UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANA JACOB BLOCH

**Materiais educativos como instrumento para o
aprimoramento da participação no conselho gestor**

SÃO PAULO
2017

MARIANA JACOB BLOCH

**Materiais educativos como instrumento para o
aprimoramento da participação no conselho gestor**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Cássia Baldini Soares

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bloch, Mariana Jacob

Materiais educativos como instrumento para o aprimoramento da participação no conselho gestor / Mariana Jacob Bloch. São Paulo, 2017.

188 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cássia Baldini Soares

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Conselho de administração. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Enfermagem. I. Título.

Nome: Mariana Jacob Bloch

Título: Materiais educativos como instrumento para o aprimoramento da participação no conselho gestor.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Cássia Baldini Soares

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À professora Cássia pela paciência, dedicação, sabedoria, disponibilidade que sempre teve comigo e principalmente nos últimos dois meses. Minha gratidão!!!

À minha mãe, Lucia, pelo carinho e paciência nas ausências.

Aos meus irmãos Marco e Samanta pela constante ajuda e amizade. À sobrinha querida, Celina, por também entender a minha ausência.

Ao, Irineu, meu eterno companheiro, que sempre me apoiou e incentivou, manteve-se presente, silenciando, amando e cuidando de mim e de nossa pequeninha e amada Antonella, a vocês o meu amor!!

Aos profissionais da UBS Jardim D'Abril e aos profissionais, àqueles que passaram por minha vida e que deixaram energias boas e aos novos pela paciência, pelo respeito e pela ajuda.

À Andreia, Andréa, Isis, Greici, Marcia e Lidiane por acreditarem em mim e por me transmitirem paz nos momentos de ansiedade!!!!

À minha amiga-irmã, Andresa, pelo incentivo contínuo.

A todos que contribuíram com esse momento, meu carinho.

*Busque satisfazer a obra, a equipe,
mas não fique satisfeito. A satisfação
paralisa, adormece, entorpece.*

Mario Sergio Cortella

Bloch MJ. Materiais educativos como instrumento para o aprimoramento da participação no conselho gestor [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde, por meio da Lei Orgânica da Saúde e da lei 8.142/90, destaca a importância do Conselho Gestor de Saúde como instância participativa e representativa dos membros da sociedade, para o exercício do controle social das políticas públicas de saúde. A participação social, nos vários espaços da sociedade, apresenta contradições, podendo se apresentar tanto de maneira legítima como manipulada, ainda que por dentro das instituições do Estado. A dimensão política da participação é compreendida pela Saúde Coletiva, como mecanismo de aprendizado e de organização para o enfrentamento das desigualdades em saúde. O objetivo desse trabalho foi analisar cartilhas educativas sobre conselho gestor, elaboradas pelas instâncias governamentais, nos âmbitos federal, estadual e municipal e sugerir os elementos essenciais referentes à dimensão política da participação, que devem constituir caderno educativo sobre conselhos gestores, a partir da Saúde Coletiva. Trata-se de análise documental qualitativa, cujas fontes foram o site da prefeitura do município de São Paulo, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, e do Ministério da Saúde. Selecionou-se três materiais educativos: 1. Cartilha Estadual de Saúde de São Paulo, (2013); 2. Cartilha do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (2013) e 3. Informe eletrônico do Conselho Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. A análise dos textos das cartilhas foi realizada através de categorias de participação social, definidas a partir do contexto de atuação dentro do Estado. A análise dos conteúdos das cartilhas mostrou inconsistência. A participação social foi considerada democrática-radical e coletiva em diversos temas abordados pelas cartilhas, mostrando-se, no entanto, autoritária e de cooptação no que se refere à escolha dos representantes vinculados à organização governamental, que acontece diretamente relacionada à indicação dos governantes e dos prestadores de serviço. O incentivo à mobilização social, à luta política, à participação dos indivíduos e grupos mostraram-se os grandes conteúdos ausentes quando comparados ao que está normatizado como a sociedade civil organizada em grupos de interesse. Ausentaram-se também os ensinamentos sobre a política no sentido amplo, capazes de expor as contradições sociais fundamentais da sociedade de classes. Ausentou-se ainda a perspectiva de participação que contesta a ordem instituída e que denuncia as contradições na destinação de recursos. Como produto final foi elaborado um caderno educativo para os conselhos de saúde, sobre temas que não são abordados por cartilhas desenvolvidas pelas instâncias governamentais. Sua finalidade é apoiar os usuários, a desenvolverem a participação crítica necessária ao enfrentamento coletivo das contradições sociais e da área da saúde. Os temas são: Estado, Democracia, Participação social e Conselho Gestor. Espera-se que este caderno possa instrumentalizar participantes dos conselhos gestores de saúde a compreender os limites da participação por dentro do Estado e a promover superações nessas formas de participação.

Palavras-chave: Conselho gestor. Participação social. Controle social. SUS. Enfermagem. Conselho administrativo.

Bloch MJ. Educative material instruments to improve the consumer participation [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

The Lei Orgânica da Saúde (Law 8.080 / 90) and Law 8.142 / 90, that legitimates the Unified Health System, highlight the importance of the Consumer Participation as a participatory and representative body of the members of the society, for the exercise of social control of public health policies. Social participation, in the various spaces of society, presents contradictions, being able to present itself in a legitimate way as well as manipulated, although within the statement's institutions. The political dimension of participation is understood by Public Health as the mechanism of learning and organization to copying health inequalities. The aim of this study was to analyze educational guides on consumer participation, elaborated by the governmental instances, at the federal, state and municipal levels, and to suggest the essential elements regarding the political dimension of participation, which should be an educational book on consumer participation, based on Public Health. It is a documentary qualitative analysis, whose source were whose sources of search were disposable at the website of São Paulo city, the Health's Department of the State of São Paulo, and the National Health Department. Three educational materials were selected: 1. State of São Paulo Health Book, (2013); 2. Book of the National Health Council / National Health Department (2013) and 3. Electronic report of the Municipal Health Council of São Paulo's City. The analysis of the texts from the booklets was done through categories of social participation, defined from the context of acting within the State, showed an inconsistency. Social participation was considered democratic-radical and collective in several themes approached by the booklets, however, it was authoritarian and co-optative in the choice of representatives linked to the governmental organization, which happens directly related to the nomination of the rulers and of service providers. The great absentees were the contents of incentive to the social mobilization, to the political fight, to the participation of the individuals and groups outside the one that is normalized, like the organized civil society in groups of interest. There were also perceived the absence of the political knowledge's in the broad sense being able to expose the fundamental social contradictions of class society. The final product of this work was an educative material to the Consumer, including themes not pointed out by the government. Its purpose is to support the users, to develop the necessary critical participation in the collective challenge of social and health contradictions. The themes are: State, Democracy, Social Participation and Management Council. It is hoped that this booklet may afford these actors in the consumer participation to understand the limits of participation within the State and to promote overcomings in these forms of participation.

Key words: Consumer Participation. Social participation. Social control. Unified Health System (SUS). Nursing. Organization and administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificações de participação de acordo com Cornwall.....	68
Quadro 2 – Classificações de participação de acordo com Gohn.....	68
Quadro 3 – Classificações de participação de acordo com Sayago	69
Quadro 4 – Categorias de análise das cartilhas governamentais	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CMSSP	Conselho Municipal de Saúde de São Paulo
DF	Distrito Federal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 REVISÃO DA LITERATURA: SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE	24
1.1.1 Análise dos artigos selecionados na base de dados LILACS	25
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	31
2.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	33
2.1.1 Participação Social no Brasil	39
2.2 CONTROLE SOCIAL.....	45
2.3 CONSELHO GESTOR	47
2.4 DIMENSÃO POLÍTICA	51
2.4.1 Questão democrática na América Latina, pós neoliberalismo	56
2.4.2 Questões políticas no Brasil	57
3 PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADES	59
3.1 PRESSUPOSTOS.....	61
3.2 OBJETIVOS	61
3.3 FINALIDADES.....	61
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	63
4.1 TIPO DE PESQUISA	65
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	65
4.2.1 Local/cenário de estudo.....	65
4.3 COLETA DE DADOS.....	66
4.3.1 Critérios de Inclusão dos materiais educativos	66
4.3.2 Instrumento de coleta de dados	66
4.3.3 Apresentação dos Dados	66
4.3.4 Procedimentos éticos	67
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	67
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
5.1 CARTILHA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, INTITULADA DE CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO: ORIENTAÇÕES AOS (AS) CONSELHEIROS (AS), DO ANO DE 2013	75

5.2	CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: CONSELHOS DE SAÚDE: A RESPONSABILIDADE DO CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO DO SUS. 2ª EDIÇÃO, BRASÍLIA- DF, ANO 2013	84
5.3	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO	92
5.4	SÍNTESE COMPARATIVA DOS CONTEÚDOS DAS CARTILHAS	97

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 99

CADERNO DE APOIO AOS CONSELHOS DE SAÚDE 103

TEMA 1: ESTADO.....	107
1.1 O QUE É O ESTADO?	107
1.2 ORIGEM E FUNÇÃO DO ESTADO CAPITALISTA	108
1.3 O ESTADO DE ACORDO COM GRAMSCI	109
1.4 AS DIFERENTES FORMAS DO ESTADO	110
1.5 RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE	114
TEMA 2: DEMOCRACIA	116
2.1 CONCEITO	116
2.2 HISTÓRIA DA DEMOCRACIA	116
2.3 TIPOS DE DEMOCRACIA.....	117
2.4 DEMOCRACIA NO ESTADO CAPITALISTA.....	117
2.5 TIPOS DE DEMOCRACIA BURGUESA	118
TEMA 3: PARTICIPAÇÃO SOCIAL	119
3.1 CONCEITOS	119
3.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA HISTÓRIA.....	119
3.3 TIPOS DE PARTICIPAÇÃO.....	120
3.4 PARTICIPAÇÃO NA DEMOCRACIA.....	121
TEMA 4: CONSELHO GESTOR.....	123
4.1 ORIGEM DO CONSELHO GESTOR.....	123
4.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO GESTOR	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E REVISÃO DA LITERATURA..... 129

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
REFERÊNCIAS: REVISÃO DA LITERATURA	136

ANEXOS 139

ANEXO A	141
ANEXO B	169
ANEXO C	185

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein em 1996, com cursos de pós-graduação e especialização, entre os quais: pós-graduação aperfeiçoamento " Sistematização do Processo de Cuidar da Enfermagem em Saúde Coletiva" pela Universidade Federal do Paraná e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em 2002, pós- graduação lato sensu em Saúde Coletiva com enfoque no Programa Saúde da Família pela Universidade de São Paulo pela Escola de Enfermagem em 2007 e pós-graduação lato sensu em Gestão em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em 2011.

Minha experiência profissional iniciou-se em 1997 como enfermeira do setor de Unidade de Terapia Intensiva da Clínica Médica no Hospital Universitário da USP. Em 2001, iniciei a minha experiência na atenção primária, como enfermeira de equipe saúde da família na Cidade de Curitiba no Paraná. Neste período, tive o primeiro contato com as reuniões do conselho gestor de saúde. Retornei à cidade de São Paulo, na qual trabalhei durante dois anos na área hospitalar, no setor de UTI de um hospital privado e, em 2006 tive a oportunidade de trabalhar novamente na atenção primária, atuando como enfermeira de uma equipe de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde da região Oeste da cidade de São Paulo.

Desde 2008 coordeno uma Unidade Básica de Saúde, da Estratégia Saúde da Família, localizada na região Oeste. Desde então, o meu envolvimento com o conselho gestor de saúde tornou-se mais intenso e contínuo, possibilitando desenvolver com mais destreza algumas habilidades profissionais, tais como o diálogo entre o serviço e a comunidade, o manejo de conflitos, o acolhimento das demandas dos trabalhadores e da comunidade, o olhar ampliado para as necessidades biológicas, bem como as sociais, as tomadas de decisões para melhoria do serviço de saúde envolvendo os diversos atores : trabalhadores da saúde, os usuários e dos equipamentos sociais do território.

A participação nas reuniões do conselho gestor de Saúde durante a minha trajetória profissional na Atenção Primária à Saúde, fez-me refletir sobre a importância de instituir-se, dentro do serviço de saúde, o espaço concreto estabelecido fundamentalmente pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e pela

Lei 8.142/90, as quais estabelecem os princípios legais e deliberativos, composto por representantes da comunidade, dos trabalhadores e da gestão.

Não obstante, sabendo da importância da aliança entre trabalhadores, usuários e gestão do serviço de saúde, surgiu-me uma inquietação: a participação dos usuários sempre foi mínima. Perguntava-me: para mudar esse cenário quais seriam os caminhos a percorrer? Como incentivar a participação da comunidade nas reuniões ordinárias do Conselho Gestor de Saúde? Qual a percepção da comunidade sobre as reuniões do conselho gestor?

Em função dessas questões, na prática, juntamente com os trabalhadores da UBS foram realizadas inúmeras ações, como: reuniões externas itinerantes nos equipamentos sociais do território em horários diversos a fim de incentivar a participação; planejamento de oficinas com temas sugeridos pelos conselheiros atuantes; divulgações através de cartazes no território, nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, contudo, percebia a pouca participação dos usuários.

Essa inquietude profissional e o Conselho Gestor de Saúde como modelo de gestão do SUS, foram os motivos que me impulsionaram a escolher esta proposta.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho toma como objeto a dimensão política dos conselhos de saúde nos materiais educativos.

A participação nos conselhos gestores de saúde constituiu-se por meio da articulação entre os representantes da população, os trabalhadores e os membros do poder público estatal com a finalidade da gestão dos bens públicos. Este espaço institucional, com os diversos atores, foi pensado para atuar como agente de inovação e como espaço de negociação (Gohn, 2011).

A participação social considerada um direito social, elemento indissociável da democracia, manifesta-se e é exercida a partir de espaços e meios de expressão política. Apesar de ser um direito, a participação é resultado da motivação pessoal e depende de fatores educacionais, culturais e individuais de acordo com o contexto cultural, político e econômico.

Para Kleba, Zamporim e Comerlatto (2015, p.557):

A sociedade civil brasileira tem sua participação incluída na gestão de políticas públicas nos moldes atuais a partir do início dos anos 1990, por meio de conselhos deliberativos em todos os níveis de governo, em diferentes áreas e setores da administração pública no Brasil. É nesse contexto que fóruns de gestão de políticas públicas, mais especificamente os conselhos gestores municipais, se configuram em espaços públicos de participação e articulação entre governo e sociedade, ante a responsabilização partilhada que passa a requerer dos sujeitos envolvidos um "fazer parte efetivo" no processo de desenvolvimento político e social.

A Lei 8142, de 28/12/1990 instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias do controle social do SUS, nas três esferas governamentais. Sendo promulgada em seguida à Lei 8080, de 19/12/1990 que estabelece os objetivos, as atribuições, princípios, diretrizes, organização do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 1990)

A garantia do controle social no SUS dá-se legalmente com os conselhos de saúde, onde em tese aconteceria a participação da comunidade fiscalizando, conduzindo as políticas públicas de saúde. A comunidade passa a ser agente de transformação e não somente usuária dos serviços de saúde (São Paulo, 2008).

O conceito de controle social utilizado pelo Estado é [...]

o controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático. (Brasil, 2013 p.24)

Como afirma Gohn (2006), o conselho gestor se efetivamente representativo, produziria um novo formato às políticas sociais, pois nele incluem-se o processo de formação das políticas e de tomada de decisões.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA: SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE

Realizou-se o levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS em busca de estudos que abordassem os temas: conselho gestor de saúde, atenção primária, a participação social. Não existiram limitações de data e de idioma.

A primeira busca ocorreu em 30/10/2015, utilizando-se o descritor conselho gestor de saúde. Os critérios de inclusão dos textos para leitura na íntegra foram: artigos sobre a temática do conselho gestor de saúde nas Unidades Básicas de Saúde e artigos sobre controle social e espaços participativos na Atenção Primária. Nessa primeira busca foram localizados 43 trabalhos e selecionados 10. Uma segunda busca foi realizada em 10/11/2015, utilizando como descritor conselho gestor. Neste momento foram localizados 92 trabalhos, sendo selecionados 09.

