônio Diogo, informo que a 3ª Regional de Saúde de Maracanaú quando visitou o espaço, por motivos de estrutura física não foi possível ser implantado, ficando acordado que a secretaria de saúde irá estruturar o ambiente e submeter novamente para a aprovação (CMS, 2013)

Após este esclarecimento, a resolução que foi apresentada como *Ad-Referendum* foi aprovado em unanimidade.

Destaca-se também, que no mês de março do ano de 2013 houve reunião extraordinária que objetivou a aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2012, instrumento que é alimentado diretamente no sistema de informação SARGSUS, que abre geralmente no mês de março para que os municípios possam alimentar e implementar as diretrizes, pactuações e indicadores, tratando-se de um perfil geral do município, pois, traz dados do ano decorrido.

Outra reunião extraordinária transcorreu em junho de 2013, a qual era destinada a eleição do Presidente do Conselho de Saúde, pois, um dos representantes da categoria governo havia deixado o município e automaticamente, esse representante foi desligado do CMS. Já que se tratava do Presidente, se fez necessário reunir a plenária para tal finalidade.

Finalmente, houve reunião extraordinária também em dezembro desse mesmo ano. Como já estava em vigor a Lei Complementar de n.º 141/2012, o gestor do SUS que havia deixado o cargo deixou de apresentar a prestação de contas do primeiro quadrimestre do ano de 2013, acumulando os dois quadrimestres “primeiro e segundo”, ficando para a secretária de saúde subsequente assumir e apresentar os dois quadrimestres em caráter emergencial. Tanto para o CMS aprovar, como realizar uma audiência pública para dar ciência a população das ações e serviços executados com os recursos captados de janeiro a agosto de 2013, correndo o risco de ser penalizada com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Concernente às demandas livres, quadro 5, destaca-se que duas delas foram “Pouco discutidas”, sendo a primeira sobre “O pagamento dos Agentes Comunitárias de Saúde” e a segunda sobre “O Reajuste do incentivo dos Agentes Comunitários de Endemias”. Os conselheiros entenderam que essa discussão era de cunho administrativo, com possível encaminhamento de Projeto de Lei para a Câmara dos Vereadores. Foi encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde.

A demanda livre que foi “Muito discutida” e em seguida encaminhada ao gestor do SUS, trazida por um conselheiro, versava sobre o uso dos carros da Secretaria Municipal da Saúde por particulares e vistos em pontos como estacionamentos de Shopping Center e em lugares proibidos, segundo as normas de uso destes transportes.

Nesta reunião, vários conselheiros se manifestaram em relação ao uso da frota de carros da Secretaria da Saúde, pois, se tratava de assunto já discutido em outros espaços, e essa prática fragilizava a oferta do serviço de transporte dos pacientes com problemas de saúde e consultas agendadas para as redes de atenção.

Quadro 5 – Apresentação e encaminhamento das “demandas livres” no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2013

Meses	Fevereiro	Abril	Junho	Julho	Novembro
Demandas Livres					
Quantidade	2	1	1	1	2
Apresentada	X	X	X	X	X
Pouco discutida	X			X	
Muito discutida		X			
Encaminhada	X	X		X	X
Retorno/Solução		X		X	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2013

As demais demandas livres relacionam-se à falta de profissionais odontólogos e problemas no equipo para realização dos procedimentos dentários. Esses problemas foram conduzidos para a Secretária de Saúde, portanto, o CMS não foi informado acerca da solução, já que percebera nas atas analisadas que essas mesmas demandas eram rotineiras nas falas dos conselheiros, significando que não houve resolutividade do encaminhamento.

5.2 PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2014

Quadro 6 – Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2014

Representantes	Reuniões Ordinárias - Meses																	
	Jan.		Fev.		Mar.		Jun.		Set.		Out.		Nov.		Dez.		Total	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
Governo	4	2	3	3	2	4	1	5	4	2	3	3	2	4	3	3	22	26
Entidade Filantrópica		2	2		1	1		2		2	1	1	1		2		5	11
Usuários/Igrejas	1	1	1	1	1	1	1	1	2			2		2		2	6	10
Usuários/Sindicatos		2		2		2		2		2		2	1	1		2	1	15
Usuários/Distritos	2	10	3	9	3	9	4	8	4	8	4	8	3	9	2	10	25	71
Profissionais de Saúde Nível Médio	3	1	4		3	1	2	2	3	1	2	2	3	1	1	3	21	11
Profissionais de Saúde Nível Superior	3	1	3	1	2	2	3	1	2	2	3	1	2	2	1	3	19	13
Convidados			10				3						1				14	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2014

Quanto às reuniões extraordinárias, aconteceram três neste período, nos meses de fevereiro, junho e outubro. A única categoria que não compareceu às três reuniões foi a de Usuários/Sindicatos. A categoria Usuários/Igrejas participou de duas, nos meses de fevereiro e outubro. Em todas essas reuniões observou-se a participação de convidados.

5.2.1 Intensidade e qualidade da participação no processo deliberativo – 2014

Quadro 7 - Demandas do gestor de saúde colocadas em pautas e intensidade da participação nas deliberações em 2014

Natureza	Apreciada	Pouco discutida	Muito discutida	Aprovada	Aprovada c/ressalvas
Compra de Medicamentos que não pertence a Rede Pública	X		X	X	
Projeto de Implantação Melhor em Casa	X		X	X	
Plano de Ação Vigilância Sanitária	X		X	X	
Plano Anual de Aplicação da CAF	X		X	X	
Relatório Anual de Gestão (RAG) - 2013	X	X		X	
Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador	X		X		
Projeto Adolescenciar	X	X		X	
Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2014)	X		X	X	
Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2014)	X		X	X	
Prestação de Contas 3º Quadrimestre (2013)	X		X	X	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2014

No quadro 7, acima, estão postas as deliberações. Conforme as tipologias e critérios anteriormente mencionados, duas foram “Pouco discutidas”, oito foram “Muito discutidas, nove “Aprovadas sem ressalvas”, ou seja, não houve nenhuma intervenção dessas ultimas.

A Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador foi aprovada em *Ad-Referendum*, tendo sido apreciada em outra reunião. Foi “Muito discutida”, mas já havia sido aprovada anteriormente e encaminha para a 3ª Regional de Maracanaú, tendo em vista que os conselheiros apreciaram e aprovaram Ad-Referendum.

Quanto ao Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2013 e o projeto Adolescenciar, pouco se argumentou e os aprovaram sem ressalvas. O RAG por ser dados do sistema SARG SUS e já trazer informações relevantes sobre as pactuações, necessitando somente que o gestor, juntamente com os técnicos façam as implementações e o conselho de saúde suas

considerações e aprovações. A pauta do SARGSUS se chegou a um entendimento mesmo nas poucas falas que precederam as explicações por parte da gestão. O Adolescenciar, o colegiado se sentiu contemplado com a explanação dos técnicos de gestão e deliberaram. Já as outras demandas foram deliberadas, mais antes deste ato resolutivo, elas foram muito discutidas.

Em fevereiro as pautas discutidas foram o Projeto de Implantação Melhor em Casa, (este projeto tinha que ser apresentado na reunião da CIR para o município fosse contemplado) e a outra apresentada no mês de junho e discutida, foi a Prestação de Contas do primeiro quadrimestre do ano de 2014, pois, segundo a Lei Complementar 141/2012, está posto que o gestor do SUS tem que prestar contas do primeiro quadrimestre, durante o mês de maio. Como não foi possível cumprir com este prazo, foi convocada a assembleia para apresentar esta pauta e deliberar.

No mês de outubro, novamente, a plenária do CMS foi convocada para deliberar sobre a Prestação de Contas do segundo quadrimestre, pois, não obedeceu ao certame já citado, ou seja, o secretário de saúde teria que apresentar ao conselho de saúde e realizar audiência pública por todo mês de setembro.

Cito a aprovação do Plano da Assistência Farmacêutica (CAF), cuja abordagem era sobre as cotas pactuadas para a compra de medicamentos. Foi levantada uma questão sobre o aumento da população com a chegada da Universidade Internacional da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), e que a dispensação dos fármacos não estava a contento. Um conselheiro perguntou: “sobre o impacto do aumento populacional com a vinda da UNILAB, o que já tem sido feito para amenizar este problema”. A informação repassada aos conselheiros é que o município já havia, reivindicado ao Ministério da Saúde (MS) uma solução, mas ainda não tinha obtido retorno.

Quanto às prestações de contas do terceiro, primeiro e segundo quadrimestre, as discussões foram bastante acirradas, e bem calorosas. Os conselheiros questionaram acerca de vários recursos e o mais argumentado foi o recurso de custeio para o combate e prevenção ao mosquito *Aedes Aegypti*. Em “muitas falas” se reivindicava por fardamentos, protetor solar, material de expediente, transportes e fechamentos dos ciclos de ações de combate à dengue.

Algumas falas dos conselheiros foram bem pertinentes nestas prestações de contas, um conselheiro questiona: “Por que não compraram às duas motos se já estavam licitadas para o setor dos agentes de endemias”. O Secretário informou que ainda não tinha sido possível devido à burocracia e documentação exigia. Outro conselheiro pergunta: “O profissional dentista para a localidade de Barra nova já foi contratado? Senão, quando será”? Outro reivindica: “Será que a Secretária de Saúde poderia mandar construir um muro na UBS

de Urucuzal”? Outro argumenta: “Os exames de prevenção do câncer de colo de útero estão com os resultados atrasados”. Nota-se que as respostas eram bem precisas, mas às vezes o conselho não era contemplado com as soluções.

A única deliberação em Ad-Referendum foi a criação da Comissão Saúde do Trabalhador, pois, esta pauta diz respeito Portaria de Nº 1.823 de agosto de 2012, que Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Resolução de Nº 493 de 7 de novembro de 2013, onde diz “que os Conselhos de Saúde no âmbito Estadual, Distrital e Municipal promovam a criação da Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (CIST)”, por meio de resolução para assessorar ao Plenário do referido Conselho resguardando e reiterando os princípios do SUS e do controle social. Esta Comissão tinha participantes da esfera pública e privada.

Conforme o quadro 8, a seguir, foram apresentadas seis demandas livres, sendo duas em janeiro, uma em setembro e três no mês de novembro. Conforme a tipologia, uma delas foi “Pouco discutida” e encaminhada, cinco foram encaminhadas e somente uma obteve a retorno/solução, as demais o conselho de saúde não recebeu nenhuma notificação.

Quadro 8 – Apresentação e encaminhamento das “demandas livres” no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2014

Meses	Janeiro	Setembro	Novembro
Quantidade	2	1	3
Apresentada	X	X	X
Pouco discutida			X
Muito discutida			
Encaminhada	X	X	X
Retorno/Solução		X	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2014

A Reunião realizada em janeiro do ano de 2014 tiveram duas demandas trazidas pelos conselheiros das comunidades, Olho D’água do Constantino e Faísca, com o mesmo questionamento, sobre a falta de água potável nas Unidades Básicas de Saúde para realização dos serviços.

Em setembro de 2014 uma conselheira registrou uma demanda sobre a falta do atendimento do profissional dentista. Já no mês de novembro a demanda que foi colocada em plenária foram apresentadas pelos conselheiros das respectivas localidades: Barra Nova, sobre

a água da Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE) que estava exalando um odor desagradável, a outra que veio da comunidade de Olho D'água do Constantino, era sobre um problema com a cadeira odontológica que se encontrava com problemas a mais de um mês, prejudicando a população na oferta do serviço em atenção à saúde bucal, portanto esta demanda foi solucionada e comunicada ao CMS.