Em 24/11/2015 uma nova busca foi realizada, desta vez utilizaram-se como descritores Conselho gestor de Saúde e Participação Social, localizando-se 31 trabalhos e selecionando-se 8 dentre eles.

Os artigos selecionados para análise foram dez, pois foram excluídos os artigos repetidos nas três buscas realizadas e por não apresentarem coerência ao assunto.

1.1.1 Análise dos artigos selecionados na base de dados LILACS

Os artigos selecionados abordavam o Conselho Gestor como um espaço para a participação social/controle social, descreviam as fragilidades na sua composição, na participação dos conselheiros, na autonomia para deliberar as ações, no conhecimento político-social dos usuários sobre a realidade e suas atribuições dentro do conselho gestor.

Os artigos analisados foram organizados em cinco categorias:

a) Controle social e participação popular:

O conselho Gestor propicia um espaço que comporta grupos organizados da comunidade e do Estado para debate dos problemas da saúde coletiva, no entanto, este espaço precisa ter poder deliberativo e a população saber exercê-lo (Pestana, Vargas, Cunha, 2007).

No estudo de Arantes et al. (2007) o controle social se manifesta quando a sociedade participa ativamente dos serviços de saúde, através da reivindicação de melhorias e da avaliação das ações de saúde realizadas. O controle social é exercido pelos diferentes segmentos representativos, na atenção primária estão envolvidos os usuários, trabalhadores e gestores.

O estudo de Wendhausen e Cardoso (2007), concluiu que a democracia participativa se torna adequada quando associa a representação e a participação social nos processos decisórios.

Para o estudo de Longhi e Canton (2011), o conceito de cidadania ainda é impreciso principalmente nos segmentos mais dependentes das políticas sociais e isso pode influenciar negativamente a participação popular nos espaços do controle social do SUS.

No estudo de Bispo, Messias e Sampaio (2006), foram encontradas situações descritas pelos conselheiros em áreas rurais e cidades pequenas, que remetem a cultura de uma política primitiva e coronelista, dificultando o processo de democratização da sociedade.

b) Autonomia do conselho gestor:

A prática do conselho gestor é restrita ao serviço de saúde, não conseguindo interferir nas políticas de saúde e nem no destino da verba pública (Pestana, Vargas, Cunha, 2007).

Inúmeras vezes o poder do conselho gestor é limitado, restrito ao gerenciamento do serviço de saúde, gerando, nos conselheiros, desesperança e impotência para promover mudanças (Pestana, Vargas, Cunha, 2007).

Os conselheiros representantes do segmento dos usuários em alguns momentos refletem a *lógica da espera do Estado provedor*, culturalmente enraizada em nossa população. É o reflexo das diferenças educacionais e da inexperiência em processos participativos. (Pestana, Vargas, Cunha, 2007).

No estudo de Bispo, Messias e Sampaio (2006), o conselho gestor atua como homologador das decisões tomadas pelo gestor, não assumindo o seu papel de controle social na construção e acompanhamento das políticas de saúde.

Dois autores apontam para o avanço, mesmo que tímido, na participação social do conselho gestor (Floresta, 2014; Arantes et al., 2007). Um deles relata que, através da participação do usuário no conselho gestor é possível avaliar os serviços prestados e levantar as necessidades de saúde do território (Arantes et.al., 2007).

Para Kleba, Zamporim e Comerlatto (2015), o encontro dos conselhos gestores com a gestão pública acarreta o enfrentamento de desafios para monitorar e avaliar a execução das deliberações. Nessa perspectiva é necessário reconhecer fatores que excedem as condições próprias dos conselheiros, tais como a capacidade de argumentação e de defesa dos interesses, bem como o anseio político, o compromisso e o engajamento do gestor na condução do processo e na implementação das decisões do conselho.

O conselho gestor, no estudo de Arantes et al. (2007), é visto como um canal de participação da sociedade na saúde; é um elo entre os usuários, trabalhadores da saúde e o gestor municipal. É uma entidade de organização social que fiscaliza e melhora o serviço de saúde e tem como base as necessidades dos sujeitos envolvidos. É através deste espaço que ocorre o levantamento das necessidades, a elaboração de propostas, a resposta ao trabalho desenvolvido na atenção básica e

as sugestões de melhorias.

Para a implementação e execução da política pública o estudo de Kleba, Zamporim e Comerlatto (2015) conclui que a participação de diversos atores, não somente dos conselhos gestores de saúde, mas também de diferentes órgãos públicos ou privados facilitam ou dificultam as ações de implementação e execução. Esses atores apontam conflitos de interesse em diferentes magnitudes, que exigem abertura e capacidade de diálogo intersetorial e iniciativas de gestão promovidas pelas lideranças políticas.

c) Fragilidades dos conselhos gestores de saúde:

No estudo de Aline et al. (2014), as dificuldades para a execução das ações do controle social estavam relacionadas à falta de interesse dos usuários, à ausência nas reuniões do conselho gestor, à falta de apoio do gestor e à incerteza do vínculo trabalhista.

Para Dias (2011), os representantes do segmento dos usuários do SUS não cumprem o seu papel por motivos relacionados à nossa cultura política, à subordinação do Conselho de Saúde à Secretaria de Saúde e ao desconhecimento da população e dos próprios conselheiros e gestores de suas atribuições.

Sacardo (1995), em seu estudo, relata que o Conselho local de Saúde apresenta prática restrita, pois se dedica apenas às questões do cotidiano. Também há conflitos de poder entre a população e os trabalhadores.

Existem também irregularidades na composição do conselho gestor, sem participação do segmento trabalhador (Bispo, Messias, Sampaio, 2006).

Enfraquecimento do exercício do controle social pelo conselho gestor, uma vez que o prefeito de uma cidade foi empossado como conselheiro. Este fato gera medo, impede discussões mais críticas e contrárias à administração. As reuniões não são espaços de debate e construção coletiva (Bispo, Messias, Sampaio, 2006).

O estudo de Bispo, Messias e Sampaio (2006) aponta ainda como motivos desencadeadores da desmotivação da participação social, a frequência reduzida das reuniões e as formas inadequadas de convocações para as reuniões do conselho gestor. Com isso o espaço para debate das demandas locais e das políticas públicas é insuficiente, não existindo deliberações ou quando ocorrem são demandas vindas

da própria secretaria Municipal ou do Ministério da Saúde. Isso demonstra a fragilidade técnica e política dos conselheiros, sendo que a atuação deles é de apenas homologadores do processo, abstendo-se de seus papéis de propositores e formuladores das políticas de saúde.

Para Bispo, Messias e Sampaio (2006), ainda a falta de capacitação dos conselheiros de saúde é um obstáculo para o pleno exercício do controle Social.

Em seu estudo, Floresta (2014) inferiu que demandas de cunho pessoais muitas vezes são favoráveis à pressão social, porém são discussões vazias sobre macro políticas sociais e de saúde como um direito.

Para o estudo de Arantes et al. (2007), a participação social na saúde é considerada recente em muitos locais, por conta de heterogeneidade da implementação do SUS nas regiões do Brasil, por isso a participação popular ainda não é tão efetiva, a população não se habitou a exercer este direito. Outros fatores de fragilidade sobre a pouca participação descritos neste estudo, foram a cultura de não participação que continua presente na sociedade e o medo da discriminação.

Os conselheiros usuários não têm clareza dos objetivos e do funcionamento dos conselhos gestores, o que proporciona distorções de papéis e em muitas situações as necessidades levantadas no espaço de discussão são aquelas de interesse pessoal e não da população representada, conclui o estudo de Arantes et al (2006).

Para o estudo de Longhi e Canton (2011, p.28) uma das fragilidades do conselho gestor está de como o usuário entende o conceito cidadania, pois:

[...] a simples participação nos espaços institucionais com esta concepção ainda imprecisa de cidadania pode levar os usuários do SUS a não resolverem suas reivindicações e a apenas cumprirem o papel de aprovadores de programas e pacotes ministeriais de financiamento para a saúde. Este papel pode levar a negociações e acordos com o Estado que, muitas vezes, não condizem com as reais reivindicações que, historicamente construídas, se tornaram bandeiras de luta dos militantes em saúde que acreditam numa saúde pública e de qualidade, conforme explicitada na Constituição Federal de 1988 e nas leis de saúde.

d) Facilitadores dos conselhos gestores de saúde:

Foram descritos como facilitadores para a execução do controle social na

Atenção Básica: a motivação, o trabalho em equipe, a aproximação e o vínculo entre usuários e trabalhadores (Aline e et al., 2014).

e) Os principais desafios apontados foram:

- 1) Existe uma necessidade de transformação nos processos da gestão e da participação social. (Pestana, Vargas, Cunha, 2007)
- 2) Um dos desafios para o controle social com os atores na atenção básica seria a participação do cidadão na gestão pública e intervenção das ações do Estado, desta maneira os indivíduos exerceriam sua cidadania de forma crítica e consciente (Aline et al, 2014).
- 3) É imprescindível a articulação dos diversos atores do SUS, o suporte técnico, o apoio dos trabalhadores de saúde e gestores aos conselhos locais de saúde para uma ampliação da participação política dos usuários nos espaços de controle social, contribuindo assim para a consolidação do SUS, para o exercício crítico da cidadania e melhoras na qualidade de vida para todos os cidadãos (Aline et al., 2014).
- 4) No estudo de Floresta (2014), é apontada a necessidade da elaboração de instrumentos jurídicos de apoio aos espaços decisórios, para garantir a autonomia e o exercício da tomada de decisões, bem como as necessidades da consolidação de uma base de apoio e da capacitação nos conselhos gestores de saúde.
- 5) É necessário capacitar os conselheiros de saúde, no contexto de atuação no controle social, na divulgação da participação do conselho gestor, na apresentação das necessidades de saúde e propostas locais (Arantes et al., 2007).
- 6) Como desafio se faz necessário repensar o exercício do Controle Social no Brasil, o desenvolvimento de práticas sociais de amadurecimento político, onde os fóruns de participação social possam ser instrumentos na construção de uma sociedade democrática (Bispo, Messias, Sampaio, 2006).
- 7) A capacitação no conselho gestor deve ser um processo não somente de informação, mas também de formação, que se aprende a aprender, a

desenvolver as habilidades para lidar em grupo, para o planejamento das ações, para facilitar e aumentar a capacidade na articulação. É necessário conhecer a legislação do SUS, para que os conselheiros se tornem sujeitos capazes de participar e de se articular com os diversos atores deste cenário político e público (Wendhausen, Cardoso, 2007).

8) O desafio do conselho gestor

[...] é encontrar uma maneira de satisfazer as necessidades de saúde da população, procurar transcender o olhar para uma dimensão mais abrangente da política, entendendo os determinantes do processo saúde-doença, bem como as intervenções mais imediatas originadas no dia-a-dia da unidade. O ponto de partida é sempre a realidade concreta, os problemas vividos por cada um e expressos a seu modo (Pestana, Vargas, Cunha, 2007, p.30).

A revisão da literatura sobre conselho gestor levou às seguintes problematizações:

1. A pouca participação nas reuniões do conselho gestor é descrita nos estudos analisados, como algo enraizado na cultura da nossa sociedade, bem como o desconhecimento da participação social nos espaços legitimados, dessa forma o direito de cidadania não é exercido. Como transformar essa realidade? Será possível essa transformação na atualidade? Quais os limites da participação nos conselhos?
2. Um dos desafios apontados nos estudos diz respeito à necessidade de capacitação para os conselheiros, tendo como objetivo fomentar a participação crítica, as habilidades necessárias para articulações com os diversos atores e nos vários cenários. Utilizando-se dos conhecimentos sobre a legislação do SUS, de como foi e se dá a participação social, como construir material educativo que compreende todas essas necessidades, para estimular/incentivar a participação consciente e crítica dos cidadãos?
3. De qual forma abordar a dimensão política no material educativo, para que os participantes dos conselhos desenvolvam os papéis de propositores e formuladores das políticas de saúde?

2 Considerações teóricas

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O conceito de participação social para a sociologia apresenta dois significados: o primeiro assinala a importância da integração e incorporação do indivíduo na organização da sociedade; o segundo tem um caráter político, no qual a participação é entendida como democratização ou participação efetiva dos cidadãos nas decisões da sociedade. A participação está consolidada nos processos históricos, como exemplo, em Atenas a participação na cidade (*pólis*) era uma exigência da democracia, independentemente do conhecimento sobre a política, os homens livres que não participavam eram considerados *idíótes* (idiotas); no ideal da sociedade cidadã, a não participação era inaceitável. Na cultura política burguesa, a participação se torna, por séculos, limitada aos homens de escolaridade elevada e renda alta. Os regimes democráticos vigentes a partir do século XX surgiram com a participação dos operários, em seus movimentos contra o voto qualificado e o associativismo restrito (Stotz, 2006).

Outra concepção da participação social está no pensamento social marxista, que define como uma forma de "integração social e um processo para a reprodução social que, na sociedade dividida em classes, tem o sentido da reprodução dos interesses das classes dominantes" (Stotz, 2006, p.150).

Para Gohn (2006), a participação social, no contexto dos anos 90, foi baseada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e na mudança na compreensão do papel do Estado.

Para Valla (1998), o termo participação popular possui inúmeras definições, para diversos estudiosos há o consenso no que se refere a concepção populacional mais ampla do que apenas um movimento sindical ou a política partidária.

A natureza da participação, segundo Côrtes (2009), pode ser definida como uma simples escuta, a consulta ou defesa dos interesses de consumidores e dos usuários individualmente ou no envolvimento ativo de participantes que representam interesses organizados, sejam estes em comitês, comissões e conselhos.

Para Gohn (2011), a palavra participação é um dos vocabulários mais utilizados na modernidade nos âmbitos político, científico e popular. De acordo com

a época e a conjuntura histórica, está associada a outros termos, tais como democracia, representação, organização, cidadania, solidariedade, dentre outros. Ela é analisada em três níveis básicos: a) conceptual, em que apresenta um alto grau de ambiguidade e varia conforme o paradigma teórico que se fundamenta; b) político, é associado a processos de democratização, porém pode ser utilizado como um discurso mistificador, buscando apenas a integração social de indivíduos, isolados em processos que reiteram os mecanismos de regulação e normatização da sociedade; c) prática social, relacionado ao processo social, onde as ações são de lutas, movimentos e organizações para realização de um objetivo, neste nível a participação é um meio viabilizador.

Existem inúmeras formas para se entender o conceito de participação, algumas são clássicas e ocasionam interpretações, significados e estratégias distintos, entre elas se destacam: liberal, autoritária, revolucionária e democrática (Gohn, 2011).

A concepção liberal, tem como base as implicações do liberalismo, que busca a constituição da ordem social que assegure a liberdade individual, a participação tem como objetivo o fortalecimento da sociedade civil, não para que ela participe da vida do Estado, mas para fortalecê-la e evitar as ingerências do Estado, tais como o controle, a tirania e a interferência na vida dos indivíduos. Tem como finalidades a reforma na estrutura democrática representativa e no aprimoramento na qualidade da democracia nos marcos das relações capitalistas. Neste modelo as ações estão voltadas para evitar os obstáculos burocráticos à participação, para ampliar os canais de informações aos cidadãos e para desestimular a intervenção do governo. A participação liberal se fundamenta no princípio da democracia em que todos os membros da sociedade são iguais, sendo o meio para a busca de satisfação das necessidades. Dentro desta concepção de participação, temos como derivativos as participações corporativa e a comunitária, a primeira é compreendida como um movimento espontâneo dos indivíduos e que ocorre de uma adesão do espírito, onde existe um sentimento de identidade e concordância com alguma ordem social criando algo superior denominado, o bem comum; a segunda concebe o fortalecimento da sociedade civil na integração dos órgãos representativos da sociedade aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado. Desta maneira a participação corporativa-comunitária tem como uma de suas características uma forma institucionalizada, onde os grupos organizados participam no interior dos

aparelhos de poder estatal e existe uma fusão nas esferas do poder público e privado, tendo como exemplo as propostas dos conselhos nos anos de 80 no Brasil, na gestão do PMDB (Gohn, 2011).

A participação autoritária é orientada para a integração e controle social da sociedade e da política. Está presente nos regimes políticos de massa de direita, como o fascismo e de esquerda como as grandes comemorações nos regimes socialistas, porém pode ocorrer nos regimes democráticos representativos, como um derivativo, participação de natureza cooptativa, que ocorre nas arenas das políticas públicas ao estimular, de cima para baixo, a promoção de programas com o objetivo de diluir os conflitos sociais (Gohn, 2011).

Na concepção democrática a soberania popular é o princípio regulador e a participação se desenvolve tanto na sociedade civil (movimentos sociais e organizações autônomas da sociedade), quanto no plano institucional (instituições formais políticas). Tal concepção é contrária ao corporativismo e define posições entre a sociedade civil e o sistema político. Estão presentes neste tipo de participação alguns vícios encontrados na concepção liberal, tornando evidente a constituição de redes clientelísticas, movidas pelo poderio econômico ou da importância política, pois tem como princípio a delegação de um poder de representação, independente da forma em que foi constituída esta representação (Gohn, 2011).

A concepção da participação nas formas revolucionárias apresenta-se nos coletivos organizados que lutam contra as relações de dominação e pela divisão do poder político. A luta ocorre em diferentes arenas: no sistema político e nos aparelhos burocráticos do Estado. Tal concepção tem como ator principal o sistema partidário, tendo como missão a formação de quadros para uma participação qualificada nos espaços nas diferentes arenas (Gohn, 2011)

Nas últimas décadas, nos países desenvolvidos, os mecanismos participatórios foram institucionalizados, desta maneira apresentavam-se como complemento ou alternativa às formas tradicionais de representação política nas democracias liberais. Em virtude do agravamento da crise internacional e com a ascensão de políticos conservadores nos países centrais, que defendiam ideias inspiradas no pensamento da nova direita, as agências internacionais prescreveram aos países em desenvolvimento que promovessem a auto-sustentação econômica, através de

teorias econômicas neoclássicas, provocando a ideia do Estado indutor do crescimento econômico e do bem estar social, bem como a participação comunitária para atingir o desenvolvimento. A principal estratégia para melhorar as condições nestes países marcados por imensos problemas sociais e econômicos, principalmente na área da saúde, seria o investimento nos cuidados primários de saúde, Declaração dos Cuidados Primários de Saúde de 1977, que apresentava como uma das principais diretrizes o estímulo à participação comunitária, no entanto, questionava-se qual era a possibilidade da elaboração de mecanismos que permitissem esta participação dos setores populares no processo de decisão política principalmente nos países latino-americanos. No Brasil, a reforma do sistema brasileiro de saúde sofreu imensa influência deste cenário político internacional, com a nova concepção de desenvolvimento e com a ideia dos cuidados primários de saúde (Côrtes, 2002).

A Declaração apresentava como recomendação a aplicação de tecnologias simplificadas através de um sistema de saúde hierarquizado, voltado para toda a população, priorizando os mais pobres. As propostas políticas estavam direcionadas ao estímulo do autocuidado e da autonomia das comunidades, mobilizando-as para assumirem a responsabilidade por sua saúde. O envolvimento das comunidades com os serviços de saúde proporcionaria um controle externo sobre burocracias que relutavam contra propostas de mudanças ou reformas nos sistemas de saúde (Côrtes, 2009).

No decorrer da história política para Viana (2007), as expressões democracia e autogestão algumas vezes são definidas como complementares e outras como opostas. A democracia moderna é vista como uma democracia representativa e a autogestão como democracia direta. Elas se complementam explicitamente para alguns pensadores, como exemplo na democracia progressiva de Togliatti, onde as instituições da democracia representativa conviveriam harmonicamente com as instituições da democracia de base; na dualidade de poderes de Carlos Nelson Coutinho; da futura sociedade autogerida de Chauvey. A democracia e a autogestão são opostas para os seguintes pensadores: Marx quando critica o Estado capitalista, para ele autogestão seria um processo de auto governo e a democracia seria uma forma da divisão de classes, uma forma de dominação; Pannekoek faz uma crítica sobre a democracia burguesa, considera que juntamente com o parlamento são

formas de escravidão do proletariado e defende o sistema conselhistas de organização dos operários, que é um meio de libertação para uma sociedade fundada no autogestão social.

As políticas estatais de assistência social são geralmente denominadas como políticas públicas e são geridas, determinadas e beneficiam as necessidades das empresas capitalistas com a finalidade de garantir a reprodução da força de trabalho; a pressão da classe trabalhadora e outros grupos sociais para que as suas demandas sejam atendidas por estas políticas; e para reduzir os conflitos sociais para evitar crise governamental ou a transformação social. A formulação dessas políticas estatais de assistência social está relacionada com a necessidade do capital, pois a força de trabalho precisa se locomover, mesmo com o mínimo de assistência médica, de educação para manter o exercício de suas atividades. O Estado Capitalista executaria a política de assistência social apenas para reposição da força de trabalho, independente de pressões da classe trabalhadora e de outros grupos e movimentos sociais. Porém na tese de Offe a pressão realizada pelos trabalhadores, movimentos ou grupos sociais e apoio de outros setores sociais, em dado momento histórico, pode intervir no Estado para que este invista em políticas estatais de assistência social para além do necessário somente para a reposição da força de trabalho, porém existem momentos históricos em que a força da classe trabalhadora e dos movimentos sociais ameaçam a governabilidade ou geram possibilidades de transformação do conjunto das relações sociais e neste caso o Estado e a classe burguesa realizam concessões para evitar riscos em seus interesses (Viana, 2006).

Para Viana, (2006, p.4-5)

[...] as políticas estatais de assistência social têm o objetivo de beneficiar a classe capitalista enquanto capitais individuais (reposição da força de trabalho, que não pode ser feita pelo capital) e enquanto interesse coletivo da classe capitalista (amortecimento das lutas de classes) [...]

[...] O Estado capitalista não é um instrumento neutro que pode ser apropriado por qualquer classe social. O caráter capitalista do Estado se revela não através da identificação de quem está no governo, mas sim na sua essência enquanto relação de dominação de classe.

Estado ampliado constitui elemento importante para se compreender a importância das lutas sociais. Para Viana (2007, p.63) "a democracia representativa

moderna é um produto do desenvolvimento das lutas sociais e da ação do Estado moderno. Este, por sua vez, expressa os interesses da classe dominante.[...]"

Para Côrtes (2002, p.21) "[...] nos países latino-americanos os interesses não dominantes - tais como os dos sindicatos, dos trabalhadores rurais, dos moradores urbanos pobres - seriam sistematicamente excluídos dos canais decisórios. Suas demandas seriam filtradas por relações estabelecidas por funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais."

Nas décadas de 80 e 90, a experiência de diversos países latinoamericanos, entre os quais o Brasil, é caracterizada por convívio tenso entre os processos de democratização e de transformação estrutural, tanto nos aspectos econômicos quanto em relação às formas tradicionais de atuação e de compreensão do Estado (Silva, 2004).

A elaboração das políticas públicas se dá através dos interesses gerais do capital, das necessidades da acumulação capitalista, dos conflitos existentes no interior do bloco dominante do Estado capitalista, da pressão popular, dos lobbies extra-parlamentares. E a forma de aplicação destas políticas possuem determinações dependentes da época, da ação dos trabalhadores e dos movimentos sociais (Viana).

Para Silva (2004), os processos de participação social podem ser analisados através da relação entre Estado e sociedade civil. Destacam-se dois movimentos de participação social; o primeiro ocorre quando a sociedade é responsável pela construção da esfera pública e pela manutenção de sua autonomia independente de tentativas de interferência e/ou direcionamento pelo Estado ou pelo mercado, isso ocorre na sociedade civil autônoma e que efetiva a relação democrática entre o domínio político-administrativo; o segundo movimento é de uma sociedade incapaz de desempenhar o seu papel de mediação e de interlocução, advém de uma sociedade civil fragilizada, heterônoma e onde os atores sociais se encontram subordinados aos interesses do mercado e/ou do Estado.

A definição de participação social implica no entendimento das diversas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para "influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.)" Valla (1998, p 9).

Existem outras correntes que definem a participação, Valla (1998) descreve

como a modernização, a integração dos grupos marginalizados e o mutirão. O termo modernização está vinculado a uma determinada sociedade que deveria superar os atrasos tecnológicos e culturais, pois estes introduziriam profundas mudanças na sociedade; a integração dos grupos marginalizados tem como princípio de que uma grande parte da população está fora da sociedade, em razão da pobreza. Nesta modalidade o difícil acesso aos serviços básicos era decorrência da ignorância ou passividade da população marginal e que necessitaria de incentivo, de esclarecimento para participar dos benefícios do progresso econômico e cultural. Culturalmente, em nosso país, essa concepção tem raízes fortes e inspira os inúmeros programas do governo, ocultando que a população marginalizada sempre esteve inserida na sociedade, porém participando de forma desigual da distribuição de renda e a integração desta população aconteceria através da garantia de emprego, de salários dignos e melhoria dos serviços básicos; o mutirão é outra forma de participação popular em que há o apelo, à população que reside nas periferias, que realize com o seu próprio trabalho, o tempo para o lazer e até mesmo o seu dinheiro, as ações e obras de responsabilidade do governo. Os governos brasileiros autoritários e unilaterais nas decisões sobre a quantidade e qualidade dos serviços de saúde, ao perceberem que não darão conta de um determinado problema convocam a população para o combate através do mutirão.

2.1.1 Participação Social no Brasil

A discussão sobre a participação popular no Brasil teve seu início nos anos 30 e 40 com o surgimento das políticas públicas, em que a participação e a intervenção do Estado existiram para garantir a contínua e crescente reprodução capitalista bem como para suprir os serviços de infraestrutura para o grande contingente populacional que aumentou a urbanização nas periferias das grandes metrópoles, mas teve como contradição a falta de interesse do capital em investir em obras que oferecesse pouco lucro imediatamente (Valla, 1998).

Depois de 1945, com a democratização política e o crescimento econômico industrial aconteceu o fortalecimento do movimento sindical, que passou a ter maior influência na escolha dos dirigentes dos institutos, bem como na indicação dos representantes dos empregados que assumiriam parte nas instâncias colegiadas

dos institutos previdenciários (Côrtes, 2002).

Durante o regime autoritário militar, em 1964, ocorreu a centralização das instituições políticas e estímulo ao crescimento da provisão privada de bens e serviços. Com a reforma fiscal, na Constituição outorgada de 1967 e as emendas constitucionais de 1969, concentrou-se o poder político, as competências e os recursos financeiros nas mãos da União. A administração pública possuía um padrão autoritário, utilizando as decisões técnicas no planejamento e na gestão, os canais abertos para manifestação pública foram fechados, não era permitindo a participação dos trabalhadores nos órgãos decisórios e consultivos da previdência social, esse retrato se estendeu de 1964 a 1985 (Côrtes, 2002).

Neste período do regime militar, as políticas de saúde tinham como um dos seus pressupostos, o monopólio do saber médico na sociedade, se igualando ao pressuposto que regia a medicina científica (biomedicina). A hegemonia do monopólio da medicina científica se mantém em todo o período da criação e expansão da medicina previdenciária no Brasil. Em 1968, a atenção médica previdenciária mostra-se insuficiente e com baixa resolutividade aos problemas gerados pela industrialização acelerada, pelas condições de exploração, pela baixa incorporação dos trabalhadores ao mercado formal de trabalho e pela precária infraestrutura urbana. O auge dos limites da atenção previdenciária acontece durante o reformismo autoritário implementado pelo governo do general Geisel, onde são implantadas as políticas de continuidade do projeto de desenvolvimento capitalista pelo Estado, meados da década de 1970. Para os tecnocratas essa ação diminuiria as tensões sociais causadas pelas políticas de arrocho salarial e da concentração de renda (Stotz, 2005).

No setor saúde, a partir de 1974 surgiram iniciativas para estimular o envolvimento da comunidade, que foram implementadas na área da saúde pública, os serviços eram voltados à população excluída, sem acesso aos serviços de saúde da previdência. Neste mesmo ano, o governo demonstra uma maior preocupação com a promoção de políticas para a expansão de ações e serviços de saúde, no entanto, o ritmo de crescimento econômico apresentou uma desaceleração bem como o enfraquecimento do regime militar, principalmente em suas bases sociais de apoio (Côrtes, 2002).

Algumas iniciativas de participação social neste período da história, aconteceram no final da década de setenta, em municípios de pequeno e médio porte, onde os governadores e secretarias municipais, opositores ao regime militar, implementaram políticas guiadas pelos princípios dos cuidados primários de saúde, oferecendo os cuidados básicos de saúde às comunidades e o envolvimento destes usuários nas decisões tomadas nos serviços de saúde, existindo também uma participação intensa dos profissionais de saúde (Côrtes, 2002).

Como afirma Stotz (2005), a introdução da Medicina Comunitária nas periferias teve como aspecto marcante a criação e reorientação dos interesses e objetivos de uma comunidade, transformando os grupos mais pobres em sujeitos e atores, tensionando os limites da estrutura social e de poder vigentes. Essa participação comunitária estimulada provoca nos grupos mais pobres a utilizarem os seus próprios recursos para superação da sua marginalidade e a sua própria integração ao processo de desenvolvimento econômico.

As conquistas relacionadas a esta nova visão da Medicina Comunitária, onde os sujeitos se tornam atores e transformadores da realidade, aconteceram nas décadas de 70 e 80, na periferia do Brasil, como descreve Stotz (2005), em Porto Nacional, norte de Goiás, com a criação da comunidade de saúde, desenvolvimento e educação, que incentivava a participação da população no planejamento, na execução e na avaliação das atividades; com a pesquisa Meio Grito, em Goiás, sobre as condições de vida e dos direitos do povo à saúde nas periferias das cidades, tal pesquisa nasceu através das comissões de saúde organizados pelos lavradores, donas de casa, professoras rurais e estudantes. Com a percepção da situação de exploração e de marginalidade esta pesquisa teve como resultado a necessidade do povo conhecer os seus direitos e como objeto foi elaborada uma cartilha escrita com a participação do povo; com a experiência de Cabuçu, em Nova Iguaçu, o trabalho de ação de saúde, que levantou a problemática da população de periferia urbana pobre, com o desenvolvimento de um curso de saúde inicialmente para treinar uma equipe de moradores para desempenhar atividades de saúde relacionadas aos cuidados de doenças como a tuberculose e a desnutrição, e posteriormente ampliou-se para outros bairros e teve como objetivo o de mobilizar e organizar a comunidade a partir do levantamento do problema de saúde, a sua causa, as experiências associativas e o planejamento das ações coletivas; e o

movimento de saúde da zona Leste da cidade de São Paulo, tendo como marco as reivindicações dos moradores por serviços de saúde, a criação da comissão de Saúde e posteriormente a criação do primeiro conselho de saúde com participação e eleição de moradores pelo voto direto.

No governo do general Geisel começa o processo de normalização institucional com a criação do Ministério da Previdência Social e ao final da sua gestão com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) operando através de convênio com o setor privado. A cobertura da população ocorre pela inclusão dos segmentos de assalariados na cidade e no campo, sendo excluídos os trabalhadores informais. Há uma divisão histórica entre uma saúde pública coletiva e preventiva e uma medicina previdenciária, individual e curativa. Com a criação do MPAS e a instituição da medicina previdenciária surge, em julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde, mesmo período em que o Ministério da Saúde ganha importância, pela criação de novas agências institucionais, implementação de políticas e reativação das conferências nacionais de Saúde (Stotz, 2005).

O regime militar, ao longo da década de setenta e na primeira metade dos anos oitenta, tomou medidas que constituíam novos canais de representação de interesses. Restabeleceu-se ou criou-se formas democráticas de representação e expressão política, como exemplo: eleições para cargos do poder executivo, liberdade de imprensa, de associação e organização partidária. Criação de comissões ou conselhos em que sua composição deveriam ter representantes da sociedade civil (Côrtes, 2002).

Os anos oitenta foram conhecidos como a “década perdida”, para Côrtes (2002, p.22) [...]. O declínio da atividade econômica virtualmente neutralizará o governo central como agente indutor do desenvolvimento econômico.[...], a sociedade civil demonstrava uma capacidade de organização sem precedentes [...].”

Para Bravo (2012), foi na década de 80 que a sociedade brasileira presenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, e ao mesmo tempo conheceu uma prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais.