5.3 PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2015

Quadro 9 – Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2015⁶

Representantes	Reuniões Ordinárias - Meses															
	Fev.		Mar.		Jun.		Ago.		Set.		Nov.		Dez.		Total	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
Governo	2	4	2	4	4	2	4	2	3	3	2	4	1	5	18	24
Entidade Filantrópica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2	6	8
Usuários/Igrejas	1	1	1	1		2	1	1	1	1	1	1		2	5	9
Usuários/Sindicatos	1	1		2	1	1		2		2		2		2	2	12
Usuários/Distritos	4	8	2	10	2	10	2	10	2	10	4	8	3	9	19	65
Profissionais de Saúde Nível Médio	3	1	1	3	2	2	2	2	2	2	3	1	3	1	16	11
Profissionais de Saúde Nível Superior	3	1	2	2	1	3	4		3	1	2	2	1	3	16	12
Convidados	2						1				1				4	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2015

Concernente às reuniões extraordinárias que aconteceram no ano de 2015, destaca-se que foram realizadas nos meses de fevereiro e junho. Cinco categorias participaram das duas reuniões e a representação Usuários/Igrejas deixou de comparecer à reunião do mês de junho. A categoria Usuários/Sindicatos não participou de nenhuma das reuniões extraordinárias. Quanto aos convidados, participaram somente de uma reunião que foi a do mês de fevereiro.

A reunião que aconteceu em fevereiro culminou com a aprovação da prestação de contas do terceiro quadrimestre do ano de 2014, em respeito à normativa já mencionada, que

⁶ Considera-se importante registrar que em uma das reuniões ordinárias de novembro foi incluído na pauta um convite do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB ao CMS para que um conselheiro passasse representar os usuários dos serviços de saúde do município no referido comitê. O assunto entrou em votação e foi escolhido um conselheiro para fazer parte do comitê por um período de dois anos. O CMS fez o devido encaminhamento à UNILAB.

o Secretário de Saúde apresente o terceiro quadrimestre até o final do mês de fevereiro do ano seguinte, tanto para o colegiado como população.

A pauta do mês de junho consistiu em apresentar o Plano Plurianual PPA (2014-2017), que não estava concluído no primeiro semestre de 2014, por não ter sido colocado no sistema do Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2014. O Ministério da Saúde notificou a Secretaria Municipal da Saúde para que fosse colocado no SARGSUS o PPA, por ser um instrumento norteador na execução das políticas públicas de saúde e também uma forma de monitoramento dos órgãos de controle externo.

5.3.1 Intensidade e qualidade da participação no processo deliberativo – 2015

Quadro 10 – Demandas do gestor de saúde colocadas em pautas e intensidade da participação nas deliberações em 2015

Natureza	Apreciado	Pouco discutido	Muito discutido	Aprovado	Aprovado c/ressalvas
Pagamento Incentivo ACS	X		X	X	
Plano de Ação Vigilância Sanitária	X		X	X	
Relatório Anual de Gestão (RAG) - 2014	X	X		X	
Plano Plurianual - 2014-2017 (PPA)	X		X		X
Programação Anual de Saúde (PAS) 2015	X	X		X	
Prestação de Contas 1º Quadrimestre (2015)	X		X	X	
Prestação de Contas 2º Quadrimestre (2015)	X		X	X	
Prestação de Contas 3º Quadrimestre (2014)	X		X	X	
Plano Anual de Aplicação da Qualifar-SUS da CAF	X	X		X	X

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2015

As nove deliberações do ano de 2015, presentes no quadro 11, abaixo, todas foram apresentadas. Três delas foram “Pouco discutidas”, sendo: Relatório Anual de Gestão (RAG) — 2014, Programação Anual de Saúde (PAS); Plano Anual de Aplicação da Qualifar-SUS da CAF; seis foram “Muito discutidas”, a exemplo o Plano Plurianual 2014 – 2017 (PPA); oito aprovadas sem ressalvas e duas deliberadas com ressalva, pois, o conselho fez algumas intervenções nas diretrizes do Plano Plurianual e ajustes no Plano Anual de Aplicação da Qualifar-SUS da Central de Assistência Farmacêutica.

As resoluções deliberadas deste período foram decorrentes de nove demandas. O Relatório Anual de Gestão (RAG) — 2014; a Programação Anual de Saúde (PAS) 2015 e o

Plano Anual de Aplicação da Qualifar-SUS da CAF, foram “Pouco discutidas”. Mesmo se tratando de pautas bastante complexas, os conselheiros não fizeram nenhum questionamento.

As outras deliberações foram “Muito discutida”, destacando-se que não abriram qualquer interlocução em relação ao Plano Plurianual (PPA) 2014 – 2017, que foi bem explanado. Os conselheiros participaram bastante formulando diretrizes que não estavam contempladas no PPA, como a Criação da CIST e o Orçamento para o Custeio das despesas do Conselho de Saúde. Neste bloco o Qualifar-SUS da CAF e o Plano Plurianual (PPA) 2014 – 2017 foram aprovados com ressalvas.

Relativamente às demandas livres apresentadas no quadro 10, a seguir, referentes ao ano de 2015 foram três. Uma delas, apresentada em agosto, motivou um conselheiro representante da Categoria Profissional de Saúde Nível Médio a colocar para a plenária um problema: “gostaria de saber se a cadeira odontológica da Unidade Básica de Saúde da Sede I (Redenção) que se encontra quebrada há bastante tempo se já havia sido consertada”. Essa demanda foi “Pouco discutida”, encaminhada ao gestor de saúde e o problema foi solucionado e comunicado ao CMS.

No mês de dezembro, foram colocadas duas demandas livres. Uma delas foi encaminhada por um conselheiro da categoria Profissional de Saúde Nível Médio, relatando uma ocorrência da equipe do SAMU, quanto a demora dos socorristas e esclarecendo que havia ocorrido certa resistência por parte desse serviço de urgência em querer prestar o socorro à vítima. A outra demanda foi apresentada pelo conselheiro da categoria Usuário/Distrito, falando do atendimento de urgência e emergência do Hospital local em relação à assistência, acolhimento e humanização ao serviço de saúde prestado. Essas demandas foram muito discutidas já que se tratava de um problema complexo, necessitando de atendimento por parte de saúde, como da gestão pública. A plenária fez os encaminhamentos, porém, não foram resolvidos, e se foram solucionadas, não houve comunicação para o Conselho de Saúde.