As experiências participativas, desde 1985, foram importantes não somente pela quantidade, mas principalmente pela vitalidade, pelo envolvimento dos participantes, bem como por sua disseminação pelo país e pela abrangência nas

diversas áreas de política social, com destaque a área da saúde quando antecipou-se à constituição de fóruns participativos, tais como os movimentos sociais urbanos, rural e sindical, entretanto, estes fóruns levavam as suas reivindicações diretamente aos gestores e políticos. Em 1984, foram elaboradas as comissões interinstitucionais municipais de saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal, estas comissões, exceto as regionais, institucionalizaram-se transformando em canais de representação política na organização do Estado, por meio do Programa das Ações Integradas de Saúde cujo fortalecimento em agosto de 1987, no Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (Suds), teve como objetivos a universalização do acesso aos cuidados de saúde, a racionalização dos custos e do uso dos recursos, unificando os serviços de saúde dos subsetores previdenciário e da saúde pública (Côrtes 2009 e 2002).

Para os reformadores do sistema brasileiro de saúde, o Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde favorecia que a sociedade civil tivesse o controle sobre o sistema e simultaneamente os grupos de interesse que estavam mobilizados nos fóruns de participação auxiliariam no processo de expansão dos apoios políticos para que a reforma acontecesse. Com as comissões interinstitucionais estaduais de saúde a participação popular tornou-se efetiva e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais. Foi com o Programa que estas comissões municipais tomavam parte nas decisões sobre os serviços contratados (Côrtes, 2002).

A participação popular distingue-se do mutirão, da modernização e de outras concepções, pois há uma participação política das entidades representativas da sociedade civil, através dos órgãos, agências ou serviços do Estado, que são responsáveis pelas políticas na área social. Na saúde, essa participação popular teve uma importância nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1988, na definição da construção e fortalecimento das propostas progressivas de reorientação da política do setor (Valla, 1998).

Segundo Gohn (2000), a participação social foi uma reivindicação da sociedade civil ao longo de décadas de lutas contra o regime militar. E para Cortes, 2002 (p.22) "O clímax da liberalização política, durante os anos oitenta, deu-se com o fim da ditadura militar e a promulgação da Constituição em 1988 [...]".

O controle social nos processos políticos da sociedade brasileira nos anos de

1980-1990 significou o processo de redemocratização política, marcado pelo fim do Regime Militar em 1984 e pela aprovação da Constituição cidadã em 1988. Porém o texto redigido sobre participação popular apresentou limitação, ficando aquém da formulação da 8ª Conferência, pois ao se referir as diretrizes da organização do SUS, apenas menciona a participação da comunidade, que historicamente no Brasil é restrita. O enfrentamento desta limitação no texto constitucional se torna evidente na Lei 8.142 de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (Stotz, 2006).

A participação social e a articulação entre a sociedade civil e o governo ampliam o poder de diferentes atores e segmentos sociais nos processos decisórios da política, exigindo maior compromisso dos envolvidos e estes devem desenvolver capacidades de análise, proposição e controle social na defesa de interesses coletivos. (Assis e Villa, 2003)

Para Shimizu e et al. (2013) o controle da sociedade civil sobre o Estado está ancorado na utopia igualitária idealizada na Reforma Sanitária, tendo como base a garantia da saúde como o direito do cidadão e a construção do fortalecimento do poder local através da gestão social democrática.

Com a Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, dos princípios e diretrizes do SUS, a participação social na saúde teve destaque, com a formalização da garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas da saúde (Arantes e et al., 2007). E a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS" (Brasil, 1990); estabelece que a organização será realizada em cada esfera do governo, através de duas instâncias colegiadas: A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Foi durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, que nasceu o termo controle social, na qual a participação passou a ser definida como o controle social sobre as políticas de saúde. Tal mudança ocorreu pelo temor dos movimentos sociais em perder a sua autonomia diante ao governo neoliberal de Fernando Collor de Melo, que se mantinha contra as organizações populares e esquerda (Stotz, 2006).

Campos, Viana e Soares (2015) afirmam que:

No setor de prestação de serviços públicos, como os de saúde, as diretrizes das políticas estatais concretizam-se nos processos de trabalho, tanto nos da assistência quanto nos da gestão. Portanto, no contexto do capitalismo contemporâneo o SUS é organizado e operacionalizado sob as formas de organização do trabalho engendradas pelo regime de acumulação integral, ainda que se considere apenas o âmbito público do sistema

2.2 CONTROLE SOCIAL

Foi na sociologia que a expressão controle social teve a sua origem. É utilizada para indicar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e ao mesmo tempo para submeter os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Desta maneira assegurando o consenso no comportamento dos indivíduos ao conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (Correia, 2009).

O significado de controle social na teoria política é ambíguo, pois tem sentidos diferentes de acordo com as concepções de Estado e de sociedade civil. Pode ser empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade ou para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado (Correia, 2009).

A expressão controle social, historicamente, foi entendida apenas como o controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É com essa definição que frequentemente é utilizado na sociologia, no sentido coercitivo sobre a população. No entanto, o sentido de controle social descrito na Constituição de 1988 é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (Bravo, 2013).

No período da ditadura militar, o controle social da classe dominante foi desempenhado através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de Decretos Secretos, Atos Institucionais e repressão. Durante esse período, a falta de interlocução com os setores organizados da sociedade, bem como a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a maneira que a classe dominante encontrou para cumprir o seu domínio promovendo o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista. Com a democratização, a ebulição política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários,

instituiu um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças (Correia, 2006).

A participação social, nas políticas sociais, foi idealizada na perspectiva do controle social, onde os setores organizados na sociedade civil participassem ativamente nas formulações, no acompanhamento destas políticas e até na definição da alocação de recursos. Durante a década de 90, no âmbito das políticas sociais, que surgiram os mecanismos de controle social, denominados de Conferências e Conselhos, constituindo-se em instâncias colegiadas que utilizaram o controle social no sentido inverso à do período ditatorial, onde a classe dominante mantinha o controle exclusivo sobre a sociedade, através do Estado, o qual utilizava formas de repressão e censura. Com estes novos mecanismos de controle social, os Conselhos e as Conferências, pressupõe-se que a sociedade civil teve o controle sobre as ações do Estado no âmbito das políticas sociais. Surgindo com uma nova significação, o controle social, na década de 1980, período de redemocratização do país, após um longo período de um Estado autoritário e centralizador (Correia, 2013).

Correia (2006) enfatiza que [...] “ a participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido desse, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população.”

Mesmo com a redemocratização do Estado Brasileiro a partir de 1980 e a participação social na perspectiva do controle social da sociedade sobre o Estado nas décadas de 80 e 90, o cenário atual favoreceu o Estado, pois Ele tem exercido o controle social sobre a sociedade, levando em considerações os interesses da classe dominante, pois vivenciamos uma economia capitalista, onde esse controle é realizado pela intervenção do Estado nos conflitos sociais de reprodução do capital, na implementação de políticas sociais para manter a atual ordem e difundir a ideologia dominante (Correia, 2009).

Tendo como referencial teórico o marxista italiano, Gramsci, Correia (2009), afirma que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas sim das classes sociais. Não há uma oposição entre Estado e a sociedade civil, mas sim uma relação orgânica, pois a oposição acontece entre as classes sociais e o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na

sociedade civil e também no Estado. Analisando a correlação de forças entre essas classes, em um dado período histórico é que se avalia qual classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Desta maneira, conclui-se que o controle social é contraditório, ora pertence a uma classe, ora a outra.

Na área da saúde o controle social é um direito conquistado, presente no capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, no princípio da “participação popular”. Juridicamente, o controle social, na saúde foi regulamentando em 1990, quando promulgada a Lei 8.412/90, que detalha como se dará o exercício do controle social na saúde (Bravo, 2012).

Nos anos 1990, observa-se ao redirecionamento do papel do Estado, que vivencia o avanço das teses neoliberais. Na contextualização de Bravo 2012 (p.52) [...]“A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle social sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988.”

2.3 CONSELHO GESTOR

Para Gohn (2006, p.10) os conselhos gestores "foram conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil organizada. Eles são um instrumento de representação da sociedade civil e da sociedade política que lutaram pela democratização [...]".

Para Gohn (2006, p.7) "os conselhos gestores são instrumentos de expressão, representação e participação [...] são dotados de potencial de transformação política [...]".

O processo participativo nos conselhos e conferências de saúde, sofreu influências com as transformações recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde. Tais mudanças constituíram o conjunto de programas e disposições legais que foram implementadas durante a década de oitenta, acrescidas das Normas Operacionais do Ministério da Saúde, na década de noventa, normatizando e estimulando o processo de municipalização (Côrtes, 2002).

Longhi e Canton (2011) reforçam que o Estado e os setores da sociedade civil

envolvidos com o projeto participativo substituem o confronto aberto da década anterior, período de ditadura militar, pela possibilidade de uma atuação articulada com o estado, apresentada pelos espaços institucionalizados de participação popular.

Há um esforço das organizações que representam os interesses de usuários em aumentar sua influência nos conselhos de saúde, sejam estes nacional, estaduais e municipais. Estas reconhecem possibilidades para que os usuários participem ativamente do processo de decisão política setorial, neste novo desenho institucional (Côrtes, 2002).

Foram nos anos 90 que os conselhos se tornaram a grande novidade, tendo um caráter interinstitucional. Estão inscritos na Constituição de 1988, tendo como princípio geral a cidadania, e estes são instrumentos mediadores na relação entre a sociedade e o Estado. (Gohn, 2006).

Os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, foram criados pela legislação, porém não foram instituídos a partir de um vazio institucional. Em muitos casos, os conselhos tiveram a sua origem na adaptação das comissões interinstitucionais existentes, às novas exigências legais. As conferências de saúde também tinham tradição desde o início do século, a diferença foi a introdução das regras em relação à periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil (Côrtes, 2002).

A participação da sociedade na dinâmica do SUS se destaca como um dos princípios do sistema de Saúde para garantir a gestão democrática e o controle social sobre ele. Esta participação é institucionalizada nos conselhos e conferências de saúde. Os conselhos estaduais e municipais passam a ser incluídos na gestão descentralizada do SUS e a sua criação é estimulada ao longo dos anos 90, de modo que existem no Brasil conselhos de saúde na sua totalidade dos estados e municípios (Côrtes, 2009).

Os Conselhos são espaços tensos, onde diferentes interesses estão em disputa contínua. São baseados na concepção da participação social, tendo como inovação a ideia do controle ser exercido pela sociedade pela presença e ação organizada dos diversos segmentos. São espaços que devem ser visualizados como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, tendo uma nova maneira de participação, construída em uma cultura alicerçada na democracia participativa e

com a expectativa de construção da democracia de massas (Bravo, 2012).

A Lei 8142/90 descreve o Conselho de Saúde como um "órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo (com poder de decisão), composto com representatividade de toda sociedade e a sua composição deve ser Paritária".

Aos Conselhos de Saúde, a lei confere que atuem na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. (Brasil, 2003).

O Conselho Gestor tem como objetivo:

[...] assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo. E tudo isso efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade (Brasil, 2003).

Stotz realiza uma avaliação inicial do processo do controle social no SUS, tendo como base as conferências de saúde e a criação dos conselhos de saúde aponta como principais limitações:

[...] sobre as conferências de saúde, a história mostrou que não conseguiram se tornar instâncias populares, principalmente pelo processo de convocação e de encaminhamento. [...] O ponto de partida das conferências não tem sido a mobilização popular identificar e debater as condições de vida e de trabalho, [...] E sim, o credenciamento das organizações populares para participar da conferência com indicação dos delegados. A partir deste processo organizativo tem ocorrido um processo ascendente. A agenda a ser debatida, tem sido encaminhada de cima para baixo, a partir do Estado em direção aos representantes dos usuários (Stotz, 2006, p 152-153).

Os conselhos de saúde também enfrentam dificuldades em cumprir a atuação na formulação das estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Os conselheiros possuem uma agenda sobrecarregada pelas demandas de atenção às doenças e incapacidades, tornando-se em "carimbadores de despesas", nos diversos níveis do sistema. A proposta de capacitação para os conselheiros sobre fiscalização das políticas, principalmente sobre os gastos em saúde, é considerada um tema distante dos conselhos de saúde. (Stotz, 2006).

Um outro aspecto trazido por Stotz (2014) é sobre o clientelismo presente na democracia representativa ou burguesa do Brasil, que é visto como uma deficiência

ou limite desta, transformando o cidadão como massa de manobra de interesses particularistas de políticos usurpadores do bem público.

Em contrapartida, Côrtes (2002) discorre sobre a presença da elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde que atuam dentro do executivo e legislativo, provocando modificações político-institucionais que viabilizem a participação dos usuários. Tais reformadores defendem a participação, pois acreditam na democratização do processo de decisão política do Estado. Além disso, essa aliança com os movimentos sociais dá suporte político para enfrentar as resistências dos grupos de interesse contrários às reformas e no confronto dentro do governo com outras áreas políticas, que competem com a de saúde pela obtenção de recursos escassos.

Para Valla (1998), a precariedade dos serviços de saúde nas grandes cidades proporciona discussões sobre o problema do acesso, monopolizando quase todo o tempo das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde. Ao dedicar um tempo excessivo sobre questões de acesso, o olhar desses conselhos volta-se apenas para a categoria demanda, faz se necessário o questionamento sobre a democracia representativa. A implantação dos Conselhos Municipais de Saúde aconteceu a partir da Constituição de 1988 e são espaços deliberativos e legítimos, apoiados pela sociedade civil, mas muitas vezes as propostas desses Conselhos são contrárias aos anseios dos autores da proposta presente na Constituição de 1988, servindo para encurralar em um espaço único os movimentos populares. Também afirma Valla (1998) a lentidão em agir dos Conselhos Municipais e a imensa dependência dos Secretários Municipais de Saúde e dos segmentos dos profissionais da saúde, somando com os graves problemas de saúde enfrentados pela população, serviriam como um alerta para a reacender as experiências da democracia direta.

Bravo e Menezes (2013) reforçam que:

[...] os Conselhos e as Conferências não são espaços neutros, nem homogêneos, pois neles existem o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo das políticas sociais na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas lá representados, mesmo que estes interesses não sejam explicitados como tais. Estão presentes os interesses da rede privada, corporativos, clientelistas, de entidades sociais, dos setores populares organizados e dos sindicatos. Isso quer dizer que o controle social é uma possibilidade neste espaço, a depender da correlação de forças dentro dos

mesmos que, por sua vez, é resultante da correlação de forças existentes no conjunto da sociedade civil (Bravo, Menezes, 2013,p 323).

2.4 DIMENSÃO POLÍTICA

As relações entre o Estado e a sociedade civil são melhores avaliadas quando se compreende o modo de articulação entre ambos no decorrer da história da civilização.

O Estado não expressa um conceito universal e absoluto, pois ele não é igual em todos os momentos históricos e nem em todos os contextos socioculturais. Não é o criador da sociedade, mas sim criatura e mesmo nas suas diferentes formas em que se apresentou (liberal, social-democrata, oligárquica) sempre procurou se impor à sociedade e dominá-la (Pereira, 2012).

Para Pereira (2012, p. 28) [...] “o Estado é um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes se confrontam em defesa de seus interesses particulares. [...] é uma arena de conflitos de interesses.”

Correia (2006) contribui citando que a sociedade civil não é homogênea e sim um espaço de lutas com interesses contraditórios. Tais lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores representativos dos interesses do capital e do trabalho na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia.

Desde os gregos, na Antiguidade, o Estado é dito como instrumento de dominação, para quem o Estado e a lei eram recursos políticos que sempre andavam na mesma direção. Platão discordava do sistema de dominação representado pelo Estado em que somente os governantes exerciam o poder absoluto. Para limitar este poder as leis foram pensadas e eram vistas como instância soberana superior e independente. As suas funções de disciplina e educação acometeriam tanto o Estado quanto as comunidades, porém não eram universais e sim prerrogativas daqueles que estavam organizados segundo a determinação da *pólis* (Estado) (Pereira, 2012).