Quadro 11 – Apresentação e encaminhamento das “demandas livres” no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2015

Meses	Agosto	Dezembro
Quantidade	1	2
Apresentada	X	X
Pouco discutida	X	
Muito discutida		X
Encaminhada	X	X
Retorno/Solução	X	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2015

Embora não constitua o foco da análise, considera-se importante acrescentar que ainda neste período do ano de 2015, aconteceram cinco pré-conferências distritais, nas regiões de Grassi, Antônio Diogo, Sede (Redenção), Manuel Dias e Barra Nova, com formulações de propostas que culminaram para a VII Conferência Municipal de Saúde, precisamente no dia 08 de julho de 2015, que tinha como tema central: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar das Pessoas. Direito do Povo Brasileiro” e que o CMS teve participação.

Nesta conferência o número de participantes foi um total de 180, entre conselheiros, sociedade civil e convidados. Os grupos temáticos estruturaram e implementaram as propostas vindas das pré-conferências e encaminhadas para a VII Conferência Estadual de Saúde com os respectivos delegados que iam representar o CMS do Município de Redenção. Quatro delegados titulares e quatro suplentes, obedecendo à paridade, 50% usuário, 25% profissional da saúde e 25% governo.

Conforme Faria et al. (2013), geralmente as conferências são convocadas por lei, decreto, portaria ministerial ou interministerial, ou ainda por resolução do respectivo conselho. Contempla ainda que as conferências de Saúde é um espaço institucional inovador para debates e deliberações das políticas públicas no exercício democrático brasileiro, com várias representatividades com um único propósito de formular agendas de públicas de saúde.

5.4 PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE REPRESENTANTES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REDENÇÃO – 2016

Quadro 12 – Frequência de conselheiros titulares ou suplentes às reuniões ordinárias do CMS do ano de 2016

Representantes	Reuniões Ordinárias - Meses																	
	Jan.		Fev.		Mar.		Maio		Jun.		Jul.		Out.		Dez.		Total	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
Governo	3	3	4	2	3	3	5	1	2	4	2	4	1	5	4	2	24	24
Entidade Filantrópica	1	1	1	1	1	1		2	1	1	2		1	1	1	1	8	8
Usuários/Igrejas		2	1	1		2		2		2		2		2		2	1	15
Usuários/Sindicatos		2		2		2		2		2		2		2		2		16
Usuários/Distritos	1	11	3	9	1	11	2	8	2	8	2	8	2	8	2	8	15	33
Profissionais de Saúde Nível Médio	2	2	2	2	3	1	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	19	13
Profissionais de Saúde Nível Superior	2	2	3	1	2	2	1	3	3	1		4	1	3	2	2	14	18
Convidados	18		1		1		1		5				1		4		31	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2016

Nas reuniões extraordinárias do ano de 2016 foram seis, e realizaram-se nos seguintes meses: fevereiro, maio, junho, outubro e duas no mês de dezembro. Apenas duas Categorias se fizeram presentes a todas às reuniões: Usuários/Distritos e Profissionais de Saúde Nível Médio. As categorias Governo, Entidade Filantrópica e Profissionais de Saúde Nível Superior faltaram a reunião do mês de maio.

A categoria Usuários/Igrejas só participaram da reunião que houve em fevereiro; já os representantes dos Usuários/Sindicatos não estiveram presentes em nenhuma reunião neste período. Quanto aos convidados, marcaram sua presença nas reuniões do mês de junho e outubro.

No mês de fevereiro a assembleia foi chamada para debater e deliberar sobre o Processo Seletivo dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS). Esta pauta foi bem extensa e “Muito discutida”. Os diálogos foram intensos, pois, se referia à contratação de seis ACS para trabalhar na prevenção do mosquito *aedes aegypti*, nas áreas que se encontravam descobertas até o final do ano de 2016, tendo em vista as epidemias de dengue, chikungunya e zica vírus.

Conforme Pinto et al. (2010), os ACSs prestam serviço de muita relevância para as famílias, além de trabalhar os perfis dos familiares nos territórios. Objetivam suas visitas no monitoramento e na prevenção de agravos e, por regra, orientam a promoção e atenção à saúde. Contudo, este processo seletivo tinha como objetivo focar na prevenção dos agravos das doenças arbovirozes.

O Secretário de Saúde da época informou ao colegiado que o município tinha em seu quadro de servidores um total de sessenta Agentes ACEs, e que a contratação de mais seis ACS era para preencher as áreas que se encontravam descobertas, além do índice populacional que aumentou bastante com acréscimo da população universitária, que já somam cerca de 3 mil habitantes a mais, depois do último censo realizado no ano de 2010, tendo em vista que o recurso entra no município de forma *per capita*. Acrescentou que a Secretaria de Saúde já vinha informando, há bastante tempo, sobre essa população flutuante ao MS para que a mesma seja reconhecida, portanto, seria um dos motivos, além das arbovirozes, de realização do processo seletivo em questão.

Ao entrar em votação, essa pauta foi aprovada por sete conselheiros, três membros do colegiado não votaram e pediram vistas, dizendo que iam levar essa pauta até o Conselho Estadual de Saúde (CESAU), percebendo que este processo seletivo estava em discordância com a territorialização, já que a mesma se encontrava em fase de conclusão.

Quanto à reunião do mês de maio, a plenária foi convocada para responder um instrumento/questionário que o Tribunal de Contas da União (TCU) havia encaminhado para

os gestores do SUS e conselhos de saúde, visando o levantamento de informações sobre o gerenciamento de boas práticas de governança do setor público e oferta do serviço de saúde para a população. Esta demanda não necessitava deliberação, mas os conselheiros deveriam apreciar e responder o questionário, sendo necessário registrar em ata.

Em junho de 2016, o CMS foi chamado para uma reunião extraordinária, a pedido da Secretária Municipal da Saúde, tendo como pauta a Prestação de Contas do primeiro quadrimestre do ano de 2016. A deliberação dessa reunião foi bem interessante. Estava sendo colocado para a plenária a prestação das contas de dois gestores, ou seja, um secretário de saúde deixou o cargo no mês de abril e o outro secretário que assumiu no início de maio. Ao terminar a reunião, o primeiro comunicou que estava deixando a gestão da saúde, por entender que para nesta função o gestor tem que ter dedicação exclusiva além da grande responsabilidade com os usuários do SUS.

No mês de outubro de 2016 aconteceram duas reuniões, uma ordinária e uma extraordinária. A reunião ordinária, teve como pauta a prestação de contas do 2º quadrimestre/2016 que acabou não sendo apresentada devido à falta de quórum para deliberar. Foi somente repassado os informes como a “Semana do Bebê”, que é um trabalho executado em nível intersetorial, quando as secretarias municipais desenvolvem a mesma temática: “Materno-infantil” e “Outubro Rosa” que diz respeito ao Câncer de Mama.

Então para a prestação de contas do 2º quadrimestre/2016 aconteceu uma reunião extraordinária e a reunião “Muito discutida”. Além da representatividade do colegiado, estavam presentes outros participantes como representante da Câmara dos Vereadores, Sindicato dos Servidores Públicos e membros da sociedade civil. Os participantes fizeram suas intervenções acerca dos recursos contratos, dos profissionais alocados nos programas do MS, da folha de pagamento e da aquisição de material de expediente e ambulatorial. Enfim, foram feitos vários questionamentos, como se pôde analisar através da respectiva ata. Expressaram-se muitas falas, algumas bem autoritárias, e outros debates bem calorosos.

Entretanto, esta não houve deliberação, devido à falta de análise documental, acerca dos processos licitatórios e empenhos de pagamentos, ficando agendada outra data, para a análise dos recursos financeiros e, dependendo disso, a deliberação ou não da prestação de contas do referido quadrimestre.

Para que esta prestação de contas fosse deliberada, ainda ocorreram duas reuniões extraordinárias, ambas realizadas no mês de dezembro do mesmo ano de 2016. A reunião ordinária que aconteceu no dia 20 de dezembro não teve quórum e foi marcada outra para a data do dia 23 de dezembro, em caráter extraordinário. Esta também não teve quórum e, por

fim, em 27 de dezembro do ano de 2016, houve uma segunda reunião extraordinária, e a prestação de contas que deveria ter sido deliberada em setembro de 2016, conforme a Lei complementar 141/2012, finalmente foi aprovada no final desse ano.

Quanto às “demandas livres” apresentadas no ano de 2016, quadro 11, foram apenas 03 (três): duas delas foram apresentadas no mês de maio por um conselheiro da categoria Usuário/Distrito e relacionava-se a problemas com a cadeira odontológica da comunidade do Olho D’água do Constantino. Foi encaminhada ao gestor do SUS e o problema solucionado.

Outra “demanda livre” referiu-se à reivindicação do profissional Dentista lotado na Unidade de Saúde da localidade de Itapaí. Essa demanda foi solucionada, por meio do traslado dos pacientes para a Unidade Básica de Saúde (UBS) Sede II (Redenção), já que a Equipe Saúde da Família da localidade de Itapaí não dispõe de profissionais de Saúde Bucal, pois, trata-se de programa implantado pelo MS que ainda não está contemplado nesta unidade de saúde. Estas observações dos conselheiros não foram discutidas, sendo apresentadas, encaminhadas e solucionadas, conforme informação direcionada ao CMS.

A demanda colocada na reunião do mês de outubro se referiu aos transportes de ambulâncias que se encontravam com problemas mecânicos. Houve uma breve discussão e foi feito encaminhamento para a Secretaria de Saúde. Sobre esse encaminhamento o CMS não obteve retorno/solução por parte da gestão da saúde.

Quadro 13 – Apresentação e encaminhamento das “demandas livres” no Conselho Municipal de Saúde de Redenção no ano 2016

Meses	Maio	Outubro
Quantidade	2	1
Apresentada	X	X
Pouco discutido		X
Muito discutido		
Encaminhado	X	X
Retorno/Solução	X	

Fonte: Atas CMS de Redenção – 2016

Os dados ora apresentados e discutidos evidenciam certa efetividade participativa do CMS de Redenção, não apenas em virtude de presença ou falta dos conselheiros às reuniões, mas também em razão dos questionamentos ou interlocuções, principalmente por meio das dinâmicas deliberativas ocorridas, principalmente nas reuniões de 2016, realizadas

com o objetivo de aprovação de Prestação de Contas quadrimestrais, desembocando em várias outras questões. Reafirma-se, a esse respeito, de que a prestação de contas do ano de 2016 só foi aprovada depois de três reuniões, pois os conselheiros exigiram análise e apreciação de documentos comprobatórios, como condição para a aprovação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada com o objetivo de analisar o Conselho Municipal de Saúde do município de Redenção como instituição participativa responsável pelo controle social, na gestão pública municipal, considerando a perspectiva da sua efetividade participativa através do processo deliberativo democrático possibilitou as seguintes considerações finais.

No que tange às demandas que após deliberações geraram resoluções, destaca-se uma maior participação nas reuniões de Prestações de Contas, pois os conselheiros estabeleciam as devidas relações com a execução de projetos, planos de aplicação, programas de saúde e demais aspectos contemplados na Atenção Básica de Saúde, nos serviços especializados e nos de média e alta complexidade.

A prestação de contas quadrimestral não se esgota em si. Consiste também em importante meio para o colegiado acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos programas e políticas efetivadas ou em efetivação no âmbito do SUS, pois nesse período, de quatro em quatro meses, os conselheiros “ficam a par” do perfil da saúde quanto ao aspecto financeiro, à promoção, prevenção e assistência à população, como também verificam se o Secretário de Saúde está atuando em consonância com as leis, portarias, resoluções, princípios e diretrizes do SUS.

Nessas discussões os conselheiros argumentam acerca de atendimentos clínicos, assistência às famílias em relação às visitas domiciliares e ainda sobre o apoio matricial do NASF, a assistência do CAPS, o acompanhamento do SAD a pacientes com dificuldade de locomoção até a UBS e os serviços especializados de saúde, dentre outras ofertas de serviços alocados para atender a população.

Com isso, os conselheiros podem contemplar de forma ampla, as fragilidades e acertos de determinado programa, ou seja, aquilatar se as equipes estão realmente com todos os profissionais; se existem medicamentos suficientes; se os recursos foram aplicados corretamente; e muitas outras questões. Em casos de falhas do gestor, os conselheiros fazem suas reivindicações no âmbito do colegiado e exige da gestão as devidas providências.