Na Roma antiga, os sistemas político e jurídico expressavam a realidade complexa e multinacional do Império Romano e das conquistas individuais, como a autonomia da criação e o reconhecimento das diferenças entre os homens. O

Estado romano passou a ser pensado como *res publica*, uma comunidade ou coisa do povo e não simplesmente como uma aglomeração casual de indivíduos. Ao mesmo tempo o Estado passou a ser associado à justiça, pois não cabia ser um Estado injusto, fosse este monárquico, aristocrático ou democrático (Pereira, 2012).

A ideia de comunidade ampliada e da administração centralizada, herdada de Roma, se manteve na Idade Média, com um novo conceito de cidade-capital e novas obrigações do Estado, tais como o zelar pela justiça, pela paz e pela segurança. Esboça-se o conceito de serviço público regulador das relações humanas e das atividades econômicas (Pereira, 2012).

A noção de Estado de Direito ganhou importância na era moderna e com a teoria do Estado de Montesquieu foi incorporada a ideia inglesa de divisão dos poderes (executivo, legislativo e judiciário) como maneira de conter o poder dos governantes. Tal teoria foi o modelo para o Estado constitucional americano, inspirou o princípio da igualdade jurídica sendo referência na Europa para os reformadores dos sistemas políticos da Alemanha e da Áustria e para os revolucionários na França, no século XVIII. Iniciou-se a defesa do princípio do controle público, o Estado se enquadrava nos limites constitucionais, socialmente legitimados. Bem com o interesse das Ciências Sociais pela temática do Estado, predominando conhecimentos que embasaram as ideias liberais e contemporâneas, como Max Weber (Pereira, 2012).

Para os liberais o Estado passa a ser idealizado com uma instância separada da sociedade, tornando-se a mais elevada associação dos membros da sociedade, devendo constituir os padrões para a atuação conjunta das forças sociais e garantir a identidade e a autonomia. Implicava que os fatores sociais e econômicos não comprometeriam a organização estatal, por tanto não existia a preocupação em prestar serviços à sociedade e nem mantê-la em equilíbrio, fortalecendo o conceito de igualdade formal e jurídica, no entanto, não assumia compromissos com a desigualdade real (Pereira, 2012).

Na era da industrialização, a regulamentação jurídica das relações entre os membros da sociedade pré-industrial, sofreram sensíveis mudanças, onde a regulamentação da vida individual se transformou em tema de direito público, desta maneira os direitos privados perderam a prioridade diante o Estado, isso se deu pela mudança de pequenas comunidades produtivas agrícolas para uma sociedade livre

de mercado e simultaneamente se formam e fortaleciam-se as organizações de defesa dos interesses dos trabalhadores, consumidores e pequenos produtores. (Pereira, 2012).

Em decorrência das crescentes demandas sociais, o Estado capitalista para sobreviver, cedeu à sua posição distante de árbitro social para tornar-se interventor, ou seja, passou não somente a regular com mais intensidade a economia e a sociedade como a empreender ações sociais, prover benefícios e desempenhar atividades empresariais. Desde o final do século XIX, o Estado Capitalista, tornou-se um Estado de Bem-Estar ou Estado Social.

Com as mudanças existentes nas sociedades modernas surgiram novos e complexos problemas para o Estado capitalista, como um fator perturbador da ordem e das instituições liberal-burguesas, estava à questão social, que foi formada a partir do pauperismo e da miséria das massas. Neste momento, o sistema capitalista, realizou uma caminhada em busca de uma alternativa ao liberalismo, nascendo, no final do século passado, o Estado capitalista regulador, o Estado de Bem-Estar, que se envolvia com a garantia, a administração e o financiamento do seguro social. Em diversos países surgiram às ações intervencionistas deste Estado, como exemplo, Alemanha entre 1883 e 1889 que implantou o sistema previdenciário; na Grã-Bretanha em 1864, surgiu a legislação fabril e nos anos de 1905 a 1911 adotou o sistema de seguro nacional progressivo. Nos anos de 1883 e na eclosão da Primeira Guerra Mundial vários países industrializados implantaram nas agendas intervencionistas, política públicas compensatórias aos riscos sofridos pelos trabalhadores industriais (Pereira, 2012).

Em 1929, a grande depressão econômica, com seus efeitos na inflação, no desemprego, ocasionou tensões sociais agudas no mundo ocidental, o que exigiu do Estado capitalista uma regulação estratégica, onde assumiu despesas consideráveis para manutenção do emprego e para oferecer melhores condições de vida aos trabalhadores. O Estado utilizou, por mais de trinta anos, como base teórica e política a doutrina keynesiana (forma de produção em série, de larga escala realizada em grandes fábricas). Com a doutrina de John Maynard Keynes, elaborou-se medidas macroeconômicas, tais como: a regulação do mercado; a formação e controle dos preços; a emissão de moedas; a distribuição de renda; o investimento público. Com o objetivo da socialização do consumo e não da socialização do

produto que levaria a uma sociedade igualitária (Pereira, 2012).

Com a chegada da grande crise econômica do pós-guerra, em 1973, quando o mundo capitalista caiu em uma longa recessão, com baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação, as ideias neoliberais de Friedrich Hayek de 1944, começaram a terreno, pois segundo Hayek e seus companheiros, as origens desta crise estavam centradas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos, ou seja, do movimento operário que corroeu as bases de acumulação capitalista através das reivindicações sobre salários e a pressão sobre o Estado para que aumentasse progressivamente os gastos sociais (Anderson, 1995)

A partir de 1980 surge uma nova ortodoxia econômica no lugar do keynesianismo, o neoliberalismo, sendo de fato o liberalismo revisitado e adaptado aos novos tempos do capitalismo globalizado.

O pensamento neoliberal é apoiado em outras concepções política e econômicas, que diferem da regulação econômica e social pós-guerra. Está amparado nos seguintes argumentos: o excessivo gasto do Estado com políticas sociais públicas é calamitoso para a economia, pois provoca um déficit orçamentário o que proporciona uma reação em cadeia (diminuição da poupança interna, o aumento das taxas de juros e diminuição da taxa de inversão produtiva, aumento da oferta bancária e da inflação). Para amenizar este problema é necessário cortar o gasto público para investir os recursos na inversão privada; a regulação do mercado pelo Estado é negativa, pois desestimula o capitalista de investir o que impede o desenvolvimento econômico e a criação de empregos. Como solução tem a desregulação do mercado de trabalho e a comercialização da força laboral; a proteção social pública garantida é maléfica para o desenvolvimento econômico, pois onera as classes possuidoras, como solução é diminuir o efeito redistributivo das políticas sociais (Pereira, 2012).

No âmbito da política e da ética, o Estado neoliberal, teve os seguintes argumentos contrários ao Estado Social: é um Estado arbitrário, pois dificulta a funcionamento da economia e nega aos usuários dos serviços sociais as escolhas e a autonomia de decisão; comparado ao mercado é um Estado ineficiente e ineficaz na administração de recursos; paternalista, moralmente incentiva a ociosidade e a dependência e devido a carga de regulamentações desestimula o capitalista a investir; bem como é considerado um Estado corrupto (Pereira, 2012).

Ao contrário do que se imaginava o Estado neoliberal não teve o êxito esperado e segundo Anderson (1995) isso aconteceu em virtude da desregulamentação financeira, um dos elementos de importância para o programa neoliberal o que provocou condições propícias para a inversão especulativa mais do que a produtiva, por conta da explosão dos mercados de câmbio internacional, nos anos 80, e um declínio no comércio mundial de mercadorias livres. O peso do Estado social não diminuiu significativamente, mesmo com todos os esforços para conter os gastos sociais.

Em 1991, com a nova recessão no capitalismo avançado, com a dívida pública assumindo dimensões gigantescas nos países ocidentais, esperou-se por uma forte reação contra o neoliberalismo, no entanto, ganhou um segundo alento, principalmente na sua terra natal, a Europa, demonstrando vitalidade e recentes privatizações em países considerados resistentes ao neoliberalismo, como a Alemanha, Itália e Áustria (Anderson, 1995).

O crescimento da pobreza e da desigualdade social, nos últimos 20 anos, foi uma das consequências do modo neoliberal de regular a economia e a sociedade. No campo da proteção social iniciou a parceria entre Estado, mercado e sociedade (bem-estar pluralista), onde a sociedade tenta soluções referentes à pobreza através de recursos estratégicos da solidariedade informal, com envolvimento da família, grupos de amigos e outros, o Estado focaliza-se nas políticas sócias públicas e o mercado ocupa-se privilegiando o bem estar ocupacional, que protege apenas quem tem emprego estável e bem remunerado (Pereira, 2012).

Na América Latina, o surgimento do neoliberalismo está demarcado pelo esgotamento do Estado Social e pela industrialização substitutiva de importações. Em cada país existiu uma versão do neoliberalismo, de acordo as heranças deixadas pelos modelos predominantes anteriormente (Sader, 1995).

O Brasil saiu na frente nesta readequação de sua economia, retomando um alto nível de crescimento e com uma resposta mais rápida durante a passagem do capitalismo mundial ao seu longo ciclo de recessão a partir dos anos 70. Isso aconteceu, pois na ditadura militar, não existiram as políticas econômicas liberais, mas sim a acumulação privada, nacional e estrangeira, sustentada por um capitalismo de Estado a serviço desses setores de mercado. A crise da dívida não poupou o Brasil, pois o crescimento brasileiro ao longo das décadas de 70 e 80,

aconteceu devido aos empréstimos externos e a juros flutuantes. E nos anos de 80 o setor econômico brasileiro passou pelos processos de acomodamento, com a imposição do capital financeiro, desembocando no neoliberalismo, no final da década e no início do governo Sarney (Sader, 1995).

O neoliberalismo na América Latina, viveu o seu auge no Chile, na Bolívia, no México e na Argentina, em que os sucessos ideológicos e políticos foram maiores do que os êxitos econômicos (Sader, 1995).

2.4.1 Questão democrática na América Latina, pós neoliberalismo

No começo da década de 80, a América Latina estava disposta a organizar sua vida pública de acordo aos preceitos democráticos. Tal tendência foi reforçada em meados dos anos 70, onde o impulso democrático teve seu início como uma força sem precedentes na história da humanidade, no qual várias nações transformaram seu regime político segundo as regras do jogo democrático, isso aconteceu pelo fracasso do socialismo stalinista, nos países da antiga URSS e do Leste Europeu, bem como pela inoperância dos pensamentos social-democratas tradicionais. No entanto, um segmento da esquerda latino-americana aderiu a uma visão ingênua e otimista sobre a democracia, para este segmento os progressos democráticos tinham um caráter linear e irreversível e a democracia seria um projeto que se extenua com a normalização das instituições políticas. Desta forma a democracia se reduziu à criação e à institucionalização de uma ordem política, minimizando a um sistema de regras com abstração dos conteúdos éticos e a natureza dos antagonismos sociais (Borón, 1995).

Borón afirma em 1995 (p. 69-70), que:

“[...] o surgimento da democracia na América Latina fez com que muitos acreditassem que havia chegado a hora de despreocupar-se das questões ligadas ao funcionamento de nossos capitalismos e estrutura de classes, como a extrema pobreza, a marginalidade social e a decadência urbana e regional. [...] os inegáveis avanços políticos que nossa região experimentou nos anos 80 tiveram uma contrapartida paradoxal: foram acompanhadas por uma piora das condições de vida das grandes maiorias nacionais, que obriga a rediscutir com urgência tanto a performance como o tema do futuro da democracia em nossos países [...]”

A democracia se dá por um processo histórico e está relacionada à soberania popular. Com este entendimento, a democracia representativa é analisada como uma conquista dos movimentos organizados pela sociedade civil, porém esta conquista é considerada parcial, visto que na sociedade capitalista persiste a hegemonia da classe capitalista dominante e as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado (Bravo, Menezes, 2013).

2.4.2 Questões políticas no Brasil

O Brasil por ser uma federação tem como principal característica a difusão de poder e de autoridade em muitos centros, de modo que o governo nacional e os governos estaduais e municipais têm poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas, e tal circunstância implica nas políticas públicas, incluindo a saúde (Machado, Lima, Baptista, 2011).

Foi a partir do processo de democratização dos anos 1980 e da Constituição de 1988 que o país apresentou importantes mudanças no seu arranjo federativo, destacando-se: longo período de autoritarismo centralizador para as transformações democráticas; a descentralização política e tributária entre as esferas: União, Estados e Municípios; peso maior dos Estados em determinados períodos da história política do país e dos municípios após a Constituição de 1988 quando reconhecidos como entes federativos; e a visibilidade das desigualdades econômicas e sociais entre as regiões (Machado, Lima, Baptista, 2011).

A Constituição Federal introduziu avanços na tentativa de corrigir as históricas injustiças sociais que foram acumuladas, incapaz de universalizar direitos e com a tendência de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. Com a descentralização do poder federal e a democratização das políticas públicas, importantes ferramentas foram definidas para a criação de um novo pacto federativo, através do qual o município passou a ser reconhecido como ente autônomo da federação, com a transferência de novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas (Bravo, 2012).

Diante deste cenário a saúde expressou fortemente essas mudanças, ocorrendo não somente a transferência de serviços, mas também a de poder, a de

responsabilidades e as de recursos para cada esfera governamental. Após a criação do SUS com a Lei Orgânica da Saúde, 1990, foram se estabelecendo normas de operacionalização do sistema, as chamadas Normas Operacionais (NO) do SUS, formuladas e implementadas pelo Ministério da Saúde (Machado, Lima, Baptista, 2011).

Para Correia (2006), foi durante a década de 90 que se configurou legalmente a saúde universal, pública e de qualidade e a participação social como controle social, mesmo período da tentativa de implantação de um processo de universalização excludente, da mercantilização e privatização da saúde, decorrentes dos reflexos das mudanças econômicas no mundo globalizado e das reformas sanitárias sugeridas pelos agentes financeiros internacionais, especialmente pelo Banco Mundial com evidência nesta área desde a segunda metade da década de 80.

A política brasileira vem sendo tensionada por dois projetos que concebem interesses antagônicos, sendo o primeiro projeto apoiado pelo setor privado, pelos donos de hospitais, grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e outros grupos, que é denominado o projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial; e o segundo apoiado pelos setores progressistas da sociedade civil, como os segmentos dos movimentos populares e sindicais, as instituições acadêmicas dentre outras, que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da reforma sanitária (Correia, 2006).

Como um modelo institucional, o SUS tem como proposta consolidar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo, tendo como base os princípios e as diretrizes deste sistema de saúde. Esse modelo favorece uma série de negociações e estabelecimento de pactos, nos diferentes setores de gestão e nos diversos segmentos da sociedade, permitindo que vários atores participem do processo decisório sobre a política de saúde (Machado, Lima, Baptista, 2011).

*3 Pressupostos,
objetivos e finalidades*

3 PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADES

3.1 PRESSUPOSTOS

Pressupõe-se que os materiais educativos feitos pelos agentes governamentais ensinam a fazer o que o Estado permite e planeja e isso não enfrenta a contradição principal que diz respeito às diferenças de classe e de acesso à riqueza, ao conhecimento e às decisões.

3.2 OBJETIVOS

1. Analisar as cartilhas educativas sobre conselho gestor, elaboradas pelas instâncias governamentais, nos âmbitos da Federação, estadual e municipal.
2. Sugerir os elementos essenciais referentes à dimensão política da participação, que devem constituir caderno educativo sobre conselhos gestores.

3.3 FINALIDADES

Pretende-se apoiar os participantes dos conselhos gestores de saúde, principalmente os usuários, para desenvolver a participação crítica necessária ao enfrentamento coletivo das contradições na área da saúde.

4 Procedimientos metodológicos

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem metodológica qualitativa, exploratória.

Para Minayo (2001) a pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não são mensuráveis, tais como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Gerhardt, Silveira (2009, p.32) descrevem que:

[...]Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê dos eventos, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (levantados e de interação) e se valem de diferentes abordagens.

Segundo Gil (2002) pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica. O que as difere é a natureza das fontes, onde a pesquisa bibliográfica utiliza contribuições de diversos atores sobre um determinado assunto, a pesquisa documental utiliza materiais que não recebem ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com o objeto da pesquisa. O desenvolvimento segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica, considerando que as fontes nesta pesquisa são muito mais diversificadas e dispersas.