Importante esclarecer que a participação no processo deliberativo nem sempre é intensa, pois várias demandas foram aprovadas discussões ou questionamentos prévios, conforme expressou-se no corpo desta dissertação. Os motivos não estão ligados ao mero conteúdo da pauta, mas também a contextos políticos e às relações entre gestor e conselho, dentre outros fatores.

Entre os motivos desestimuladores de participação realça-se a imponência da presença do gestor da saúde, em contextos como os de 2013, 2015 e 2016 em que o presidente do CMS era o próprio gestor do SUS. Esse desestímulo era visível até mesmo nas reuniões de prestação de contas. Ele apresentava as contas e perguntava: “aquele conselheiro que se sentiu contemplado, para que seja aprovada as contas desse quadrimestre, que fique de pé”. Portanto, a presença do gestor, de certa forma direcionava a votação para a aprovação das contas. Além disso, dentro do colegiado existiam profissionais efetivos, profissionais contratados e usuários que possuíam familiares servidores. Isso, talvez pudesse desencadear ou fortalecer processos de manipulação, existindo também questões partidárias que, geralmente, atravessam as instâncias participativas.

Por outro lado, o referido contexto, especialmente os anos de 2015 e 2016 terminou por estimular a participação. Houve também demandas do gestor colocadas em plenária para deliberação, as quais foram “Muito discutidas” sendo também exigidos mais elementos físicos e comprobatórios que respaldassem as Prestações de Contas quadrimestrais, como no ano de 2016, que foram necessárias três reuniões para a plenária deliberasse, favoravelmente. E o fizeram, somente mediante provas cabais dos processos licitatórios e dos empenhos financeiros relativos ao 2º quadrimestre do ano de 2016. Comprova-se, então que, embora há um certa efetividade participativa no CMS de Redenção, embora se trate de um município de pequeno porte.

Destaca-se, entretanto, que em sua maioria as demandas discutidas em plenária e encaminhadas através do CMS para a Secretaria de Saúde ou outros órgãos, não tiveram um retorno para o CMS analisado. O fato, é apreciado pelos conselheiros com certa descrença, como expressa um conselheiro que indaga: “para que serve apresentar esta situação no conselho, se já sabemos que não vai ser resolvido”.

Notadamente, o processo informativo sobre o controle social, acerca das “demandas livres” foi muito limitado, talvez por falta de incentivo e apoio em relação ao processo educação continuada por parte do CESAU, já que a capacitação para conselheiros não contemplava a todos. O fato repercute negativamente no colegiado e no processo deliberativo, em virtude da carência de conhecimento acerca do real papel do controle social, como também haviam vários outros determinantes. Acrescenta-se que no período pesquisado não se encontrou registros de capacitação.

Observou-se também que o Conselho de Saúde é pouco percebido em sua função ou importância por boa parte da população do município, chamando a atenção à

responsabilidade dos conselheiros – principalmente os representantes de usuários – em disseminar para a população as discussões intrínsecas às reuniões.

É possível afirmar que em relação ao período estudado a Secretaria da Saúde do Município parecia visualizar o CMS principalmente como instância aprovadora de demandas. Não parecia ter a percepção de que o conselho era mais que isso, um parceiro, um consultor que poderia lhe subsidiar com retidão nas tomadas de decisões.

Percebeu-se também que o CMS de Redenção possui desenho institucional de cunho participativo e contém representações significativas. Tem o perfil dos profissionais de saúde, das entidades, das associações e dos usuários do SUS. É a categoria “usuário” que tem 50% da representação, significando que a participação popular é peça integrante do controle social para o desenvolvimento da política de saúde do SUS dentro do processo democrático participativo, também nesse município. Em sintonia com a afirmativa de Menezes (2010) de que “a democracia é resultado de um processo histórico e está relacionada à soberania popular, à participação e à igualdade”, pode-se dizer que o CMS ainda está nessa busca.

Mesmo com fragilidades e intercorrências em sua atuação, pode-se afirmar, conforme a análise das atas, que houve participação do colegiado, mesmo diante da quantidade de faltas às reuniões de todos os segmentos representativos, seja do governo ou da sociedade civil. Isso, porque, todas as demandas pautadas – tanto as originárias da gestão municipal quanto as “livres” originárias de comunidades rurais ou entidades e apresentadas em plenária por seus representantes – foram cumpridas e aproximadamente 1/3 das deliberações foram previamente discutidas e concretizadas na forma de Resoluções e/ou encaminhamentos. Pode-se afirmar, portanto, que houve uma efetividade participativa, durante o período estudado, no sentido do exercício do controle social da política de saúde de Redenção no espaço do referido conselho.

Para finalizar, em sintonia com as contribuições de Campos (2005), ressalta-se a importância da Secretária Executiva do Conselho de Saúde, pois, são da sua inteira responsabilidade a organização do espaço para as reuniões, redação das atas, articulações e comunicações entre os conselheiros e entes federativos, além da corresponsabilidade em lavrar e assinar as atas.

REFERÊNCIAS

ARENDDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

_____. **O que é política?** 3 ed. Rio de Janeiro: BERTRAND, 2002.

ARNSTEIN, Sherry R. Uma escada da participação cidadã. Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação. **PARTICIPE**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p.4-13, jan. 2002.

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro:Fio Cruz, 2016. Disponível em:<<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 10 fev.2017.

AVRITZER, Leonardo. Experiências nacionais de participação social. In: **Democracia participativa**. São Paulo:Cortez, 2009.

_____. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: AVRITZER, Leonardo. **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. 7. ed. Brasília: IPEA, 2011.

BANDEIRA. Maria José. Direitos culturais: a preservação da memória da abolição dos escravos em redenção. **I Encontro Regional de Direitos Culturais**, Fortaleza, 14 set. 2012.

BARBOSA, Anna Emília Maciel; SOBRINHO, José Hilário Ferreira; MOURA, Marisa Ribeiro. **Descobrendo e construindo Redenção**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2011.

BIBLIOTECA PUBLICA MUNICIPAL DE REDENÇÃO. **Acervo História de Redenção**. Redenção, 2000.

BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE. Edição **Especial de 20 anos do SUS**. Brasília: [s.n],2008.

BRANCALEON. Brigida Batista et al. **Políticas Públicas: conceitos básicos**. São Paulo:EdUSP. 2015.

BRASIL. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

_____.Ministério da Saúde. **Programa Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Brasília,

2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 set.2008. Seção 2, p.7.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 maio 2012. Seção 3, p.8.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Reforma Sanitária Brasileira**. Brasília:[s.n],2012. Disponível em:
<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwjmobC20LrUAhXMdSYKHXnoDCAQFggyMAI&url=http://www.ensp.fiocruz.br/portalen/sp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf&usg=AFQjCNH0lu8zO5I7cIv04zx4VlgRbLdtRQ>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa (Org.). **Manual do usuário para o Relatório de Gestão**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para Conselheiros Nacionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde,2012.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 07 jun.2014.Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> . Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 02, de 16 de agosto de 2016. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 ago.2016. Disponível em:
<http://editoramagister.com/legis_27180692_resolucao_n_2_de_16_de_agosto_de_2016.aspx> . Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Guia de Orientação Técnica – Suas nº 1: Proteção Social Básica de Assistência Social**. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual de Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal**. Brasília: Senarc, 2012.

_____. ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA . **Políticas Públicas**. 2. ed. Brasília: Inep, 2006.

_____. Lei nº 12.696, de 25 de julho de 2012. Altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre os Conselhos Tutelares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jul.2012. Seção 2, p.8.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 jan.2012. Seção 1, p.2.

_____. Lei nº 11741, de 16 de julho de 2008. Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 jul.2008. Seção 4, p.5.

_____. Lei nº 3353, de 13 de maio de 1888. **Declara Extinta A Escravidão no Brasil**. Rio de Janeiro, 13 maio 1888. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3353.htm>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set.1990. Seção 2, p.5.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 1990. Seção 1, p.2.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília: TCU, 2010.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2. ed. Brasília: TCU, 2015.

CAMPOS, Fábio Landim. **Conselho Municipal de Saúde:** estudo do controle social, sob o aspecto econômico e financeiro, na gestão municipal de saúde. 2006. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

COELHO. Vera Schattan. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e política de saúde. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil:** estratégias de avaliação - diálogos para o desenvolvimento. 7. ed. Brasília: Gráfs, 2011.

COGERH. Companhia de Gestão dos Recursos Hídricos. Inventário Ambiental do Açude Acarape do Meio: **Fatores condicionantes da qualidade das águas.** Fortaleza:[s.n], 2008.

COHN. Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, v.4, n. 19, p.30-37, nov. 1989.

DA SILVA. Francisco Rodrigues. **Redenção:** palco dos primeiros abolicionistas do Brasil, berço da educadora dos Redencionistas. Sobral: EdUVA, 2004.

_____. Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: **Participação e saúde no Brasil .** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CORTÊS. S. V. Instituições participativas e acesso a serviços públicos nos municípios brasileiros. In: CORTES, Soraya Vargas. **Efetividade das instituições participativas no Brasil:** estratégias de avaliação. 7. ed. Brasília: IPEA, 2011.

_____. Soraya Vargas et al. Conselhos Municipais de Saúde da região metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEES, Soraya Vargas et al (Org.). **Participação e saúde no Brasil.** 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DEMARZO. Marcelo Marcos Piva. Reorganização dos sistemas de saúde. In: **Unidades de Conteúdos.** São Paulo:[s.n],2008.

DIAS. Maria Edilene Lima. **Turismo:** a “Redenção” do Maciço de Baturité? São Paulo: Blucher Acadêmico, 2008.

FARIA. Cláudia Feres et al. Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional. In: AVRITZER, Leonardo et al (Org.). **Conferências Nacionais:** atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: Gráfs, 2013.

FEITOSA. Adília Maria Machado. M. M. **A institucionalização da hanseníase no Ceará:** do leprosário de Canafísula ao Centro de Convivência Antônio Diogo. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

FERNADES. Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes:** uma difícil via crucis ainda a caminho da Redenção. 5 ed. São Paulo: Globo, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA CRIANÇA. **Selo UNICEF município aprovado:** edição 2013/2016. Brasília: UNICEF, 2017. Disponível em: <<http://www.selounicef.org.br/semiarido/#sobre-o-selo>>. Acesso: 20 jan. 2016.

GIL. Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRÃO. Raimundo. **A Abolição no Ceará**. 3.ed. Fortaleza: Secretaria de Cultura, 1984.

GOHN. Maria da Glória Marcondes. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOHN. M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, ago. 2004.

_____. Abordagens no Estado dos Movimentos Sociais na América Latina. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, set./dez. 2000.

_____. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, São Paulo, v.42, n.1, p.5-11, abr. 2006.

_____. **Movimentos e lutas sociais na história do Brasil**. São Paulo: Loyola, 1995a.

_____. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

HOGGETT, P. Agência, racionalidade e política social. **Jornal de política**, São Paulo, v.30, n.1, p.37-56, jun. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **História de Redenção**. Brasília:IBGE, 2013. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?lang=_EN&codmun=231160&search=cearalredencaolinphographics:-history>. Acesso em: 10 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Brasília: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://temp.meumunicipio.org.br/perfil-municipio/2311603-Redencao-CE?exercicio=2015>>_Acesso em: 20 de jan. 2017.

_____. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016**. Brasília: IBGE, 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 20 de jan. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil Básico Municipal 2016**. Redenção: IPECE,2016.

KLEIN. Jacqueline Southier. **O Conselho Estadual de Saúde – CES/PA- em foco: análise da participação e do controle social**. Belém:[s.n], 2011.

LAVALLE. A G. Participação: valor, utilidade, efeitos . In: LAVALLE. Adrián Gurza. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. 7. ed.

Brasília: IPEA, 2011.

LIMA. Antônio de Oliveira. **Programa de Educação Contra a Exploração do Trabalho da Criança e do Adolescente**. São Paulo:[s.n], 2013. Disponível em:

<<https://peteca2008.blogspot.com.br/2013/01/programa-de-educacao-contra-exploracao.html>> . Acesso em: 115 jan. 2017.