A análise documental foi escolhida devido ao fato de ser uma técnica que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outro.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

4.2.1 Local/cenário de estudo

Os documentos têm origem nas três esferas de governo.

4.3 COLETA DE DADOS

A busca das publicações foi realizada no período de 2010 a 2016.

As fontes de busca foram as bases eletrônicas, utilizadas pelos profissionais da saúde da saúde que atuam na atenção básica e por usuários do Sistema Único de Saúde. As bases utilizadas foram uma no site da prefeitura do município de São Paulo (www.prefeitura.sp.gov.br), outra no site Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (www.saude.sp.gov.br) e a outra no site do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde (bvsms.saude.gov.br).

Neste estudo, a coleta de dados foi norteadada pela busca de materiais educativos sobre Conselho Gestor de Saúde que serviam de apoio aos conselheiros de saúde nos âmbitos local, regional e nacional.

4.3.1 Critérios de Inclusão dos materiais educativos

Os critérios de inclusão dos materiais educativos selecionados para a presente revisão foram:

- ➡ Período de publicação: de 2010 a 2016.
- ➡ Objeto de estudo: abordagem acerca do tema da pesquisa.
- ➡ Disponibilidade: online com acesso gratuito

4.3.2 Instrumento de coleta de dados

Não foi elaborado nenhum instrumento de coleta de dados.

4.3.3 Apresentação dos Dados

Para a pesquisa documental, foram utilizados os dados precedentes do endereço eletrônico oficial do Ministério da Saúde, e do endereço eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e da Prefeitura do município de São Paulo. Optou-se pelo uso de fontes amplamente conhecidas para a localização e identificação de materiais educativos sobre conselho de gestor de saúde, como

cartilhas e documentos que abordassem este tema. Assim, foram extraídos os documentos oficiais necessários à pesquisa. No endereço eletrônico do Ministério da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde, foi possível localizar uma cartilha educativa sobre conselho gestor, denominada, Conselhos de Saúde: a responsabilidade de controle democrático do SUS, de 2013(anexo B); no endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde da Cidade de São Paulo, foi localizado também uma cartilha educativa para os conselheiros de saúde, Conselho Estadual de Saúde: orientações aos (as) conselheiros (as), de 2013 (anexo A); no endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo, não foi localizada nenhuma de cartilha educativa sobre conselho gestor, encontrou-se informações sobre o Conselho Municipal de Saúde, no link localizado na página da Prefeitura Municipal de Saúde, as informações foram consolidadas em um único documento para a análise (anexo C).

4.3.4 Procedimentos éticos

O presente estudo seguiu os termos da Resolução 466/2012(73) do Conselho Nacional de Saúde, de modo a respeitar todos os preceitos éticos lá estabelecidos. Por se tratar de análise documental não foi necessária a submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A literatura apresenta várias classificações de participação social (Cordeiro, 2016), analisados a partir de diferentes enfoques, tipos e graus de envolvimento dos participantes (Gohn, 2003; Sayago, 2000; Cornwall, 1996). Os quadros I, II e III descrevem as três classificações, que serviram de base para construir as categorias de análise que serão utilizadas neste trabalho.

Quadro 1 – Classificações de participação de acordo com Cornwall

Níveis de participação	Descrição
Cooptação (co-option)	Os representantes locais são eleitos sem que apresentem poder/voz ativa no processo da participação: o participante é mero fornecedor de informações.
Observância (compliance)	As tomadas de decisões são conduzidas pelo Estado ou outras instâncias, a partir de solicitações de tarefas aos demais participantes.
Consulta (consultation)	Os participantes locais (comunidade, pacientes, entre outros) são consultados, mas o Estado conduz o trabalho e toma as decisões.
Cooperação (co-operation):	Os participantes locais e o Estado trabalham juntos determinando prioridades, com responsabilidades e direção do processo assumidas pelo Estado.
Co-aprendizado (co-learning)	Os participantes locais e o Estado dividem conhecimento, com a finalidade de criar nova compreensão e trabalhar juntos para desenvolvimento de planos de ação, tendo como facilitador o Estado.
Ação coletiva (collective action)	Os participantes locais definem a sua própria agenda e se mobilizam para dar continuidade às ações, mesmo na ausência de intervenção do Estado.

Quadro 2 – Classificações de participação de acordo com Gohn

Graus de envolvimento da sociedade	Descrição
Participação liberal	Fortalecimento da sociedade civil; amplia os canais de informação aos cidadãos de forma que eles possam manifestar as preferências antes que as decisões sejam tomadas. É um instrumento para buscar a satisfação das necessidades dessa sociedade de iguais.
Participação autoritária	Orienta-se sobre a integração e o controle social da sociedade e da política através de ações direcionadas de cima para baixo. A sociedade civil é cooptada por meio de programas pensados estrategicamente para diluir os conflitos sociais.
Participação revolucionária	Representa-se por coletivos organizados em busca de autonomia da divisão do poder político, contra as relações de dominação.

(continua)

(continuação)

Graus de envolvimento da sociedade	Descrição
Participação democrática	Fundamenta-se a partir da soberania popular e da participação de movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Seu princípio básico é a delegação do poder de representação e o sistema representativo via processo eleitoral é o critério supremo de organização dos indivíduos.
Participação democrática radical	Natureza está entre os modelos de participação democrática e revolucionária. Teóricos e ativistas que não acreditam na democracia representativa como um modelo corretamente democrático, propõem um modelo de democracia participativa que fortaleça a sociedade civil para a construção de uma nova realidade social.

(conclusão)

Quadro 3 – Classificações de participação de acordo com Sayago

Como o indivíduo participa das decisões	Descrição
Participação individual	Indivíduo toma a decisão individualmente e de livre escolha
Participação coletiva	As decisões são tomadas no coletivo.
Participação passiva	O comportamento do indivíduo é como o desejado pelo grupo/coletividade sem interferir no processo.
Participação ativa	Indivíduo assume o compromisso de luta e de conquista para alcançar os objetivos de forma coletiva e solidária.
Participação voluntária	Quando de maneira solidária um grupo se mobiliza para resolver problemas imediatos.
Participação instrumental	Quando as mobilizações têm propósitos de conquistar o poder ou posição. A população está incluída, mas as opiniões e decisões são excluídas.

A classificação de Gohn (2003) se baseia em categorias relacionadas à maneira como a sociedade está incluída nos processos de construção das políticas públicas e sociais e como os cidadãos se fazem presentes com posturas distintas em cada categoria de participação, atuando como: meros beneficiários das políticas; convidados a participar emitindo opiniões e pareceres; convocados para eleger os seus representantes na participação política; ou articulados para requerer seu

espaço como ator nos processos como inserção mais direta nos centros de tomadas de decisão (Quadro 1).

Cornwall (1996) classifica a participação em níveis relacionados à maneira como as pessoas estão envolvidas nos processos e nos espaços participativos, distinguindo-se entre modos controladores (cooptação, observância e consulta) até democráticos e coletivos (colaboração, co-aprendizado e ação coletiva) (Quadro 2). A autora considera que essas categorias não se apresentam na realidade de maneira estática, havendo um movimento dinâmico e constante de um modo para o outro, que pode ocorrer em diferentes momentos dos processos participativos e com diferentes propósitos, bem como pode variar entre os distintos atores. A classificação de Cornwall (1996) deve permitir distinguir, na análise dos documentos do conselho gestor, participação autêntica de controle, pois quando há participação superficial, o estado tem mais poder de controle sobre todos os processos na sociedade, ao passo que quando a participação se torna intensa e autenticamente ligada aos interesses dos grupos envolvidos, há menor possibilidade de controle do Estado, pois os indivíduos se apropriam dos processos sociais.

Em Sayago (2000), a análise da participação parte do posicionamento ideológico dos indivíduos sobre como resolver os problemas que enfrentam: por meio da maneira individual e liberal ou solidária e coletiva. Na possibilidade de ter o controle e o poder de decisão sobre os problemas que afetam as suas condições de trabalho e vida, os indivíduos se motivam e buscam formas mais diretas de participação. No entanto, a autora destaca, que em algumas situações a participação é empregada como ferramenta para validar ou legitimar interesses de grupos que não satisfazem interesses autênticos do coletivo (Quadro 3).

As classificações apresentadas diferem entre si, pois as autoras utilizam eixos distintos de análise. Para Gohn (2003) o eixo está na inclusão da sociedade nos processos políticos, nas organizações sociais, nos órgãos públicos. E como a sociedade civil se manifesta diante do Estado, mostrando-se totalmente controlada ou organizando-se para contestar o estabelecido e gerar mudanças. Já Cornwall (1996) categoriza a participação pelo modo como o indivíduo se envolve nos processos participativos, agindo como observador, transmissor de informações ou se colocando em lugar atuante e central nestes processos, contribuindo com os conhecimentos pessoais e locais, para transformação da realidade e do coletivo.

Sayago (2000) classifica a participação em seis modalidades, enfatizando a ideologia que está envolvida no processo de participação. A forma de participação dos indivíduos dependerá do poder e resolutividade que tem para resolver o problema.

A partir destas classificações e utilizando-se os extremos das classificações apresentadas e que se colocam por dentro das esferas institucionais do poder público foram construídas as categorias de análise que serão utilizadas neste trabalho (Quadro 4) para expressar tendências expressas nos conteúdos das cartilhas governamentais.

Quadro 4 – Categorias de análise das cartilhas governamentais

Categoria A: Participação autoritária e cooptação.	Categoria B: Participação democrática-radical e coletiva.
Esta categoria representa o pleno exercício do controle de Estado sobre a sociedade civil; as decisões são tomadas de cima para baixo; os indivíduos são indicados para participarem de encontros, reuniões, porém não conseguem ter voz ativa e nem poder de decisão. Em algumas situações, os indivíduos atuam buscando apenas o seu próprio interesse, ou sendo observadores e informantes das situações que experimentam. Não existe a participação de coletividades representativas de necessidades ou interesses grupais.	Esta categoria representa o fortalecimento da sociedade civil, através de mudanças políticas para transformação de realidades sociais desiguais. Os indivíduos estão inseridos e participam ativamente dos processos de identificação dos problemas localmente, na definição das prioridades, no planejamento e na execução das ações definidas de maneira conjunta a partir de necessidades e interesses de diferentes grupos sociais. A abordagem é realizada de baixo para cima.

5 Análise e discussão dos resultados

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas as análises das cartilhas individualmente, finalizando-se com a síntese comparativa entre elas.

5.1 CARTILHA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, INTITULADA DE CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO: ORIENTAÇÕES AOS (AS) CONSELHEIROS (AS), DO ANO DE 2013

Essa cartilha foi elaborada pelo governo estadual de Geraldo Alckmin, tendo como Secretário de Saúde, o Sr. Giovanni Guido Cerri; como Secretário Adjunto, o Sr. José Manoel de Camargo Teixeira e como Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde, a Sra Stela Félix Machado Guillin Pedreira.

Na cartilha são abordados os seguintes temas/tópicos: Apresentação, redigida pela secretária executiva do Conselho Gestor (página 4); Composição do Conselho Gestor de Saúde (página 5); Histórico (páginas 6-8); Competências e atribuições (páginas 8-10); Atos Emanados (p.8); Conselheiros de saúde e suas atribuições (páginas 10-12); Presidente do Conselho e suas atribuições (páginas 13-14); Funcionamento do conselho, faltas e justificativas (página 14); As comissões (páginas 15 e 16); Mesa diretora, expediente, entrada de documento (página 16); Ressarcimento (páginas 17-19); Regimento interno de Transição do Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (páginas 20-54) e apresentação dos formulários (páginas 55-62).

A análise das categorias de participação desta cartilha foi realizada agrupando-se os temas da cartilha da seguinte forma:

- a) Contexto e missão do conselho: apresentação, composição do conselho, histórico;
- b) Competência e atribuições do conselho gestor: conselho Estadual de Saúde, competências e atribuições, atos emanados, conselheiros de saúde e suas atribuições, presidente do conselho e suas atribuições;

- c) Questões administrativas: funcionamento do conselho, faltas e justificativas, as comissões, mesa diretora, expediente, entrada de documento e ressarcimento;
- d) Regimento interno.

a) Contexto e missão do conselho

Nesse tema, **contexto e missão do conselho gestor**, a cartilha contextualiza como: a organização dos movimentos sociais nas décadas de 70 e 80; a configuração da perspectiva do controle social dos setores progressistas da sociedade civil sobre o Estado e o surgimento dos movimentos populares com características anti-estatais, que afrontam o Estado.

Na cartilha, os movimentos sociais são reconhecidos pelo Estado como interlocutores coletivos e ao mesmo tempo são apresentados como movimentos que admitem interação com o Estado (década de 80).

A referência no texto à participação efetiva da sociedade civil no Movimento da Reforma Sanitária e na 8ª Conferência de saúde indica que a participação social pode ser classificada na categoria B, ou seja que as concepções explicitadas remetem à participação democrática radical e coletiva, que compreende que estes movimentos sociais geraram mudanças no contexto sócio-político-econômico da época e as ações foram discutidas e organizadas na coletividade.

O texto indica ainda que para alcançar esse tipo de participação, é necessário de todos os segmentos do conselho, trabalho constante de implantação e implementação de políticas e serviços, de avaliação e retroalimentação. Os conselheiros se tornam partícipes nas decisões sobre a saúde no Estado São Paulo.

Espera-se um processo de aprendizagem e análise mútua, no qual cada indivíduo, em sua representatividade, é proprietário de seus próprios conhecimentos e capacitados para agir na coletividade, no fortalecimento da sociedade civil.

“[...] A participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores da sociedade civil sobre as ações do Estado [...] Na segunda metade da década de 70 [...] surgem os movimentos populares como os movimentos das mulheres, o movimento pela anistia. [...] Estes movimentos tinham uma característica antiestatal, uma vez que o Estado era considerado a personificação da classe dominante e suas instituições

instrumentos de repressão, de cooptação e de controle dos movimentos sociais. A relação do Estado com os movimentos sociais vai mudando na década de 1980, quando o Estado passa a reconhecer estes movimentos como interlocutores coletivos, e os movimentos sociais da sociedade civil admitem uma interação com o Estado para, como meta final incorporar demandas das classes populares nas políticas públicas. O Movimento de Reforma Sanitária, legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 propôs o Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa ao Sistema de Saúde em vigor. Nessa Conferência houve uma ampla participação dos setores organizados na sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva [...]” (Cartilha SES, 2013, p. 6).

Vale ressaltar que todo esse processo de mudança no cenário da participação não foi gerado espontaneamente e nem de maneira harmoniosa. Existia essa herança dos movimentos descritos nesta cartilha, juntamente com o processo de democratização dos anos 80. Essas experiências serviram como referenciais e alimentaram as novas práticas de participação social. Ao mesmo tempo, era imprescindível existir a vontade política para que um novo espaço público, de caráter não estatal, fosse implantado. E esse espaço aconteceu como um agente de mudança, de decisão, sendo necessária a construção de regras de institucionalidade para que estes mecanismos de participação, com caráter democrático, iniciassem as suas atividades (Gohn, 2011).

Neste breve relato histórico sobre os movimentos sociais dos anos 70 e 80, a cartilha descreve superficialmente o surgimento do SUS, no texto da Constituição de 1988, onde a saúde é definida “como direito de todos e dever do Estado”. Também são descritos alguns dos princípios do SUS, dentre eles os “organizativos”, em que a participação social ocorre através da constituição dos Conselhos de Saúde.

O controle social, juridicamente, foi regulamentado com a promulgação da Lei 8.142/90, que detalha como acontecerá o exercício deste controle social. Para Bravo, Pereira (2012) e Bravo (2012), os conselhos de saúde foram baseados na concepção de participação social democrática, assegurando que o Estado atuasse em função da sociedade, na concepção de Estado democrático e de direito.

Para Gohn (2011), os conselhos são frutos de lutas e demandas populares, de pressões da sociedade civil pela redemocratização do país; e foram promulgados no contexto político neoliberal, de reforma do Estado.

b) Competências e atribuições do conselho gestor

Este tema descreve o Conselho Estadual de Saúde, a Lei que o regulamenta, a sua composição, as atribuições/competências e todas as questões normativas e operacionais deste Conselho.