LIMA. José L. **A expressão americana**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LIMA. Zilda Maria Menezes. **O grande polvo de mil tentáculos: a Lepra em Fortaleza (1920-1942)**. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 2007.

LOPES. Brenner et al. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. 7. ed. Belo Horizonte: Sebrae, 2008.

MENEZES. Juliana Souza Bravo de. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade**. Rio de Janeiro: [s.n], 2010.

MINAYO. Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PAIRAZAMÁN. Díaz, P.H. **Participação cidadã e controle social: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Salvador – Bahia**. Salvador:[s.n], 2008.

PASSERO. Lúcia Gimenes. **Insatisfação do usuário da atenção básica com o SUS: análise multinível da pesquisa da ouvidoria**. 2013.102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PINHEIRO. Francisca Gabriela Bandeira. Patrimônio Material e Imaterial da antiga Colônia de leprosos Antônio Diogo - Redenção-CE. **XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento Histórico e Diálogo Social**. Natal, 2013.

PINTO. Adriana Avanzi Marques et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n. 4, p.776-769, 31 dez. 2010.

RAMOS, Marília P.; SCHABBACH, Letícia M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, jun. 2012.

_____. Constituição Municipal de Redenção Constituição (1990). Lei Orgânica do Município de Redenção, 05 de abril de 1990. **Diário Oficial da Município**, Redenção, 5 abr. 1990. Seção 1, p.4.

REDENÇÃO. Lei nº 1.504 de 13 de setembro de 2013. Dispõe sobre alteração da Lei Municipal Nº 633/90, de 23 de novembro de 1990 - que cria o Conselho Municipal de Saúde de Redenção, assim como as subsequentes Leis Nº 755/94, de 01 de julho de 1994; Lei Nº 939/00, de 01 de dezembro de 2000 e a Lei Nº 1110, de 28 de janeiro de 2005, respectivamente; que reformula as representações com assento no Órgão Colegiado da Saúde, adequando às diretivas da plenária devolutiva da VI Conferência Municipal da Saúde do ano de 2011. **Diário Oficial do Município**, Redenção, 13 set. 2013.

_____. Conselho Municipal de Saúde. Ata nº 1, de 21 de março de 1991. **Ata de Posse do Conselho Municipal de Saúde**. Redenção: CMS, 1991.

_____. Lei nº 1.427 de 05 de julho de 2011. Dá nome ao Centro de Referência da Mulher – CRM e Conselho Municipal de Proteção a Mulher, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Redenção, 5 jul. 2011.

_____. Secretaria do Trabalho e Assistência Social. **Plano Municipal pela Primeira Infância de Redenção – Ce - 2015 / 2025**. Redenção: [s.n],2015.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Redenção-CE - PPA, 2014/2017**. Redenção:[s.n],2013.

_____. Prefeitura Municipal de Redenção. Lei nº 1.504 de 13 de setembro de 2013. Dispõe sobre A Criação do Regimento Interno e Organograma da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Redenção, 14 set. 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde de Redenção-CE. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão**. Redenção: SARGSUS, 2014.

RITA de Redenção - Santa das causas impossível. Direção de Cassio Araújo. Produção de Cassio Araújo. Realização de Leuda Bendeira, Alex Meira. Coordenação de Rui Ferreira. Intérpretes: Raimundo Fagner e Amelinha. Roteiro: Cassio Araújo. Música: João Mamulengo. Redenção, 2015. Frestas Produções. (78 min.), dolby stereo, son., color. Legendado.

ROCHA, Roberto. A gestão descentralizada e participativa das Políticas Públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luis, v. 1, n. 11, p.30-35, out. 2009.

SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO. **Relatórios de Informações Sociais**. Redenção: SAGI,2017.

SAMPAIO. Abraão Evangelista. **Avaliação econômica comparativa da estação de tratamento de Água de Maranguape tratando água de dois distintos mananciais: açudes Acarape do Meio e Gavião**. 2014. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Engenharia Civil) - Centro de Tecnologia Departamento de Engenharia Hidráulica e Ambiental Programa de pós-Graduação em engenharia civil. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Caderno de Orientações: referências técnicas para construção do Plano de Acompanhamento Familiar**. São Paulo:[s.n], 2013.

SANTOS, Maria das Dores Marques dos. **Conselhos locais de saúde: controle social de fato ou apenas de direito - um estudo de caso da Vitória da Conquista - Bahia.** 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Curso de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SARAVIA, Enrique (Org.). Política pública: dos clássicos às modernas abordagens: orientação para a leitura. In: BRASIL. ELISABETE FERRAREZI. (Org.). **Políticas Públicas.** Brasília: Enap, 2006.

SAVASSI. Leonardo Cançado Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores.** 2010. 196 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2010.

SILVA, Geysa Danielle Barbosa de Moura. **O espetáculo da abolição: a negra nua.** Redenção: UNILAB, 2015. Disponível em: <<http://semanauniversitaria.unilab.edu.br>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SILVA, Gilberto Crispim da et al . **Transparência na prestação de contas da administração pública municipal na internet: um estudo de caso no estado de Goiás.** Goiania:[s.n],2014. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d3llgiwuTk4J:dvl.ccn.ufsc.br/congresso/anais/5CCF/20140423130922.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE REDENÇÃO. **Acesso a informação ano 2016.** Redenção: SME,2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Disponível em:<<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus.htm>>. Acesso em: 25 set.2016.

TATAGIBA, L. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In: **A efetividade das instituições participativas no Brasil: perspectivas, abordagens e estratégias de avaliação.** São Paulo: IPEA/PRODEP, 2011.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador: SUS, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA. **UNILAB Institucional.** Redenção:UNILAB,2011. Disponível em: <<http://www.unilab.edu.br/institucional-2/>>. Acesso em: 21 jan. 2016

VAZ. Alexander Cambraia N. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** 7. ed. Brasília: IPEA, 2011.

WAMPLER. Brian. Instituições participativas como “enxertos” na estrutura do estado: a importância de contextos, atores e suas estratégias. In: WAMPLER. Brian. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** 7. ed. Brasília: IPEA, 2011.