Neste capítulo há a definição dos conselhos gestores como instituições responsáveis pela participação dos cidadãos na governança da saúde. O Conselho Estadual é um órgão colegiado (representação de vários segmentos da sociedade) permanente e deliberativo, que participa diretamente das tomadas de decisões, e tais decisões são tomadas de forma coletiva. O conselho é considerado um foro político, onde os participantes realizam debates e têm a chance de formar alianças e auxiliar a Secretaria Estadual de Saúde a definir as prioridades e políticas.

A análise deste capítulo sobre a definição do conselho gestor permite categorizar a participação como afiliada à categoria A (democrática autoritária e cooptação), pois os participantes auxiliam o Estado na definição de prioridades.

No texto utiliza-se o conceito de governança da saúde, considerando-se que esse conceito esteja ligado à incorporação dos novos atores sociais, nos espaços deliberativos, com o objetivo de articular e cooperar com a gestão pública, buscando ações resolutivas e eficazes para os problemas locais.

O conceito de governança, no entanto, surgiu na política, na década de 1990, sendo a matriz política da globalização neoliberal, em que as principais agências ao desenvolvimento, especialmente o Banco Mundial, passaram a preconizar e apoiar um conjunto de reformas estruturais nos estados nacionais, que adequaram as suas estruturas administrativas para à abertura generalizada dos mercados, desta forma foi implantada um novo modelo de gestão pública para a aplicação dos recursos advindos dos projetos de cooperação internacional. Estas mudanças foram conhecidas como as reformas neoliberais, que impuseram novo modelo para a gestão pública, apresentando como característica principal a redução do poder de intervenção dos estados nacionais. Com o poder de investimento reduzido, os estados atuam apenas como reguladores, fiscalizadores e indutores do desenvolvimento, e o papel de empreendedor passa exclusivamente para a iniciativa privada (Santos, 1997).

Governança está, portanto ligada a mudanças nas relações do Estado com os interesses sociais, tanto no contexto interno do Estado-nação como no âmbito das

relações internacionais. Governança pode ser então definida como gestão participativa e em redes, onde há mudança no padrão e no modo de pensar a gestão de bens públicos, que era restrita aos atores da esfera pública estatal e passa a incorporar novos atores sociais. Essa configuração sugere nova capacidade de governar através de maior interação e coalizões entre os diversos atores, estatais e não estatais algumas vezes com interações conflituosas. A nova forma de governar é construída através das diversas categorias dos atores, das orientações ideológicas, dos recursos disponíveis e também dos interesses políticos vigentes, interno e externo (Amos, 2010; Breilh, 2014; Gohn, 2011).

Santos (2010, p. 4) afirma que para identificar o significado político da governança neoliberal, é preciso “prestar atenção ao não dito, ao que está silenciado, como as transformações sociais, a participação popular, o contrato social, as relações de poder e a conflitualidade”.

Vale ressaltar que esse modelo hegemônico de governança, com as suas diretrizes vigentes gera a desregulação estatal, a privatização e a redefinição das políticas públicas de acordo com os interesses do mercado. Por estas razões, é necessário que os atores da sociedade civil, envolvidos nos espaços públicos de participação, lutem pelo acesso às informações e por igualdade nas condições de participação (Santos, 2010; Gohn, 2011).

A participação dos indivíduos fornece informações e diagnósticos sobre os problemas públicos, proporcionando conhecimentos e informações para elaboração de estratégias na resolução dos problemas e conflitos existentes. A qualidade dessa participação será mensurada pelo grau de informação ou até mesmo de desinformação contida nas opiniões dos conselheiros (Gohn, 2011).

Ao analisar esse tema, **conselho gestor e suas atribuições**, pode-se afiliar a participação tanto na categoria A (participação autoritária e cooptação) ao avaliar que o conceito de governança, a Lei que estabelece e legaliza o conselho gestor, foram formuladas a partir de política que subscreve e alinha-se com as políticas neoliberais de desenvolvimento, como ocorreu com a Constituição Federal (Santos, 2010); como na categoria B (participação democrática-revolucionária e coletivo), ao julgar que as competências e atribuições do conselho estadual descritas nesta cartilha, regulamentadas nas Leis Federal (8.142/96) e nas duas Estaduais (uma da criação do CES e outra que estabelece suas competências), viabilizam a

participação de segmentos sociais na formulação das políticas sociais e possibilitam o acesso da sociedade nestes espaços em se tomam as decisões políticas. Ao descrever as competências e atribuições do conselho nas leis, a cartilha direciona-se mais à categoria B, sendo estabelecidos as seguintes competências:

“[...] I Propor medidas que visem: a) À formulação e ao controle da política de saúde; b) À fiscalização e ao acompanhamento do sistema Único de Saúde;

II- definir estratégias e mecanismos de coordenação do SUS/SP, em consonância com os órgãos colegiados [...];

III- traçar diretrizes para elaboração de planos de saúde, tendo em vista as diversas realidades epidemiológicas e a capacidade de organização de serviços; [...]

[...] X- elaborar o seu Regimento

XI- atuar na elaboração da política de saúde [...]” (Cartilha SES, 2013, p 9)

A implementação dos conselhos depende das leis estaduais e municipais. O conselho é um novo instrumento de expressão, representação e participação, e tem um potencial de transformação política quando efetivamente representativo, instituindo uma nova esfera social-pública. As leis preconizam o caráter deliberativo dos conselhos e estes como integrantes nos processos de gestão descentralizada e participativa. Todavia, inúmeros pareceres reafirmam o caráter consultivo dos conselhos, restringindo as ações somente no campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação (Gohn, 2011; Bravo, 2012).

A cartilha descreve ainda como será a comunicação do Conselho Gestor Estadual com o Governo e a população, através das deliberações, que agrupam todo ato, manifestação, recomendação ou processo administrativo, nessa cartilha são definidos três tipos: resolução, recomendação e moção. A análise da comunicação no conselho gestor permite categorizar a participação na categoria B (participação democrática-radical e coletiva), qualquer representante do conselho poderá se manifestar solicitando esclarecimentos, modificações sobre assuntos referente ao SUS e essa solicitação será aprovada ou não pelo pleno.

Nessa cartilha encontra-se a definição de conselheiros (as) de saúde, as representações dos três segmentos que constituem o conselho de saúde, bem como o método para a escolha dos representantes, além de suas atribuições.

No que se refere ao modo de escolha dos representantes dos conselheiros (as) há uma diferenciação entre o segmento dos gestores e prestadores de serviço, e entre os outros dois segmentos, trabalhadores e usuários. No primeiro o modo de escolha ocorre através de indicação pelas instituições que compõem este segmento; nos segmentos dos trabalhadores e usuários, a escolha dos representantes ocorre através de eleição entre seus pares. Diante desses modos de escolha para os conselheiros, um por indicação e outro por eleição, pode-se afiliar a participação nos dois tipos de categorias deste trabalho, sendo na categoria A (participação autoritária e cooptação) o modelo de escolha pela indicação dos gestores e dos prestadores de serviço; e categoria B (participação democrática-radical e coletiva) no modelo de escolha pela eleição dos pares dos segmentos trabalhadores e usuários.

Questões sobre representatividade e paridade constituem problemas cruciais que precisam de melhor definição nos conselhos gestores. Tais problemas ocorrem pela ausência de critérios que garantam efetiva igualdade de condições entre os participantes; em relação à paridade não há somente a questão numérica, mas de condições para alguma igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo entre os representantes advindos dos segmentos dos gestores e trabalhadores. Outro problema descrito está na ausência de cursos ou capacitações aos conselheiros, a fim de que a participação dos representantes da sociedade civil seja qualificada, em termos da gestão e elaboração das políticas públicas, é necessário fortalecer a interlocução entre os representantes da sociedade civil e os representantes do governo e dos trabalhadores (Gohn, 2011; Bravo, Menezes, 2013).

Na descrição das atribuições dos conselheiros, nesta cartilha, a participação se afilia à categoria B, democracia-radical e coletiva, pois citam-se como atribuições:

“[...] II- zelar pelo pleno e total desenvolvimento das ações do Conselho Estadual de Saúde - CES;

III – estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhe forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;

IV – apreciar as matérias submetidas ao Conselho Estadual de Saúde - CES para votação;

V – apresentar Moções, Recomendações, Resoluções ou outras proposições sobre assuntos de interesse da Saúde representando sua instituição ou segmento [...]

VII – requerer votação de matéria em regime de urgência; [...] (Cartilha SES, 2013 p 12)”

A definição do presidente do Conselho Estadual de Saúde e de suas atribuições estão também presentes neste tema. O presidente, obedecendo à Legislação Estadual, é o Secretário da Saúde e dentre suas atribuições estão: convocação e coordenação das reuniões ordinárias e extraordinárias deste conselho de saúde; representação do Conselho de saúde nas relações internas e externas, e junto ao Ministério da Saúde; assinar as deliberações aprovadas pelo pleno; promover o total acesso às informações relevantes ao SUS solicitadas pelo pleno; cumprir e fazer cumprir o regimento interno, submetendo os casos omissos à apreciação do pleno. Diante destas descrições das atribuições do presidente, pode-se afiliar a participação na categoria B, pois todas as ações que compete ao presidente do conselho são solicitadas discutidas, deliberadas nas plenárias do conselho gestor, bem como todas as informações devem ser de livre acesso a todos os participantes do conselho, de maneira que o diagnóstico dos problemas de saúde possa gerar conhecimentos e subsídios para a elaboração de estratégias para resolução destes problemas.

c) Questões administrativas

As descrições sobre o funcionamento do conselho gestor foram agrupadas nesse tema **questões administrativas**, sob o qual estão descritos: o funcionamento do conselho gestor: a periodicidade das reuniões, a garantia da representatividade para início das discussões e deliberações na plenária, quem tem direito a votação; as faltas e as suas justificativas; a organização das comissões de trabalho, que são organismos de assessoria que buscam aprofundar em matérias, como ética, orçamento e finanças, linhas de cuidado (totalizando treze comissões) e a sua composição; secretaria executiva; mesa diretoria; expediente; entrada de documentos e denúncias (os conselheiros e qualquer cidadão podem solicitar informações, documentos e fazer denúncias); e ressarcimento das despesas incorridas pelos representantes da sociedade civil. Ao analisar cada um destes subtemas, referentes às questões administrativas, percebe-se afinidade com a categoria B de participação, pois todos os conselheiros têm acesso às informações administrativas e de funcionamento do conselho e uma vez que tratam-se de

informações com conteúdo claro, objetivo e preciso; todos os conselheiros são envolvidos nas comissões de trabalho, por indicação das representações, aprofundando um determinado tema e reiterando os princípios do SUS. Essa construção coletiva valoriza o conhecimento dos indivíduos, tomando-os como agentes de transformação, capazes de analisar suas próprias situações, projetar suas ações e agir (Cornwall, 2006).

d) Regimento interno

O **regimento interno** é composto por sete capítulos: capítulo I, apresenta as seções que descrevem a natureza e a finalidade do conselho gestor, a composição e a organização, as competências, as atribuições, funcionamento, da condução dos trabalhos do pleno; capítulo II, secretaria executiva do conselho estadual, com seções sobre atribuições, competências; capítulo III, das comissões, com seções sobre organização, funcionamento; capítulo IV, dos grupos de trabalho; capítulo V, atos emanados, seções sobre deliberações; capítulo VI, processo eleitoral, seções sobre entidades, comissão eleitoral; capítulo VII, mandato. Trata-se de documento normativo, contendo todos os temas discutidos na cartilha, de maneira mais detalhada. Segundo informações da própria cartilha, a elaboração e a aprovação deste documento ocorreram em reunião do Pleno do Conselho, e ele deve ser respeitado e seguido por todos(as) presentes nas reuniões do conselho.

A análise do regimento permite dizer que a participação afina-se à categoria B, pois percebe-se que o documento foi construído coletiva e democraticamente, durante as plenárias do conselho de saúde.

A análise da categoria de participação nesta cartilha do Conselho Gestor do Estado de São Paulo foi realizada agrupando-se os seus conteúdos em quatro temas principais e seus subtemas. Encontrou-se tendência predominante de classificar a cartilha na categoria B de participação. No entanto, a participação autoritária e cooptação (categoria B) estava presente em dois dos subtemas do tema **competências e atribuições do conselho gestor**, representada pela presença do conceito de governança, conforme alinhado ao neoliberalismo, e pela maneira com que a escolha dos representantes do segmento dos gestores e prestadores de serviço é realizada, através de indicação. Observa-se que por força da legislação, a maior parte dos procedimentos e orientações listados na cartilha apresentam-se

alinhados aos preceitos democráticos da constituição e do SUS, havendo desvio desses preceitos, nos espaços maleáveis, quando então o estado expressa sua filiação ao ideário neoliberal.

5.2 CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: CONSELHOS DE SAÚDE: A RESPONSABILIDADE DO CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO DO SUS. 2º EDIÇÃO, BRASÍLIA- DF, ANO 2013

Esta cartilha foi elaborada no Governo da Presidenta da República Dilma Rousseff, sendo Ministro da Saúde, o Sr. Alexandre Padilha.

Os temas contemplados nesta cartilha estão divididos em capítulos na seguinte ordem: Capítulo 1. Participação Social, páginas 2 e 3; Capítulo 2. Conferência de saúde, página 4; Capítulo 3. Conselhos de Direitos, página 5; Capítulo 4. Conselho de Saúde, páginas 6 e 7; Capítulo 5. Onde atua o Conselho de Saúde, página 8; Capítulo 6. Representação, páginas 9 e 10; Capítulo 7. Processo de representação, páginas 11 e 12; Capítulo 8. O que o Conselheiro deve conhecer, páginas 13 à 16; Capítulo 9. Plano de Saúde 17; Capítulo 10. Relatório de gestão, página 19; Capítulo 11. Lei Nº 141/2012, páginas 20 à 22; Capítulo 12. Programa de Inclusão Digital (PID), páginas 23 e 24; Capítulo 13. Sistema de acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS), página 25.

Para a análise das categorias de participação identificadas nessa cartilha, os capítulos foram agrupados da seguinte maneira:

- a) Participação social: definição, tipos de participação: conferência e conselhos de direitos;
- b) Conselhos de saúde: conselho de saúde, onde atua, representação, processo de representação e que o conselheiro deve saber;
- c) Instrumentos de gestão: plano de saúde e relatório de gestão;
- d) Lei nº 142/2012, educação permanente, programas de informação.

a) Participação social

No capítulo inicial da cartilha são abordados os temas participação social, conferência de saúde e conselhos de direito, utilizando-se uma linguagem acessível, de fácil compreensão aos leitores; o conteúdo, porém é apresentado de maneira muito sucinta e sem prover o contexto histórico que originou os conselhos de saúde, ou seja, o contexto sobre a participação social, os marcos dos movimentos sociais e da conjuntura política do Estado brasileiro.

O texto define que a participação é um caminho para a democracia, uma maneira de superar o medo e gerar condições para o exercício da cidadania e da liberdade. Descreve as formas de participação nos diversos espaços da sociedade, tais como, escolas, igrejas, família, bairro, cidade, País, associações civis, conselheiros de direitos e outras.

Na área da saúde, o texto afirma que a participação ocorre através das conferências e dos conselhos de saúde.

A conferência de saúde é definida como um fórum de debate, constituído por segmentos representativos da sociedade, que se reúnem a cada quatro anos, nas três esferas do governo para discussão, avaliação dos problemas de saúde e elaboração das diretrizes das políticas de saúde. As conferências de saúde devem ser realizadas periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera e propor diretrizes de ação. Suas deliberações precisam ser compreendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, portanto, visam influenciar as discussões travadas no conselho de saúde (Bravo, Pereira, 2012).

Com os mesmos objetivos estão os conselhos de direito, definidos como órgãos colegiados, paritários, permanentes e deliberativos; são criados por leis nas três esferas de governo e atuam na formulação, avaliação, supervisão e controle das políticas públicas.

É através das conferências e dos conselhos que a sociedade participa da gestão pública.

Para Sayago (2007) a participação é um caminho em construção, discutido em espaços públicos, que tenta superar a clássica dicotomia entre representação e participação. A participação democrática implica que indivíduos reconheçam seus lugares e papéis na organização da sociedade, e tenham espaços de atuação, para além do pagamento de impostos e votação em pleitos eleitorais para postos do

legislativo, mas também nos espaços que decidem os destinos de sua comunidade (Tenório, 1998).

A análise deste capítulo da cartilha, que versou sobre participação social, inscreve a participação na categoria B, democrática-radical e coletiva, pois no texto observa-se discursos de disposição para que a sociedade participe dos fóruns de debate, tanto na micro como macro-política, e atue na formulação, avaliação, supervisão, bem como no controle das políticas de saúde.

Para Silva e Cunha (2010),

“[...] os novos mecanismos de participação demonstram como os cidadãos podem envolver-se politicamente na gestão pública. A difusão e a extensão desses mecanismos podem ser articulados com a necessidade dos governos de resolver problemas concretos de gestão cujos resultados sempre são incertos, porque isso significa a priorização de algumas alternativas sobre as outras. Até agora, a gestão pública pôde desfrutar de uma opacidade sem consequências políticas relevantes. No entanto, atualmente a demanda de explicações pelas decisões tomadas coloca aos representantes políticos a necessidade de estabelecer procedimentos de decisão mais transparentes, que permitam realizar uma prestação de contas mais qualificada e periódica [...]”.

Para Peixoto (2015), a consolidação da participação social na gestão das políticas públicas ainda oferece inúmeros desafios, mesmo com avanços significativos nos processos de organização e formalização das esferas de participação. Entre os desafios, está o de efetivar o controle social dos conselhos e conferências das diversas etapas da política: muitos conselhos de saúde atuam ainda em seu caráter essencialmente consultivo, deixando lacunas no monitoramento das demais etapas que compõem o processo político como um todo. Os conselhos e conferências não possuem instrumentos viáveis para o efetivo controle social em todas as instâncias políticas de decisão.

b) Conselhos de Saúde

Este capítulo aborda exclusivamente o tema conselho gestor. O texto, a exemplo do anterior, apresenta linguagem acessível e de fácil entendimento; os temas são descritos de maneira sucinta e objetiva; há um breve relato sobre a participação e a deliberação nos espaços democráticos, a partir da década de 70, porém, também conforme o texto anterior, carece de aprofundamento histórico e

sobre a conjuntura política do país.

O conselho gestor é definido como órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, nas três esferas. Deve funcionar através de reuniões mensais, ter ata das reuniões e infraestrutura para seu funcionamento; o seu colegiado é paritário e composto por representantes do governo, dos trabalhadores, dos prestadores de serviço e dos usuários.

O texto descreve a atuação dos conselheiros na elaboração de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos.

No subtema das representações são citadas algumas entidades, associações, comunidades, como exemplo de grupos de interesse que podem participar dos conselhos; também são esclarecidos os aspectos referentes ao processo de tomada de decisão quanto ao número de conselheiros, que será uma indicação dos plenários dos conselhos e das conferências de saúde, devendo ser definido em lei (municipal, estadual e federal).

Os representantes dos conselhos precisam ter o compromisso de manifestar os interesses dos seus pares nas temáticas em discussão. Assim, de acordo com o perfil de cada conselho, as instituições envolvidas representam segmentos produtivos e setores sociais, bem como grupos étnicos ou com afinidades culturais tais que sejam considerados portadores de demandas específicas, como é o caso de populações tradicionais (indígenas, quilombolas, etc.), grupos religiosos, dentre outros segmentos da sociedade (Cozzolino, Irving, 2015).

A classificação da participação, analisando esses primeiros subtemas deste capítulo, filia-se à categoria B, participação democrática-radical e coletiva, pois o texto pleiteia a inserção dos indivíduos, por meio de associações, entidades, comunidades ou por si mesmo, nos espaços de participação permanente e colegiados, nas três esferas de governo. Ainda, nota-se que na descrição das ações, transmite-se a ideia de construção de todos os segmentos, na elaboração, na deliberação, e no controle das políticas de saúde.

Afirmam Cunha e Silva (2010), que as esferas política e social, necessitam construir espaços comuns, lugares que permitam a realização das interações entre a sociedade civil e o Estado. A participação social democrática e revolucionária nas discussões e decisões das políticas públicas é uma forma de ampliar o mundo da

política, para além daqueles espaços de poder tomados pelos eleitos para o legislativo e executivo, delineando-se outras maneiras de mediação e representação social. Para que isso se torne efetivo, é indispensável que sejam constituídos espaços permanentes, legítimos e reconhecidos pelo governo e pela sociedade, como espaços de participação, capazes de atuarem ao longo de todo o ciclo de produção das políticas públicas: concepção, controle, avaliação, monitoramento, crítica e revisão. No âmbito da federação, os conselhos setoriais e as conferências nacionais constituem-se nas formas mais eficazes e abrangentes para este fim.

Neste mesmo capítulo, o subtema processo de representação descreve como se efetiva a eleição dos conselheiros. Ao se referir ao conselheiro vinculado à organização governamental, o texto diz que a escolha é indicada pelo ministro, pelo secretário do estado ou do município; para os demais segmentos, a escolha ocorre através de eleição. O subtema traz texto que descreve também o período do mandato do conselheiro; a existência de conselhos locais e distritais de saúde; o que faz e o que deve conhecer um conselheiro, pontuando as seguintes atribuições:

- a) representar o seu segmento e manifestar as ideias e as demandas;
- b) articular os interesses do conjunto dos usuários;
- c) é o elo entre o conselho e sua coletividade;
- d) além de propor, discutir e definir questões, deve acompanhar a execução das decisões da política de saúde.

No texto sobre “o que o conselheiro deve saber”, são citadas as seguintes leis da criação do conselho: a 8.080/90, que regulamenta o SUS, e a 8.142/90, que dispõe a sobre a participação da comunidade no SUS, a Lei complementar 141 de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas, o decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, o plano de saúde local e o relatório de gestão.

A análise do subtema **processo de representação** leva à categoria A, autoritária e cooptação, no que se refere ao processo de “escolha” dos conselheiros, especificamente, no segmento do governo/prestadores de serviço, que ocorre por indicação do ministro ou secretários de saúde, estadual ou municipal.

Nos demais aspectos abordados neste capítulo, como as atribuições e o que devem saber os conselheiros, entende-se que a participação é afiliada à categoria B, democrática-revolucionária e coletiva, pois o texto manifesta claramente que os indivíduos que estão inseridos nos conselhos devem participar ativamente dos processos de articulação, identificação dos problemas, definição das prioridades, planejamento e execução das ações, definidas de maneira conjunta, a partir de necessidade e interesses de diferentes grupos sociais.

Neste mesmo capítulo, conselho de saúde, são descritas considerações importantes sobre o decreto 7.580, de 28/06/2011, “que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da Saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (Brasília, 2013 p 14).

As considerações se referem: ao contrato organizativo de ação pública (Coap), às redes de atenção à saúde e ao Mapa de Saúde.

O contrato organizativo de ação pública é um instrumento jurídico e de gestão compartilhada, que define a responsabilidade dos entes federativos na organização e integração das ações e redes de saúde. As redes de atenção à saúde são um conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade na rede regional e interestadual, ao planejamento de saúde, que será elaborado de maneira ascendente e integrada, partindo do nível local até o federal, com elaboração de metas e indicadores de saúde, sendo orientados pelas diretrizes nacionais estabelecidas pela Conferência de Saúde. O Mapa de Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada (Brasília, 2013).

c) Instrumentos de gestão: plano de saúde e relatório de gestão

Os instrumentos de gestão presentes nesta cartilha são o plano de saúde e o relatório de gestão, ambos são utilizados pelos secretários da saúde e pelo ministro da saúde que devem apresentá-los nos conselhos de saúde. O primeiro apresenta os objetivos, as diretrizes e as metas esperados nos quatro anos de governo. Isso ocorre a partir da análise da situação de saúde. A discussão e a elaboração destas ações ocorrem nos conselhos municipais, estaduais e federação. O relatório de gestão também é apresentado pelo ministro e pelos secretários de saúde do município e do estado em reunião dos conselhos, com os resultados e a execução

da programação anual da saúde. Cabe aos conselhos de saúde analisar, aprovar ou reprovar este relatório.

A participação social se efetiva quando os governos institucionalizam formas de elaboração de políticas públicas, que não se refiram ao cidadão como "alvo", "meta", "cliente" de suas ações ou, meramente, avaliador de resultados, contudo como participante ativo no processo de elaboração dessas políticas. Tal processo deve existir desde a identificação do problema, do planejamento de sua solução e do acompanhamento da execução até a avaliação do impacto social efetivamente alcançado (Tenório, 1998).

Para Brandt e Bezerra (2013), a principal questão que a participação democrática coloca à gestão é a de como proceder a melhor tradução das demandas da sociedade, relatadas nos documentos finais das conferências, sejam através de relatórios, diretrizes ou outras, em políticas concretas. Ao escolher as estratégias, metodologias e os instrumentos de gestão, que serão utilizados em todo o ciclo da política (planejamento, implementação, monitoramento e avaliação) é preciso levar em conta argumentos de razoabilidade e eficiência gerencial ou técnica, que são ajustáveis com os critérios democráticos de responsabilização dos agentes do estado (organizações e indivíduos), transparência e garantia de participação e controle social.

Peixoto (2015) considera que os instrumentos utilizados no planejamento, elaboração, execução e monitoramento das políticas de saúde, pelos diversos atores do governo, devam ser acessíveis e compreensivos aos diversos atores sociais, pois representa a possibilidade de participação democrática e controle social, não sendo apenas instrumentos de interesse do corpo técnico-burocrático dos órgãos gestores.

As contribuições da sociedade civil e a participação social nas inúmeras etapas do ciclo das políticas favorecem a qualificação das ações, pois embora o Estado tenha condições e recursos para identificação e compreensão dos diversos elementos em uma determinada realidade, para implementar uma política, são os atores sociais, agentes e conhecedores do território, que possuem a legitimidade, e a capacidade de analisar e interpretar os impactos e as mudanças que ali ocorreram (Peixoto, 2015; Cornwall, 1997). Desta maneira, podemos analisar que a participação presente nestes instrumentos de gestão descritos nesta cartilha, é afiliada à categoria B, democrática-radical e coletiva.

d) Lei nº 142/2012, educação permanente e programas de informação

A cartilha traz a descrição dessa lei, que dispõe sobre os valores mínimos que devem ser aplicados anualmente pelas esferas do governo, nas ações de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle destas despesas. O controle sobre o uso destes recursos é de responsabilidade dos conselhos de saúde e tribunais de contas.

Neste capítulo também é apresentada a informação sobre a prestação de contas pelos gestores (municipais, estaduais, DF e união). Estes devem apresentar ao conselho de saúde as prestações de contas quadrimestrais e este enviará ao chefe do poder executivo as medidas corretivas para cumprimento das metas estabelecidas.

A cartilha aborda ainda a questão de educação permanente para o controle social no SUS, informando que o gestor disponibiliza aos conselheiros dos segmentos dos trabalhadores e usuários, programa permanente de educação na saúde. No momento da elaboração desta cartilha, foi firmada parceria com a Fiocruz e o Conselho Nacional de Saúde.

Para o funcionamento efetivo dos espaços participativos, além do fortalecimento da comunicação entre os atores envolvidos, tanto da gestão como dos movimentos sociais, é primordial a capacitação e a formação política dos atores sociais envolvidos, de forma que o processo não conceba um simulacro democrático para referendar decisões tomadas em outras esferas (Cozzolino, Irving, 2015).

Os sistemas de informação citados neste capítulo são: o programa de inclusão digital (PID) e o sistema de acompanhamento de conselhos de saúde (SIACS). O PID é direcionado aos(as) conselheiros (as), para que estes se apropriem das informações e adquiram habilidade na comunicação. Sua estrutura está voltada para equipamentos (computadores e impressoras), formação de conselheiros e conectividades. O outro sistema, SIACS, é um sistema de informação e dados essenciais de todos os órgãos de controle social que atuam nas esferas governamentais. Esta ferramenta está disponível no site do Conselho Nacional de Saúde e deve ser alimentada pelos secretários executivos dos conselhos gestores dos municípios e dos Estados.

Para Peixoto (2015) e Tenório (1998), ter o indivíduo como o sujeito que expressa o interesse da sociedade nas demandas do Estado é transformar a

natureza das relações, de monológicas-tecnoburocráticas, para dialógicas-democráticas, ou seja, a gestão pública teve um avanço significativo na transparência, comunicação e na aproximação entre o estado e a sociedade civil. E nesse capítulo, onde se aborda o financiamento dos recursos para a saúde entre os entes federativos, a prestação de contas pelos gestores ao conselho gestor, sobre a necessidade de educação permanente, o incentivo para o mundo digital entre os todos conselhos de saúde, aponta-se para uma participação democrática-radical e coletiva, é que seja realizado o controle da sociedade sobre o estado de uma maneira crítica e embasada em conhecimentos sobre as necessidades de saúde e principalmente sobre as políticas em que está inserido o conselho gestor.

A análise dos capítulos desta cartilha ministerial constatou que o tipo de participação em evidência foi a afiliada à democrática-radical e coletiva, categoria B.

5.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

As informações sobre o Conselho Municipal de Saúde foram encontradas no site da Prefeitura Municipal de São Paulo: não foi encontrada cartilha de orientação para conselheiros de Saúde da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo.

A análise foi realizada de acordo com os tópicos apresentados na página do Conselho Municipal de Saúde no site da Prefeitura Municipal:

- a) O que é e como funciona o Conselho Municipal de Saúde;
- b) Histórico do Conselho;
- c) 15 anos de controle social;
- d) Quem são os usuários

a) O que é e como funciona o Conselho Municipal de Saúde

O site disponibiliza neste tópico breve informação sobre a função do Conselho de Saúde, constando que ele deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município

b) Histórico do Conselho

Nesta página há uma breve contextualização histórica, iniciando-se com a década de 70, quando houve processos de lutas por melhoria de qualidade de vida e em prol da democratização do país. A crise econômica e a ausência de liberdade democrática nos governos militares provocaram reações das comunidades e organizações sociais para melhoria de vida e em especial da saúde, em que o sistema estava falido.

Há destaque para os processos de lutas e movimentos populares e comunitários da saúde, com referência àqueles iniciados nas comunidades mais pobres nas zonas leste e sul da capital.

O crescimento das formas de organização da sociedade civil no Brasil foi um dos elementos mais importantes da democratização do país. A partir de meados dos anos de 1970, iniciou no Brasil o surgimento de uma sociedade civil autônoma e democrática, tal fato esteve relacionado a diferentes fenômenos como exemplo, o crescimento importante das associações civis, principalmente as associações comunitárias; a nova leitura da ideia de direitos; a defesa da ideia de autonomia organizacional em relação ao estado. Tais fenômenos se tornaram mais frequentes nas grandes cidades, aumentando significativamente o número de associações comunitárias e a sua forma de relação com o Estado. Os anos de 1980 provocaram uma maior presença do associativismo e das formas de organização da sociedade civil na cena política, tendo o seu auge no processo constituinte (Avritzer, 2009).

Vale ressaltar que em parceria com os movimentos sociais no início da década de 1980 estavam as organizações não governamentais (ONGs), o terceiro setor, que ganhou uma maior visibilidade entre os anos de 1950 e 1980.

As ONGs, aparecem, na primeira metade dos anos de 1980, como organizações sociais articuladas aos movimentos populares. Elas recebiam recursos da cooperação internacional e com esses financiavam os seus projetos de ação, cujos objetivos eram implicados das demandas dos Movimentos sociais. Seu papel político era de atores coadjuvantes dos movimentos sociais, pois existia uma dupla transferência, dos objetivos (do movimento social para a ONG) e dos recursos (ONG, precisamente, capital internacional para o movimento social), promovendo o desenvolvimento do país através do interesse do grande capital internacional, em se expandir nos países periféricos, produzir a baixos custos, ampliar o seu mercado de

consumo, mas simultaneamente incorporava os interesses e demandas dos setores populares (Montaño, 2014).

Em meados dos anos de 1980, por mudanças na fonte de financiamento, as ONGs, pela necessidade de captar recursos para sua sobrevivência, foram obrigadas a estabelecer relações de parceria com o estado e com as empresas capitalistas, passaram a fazer parte do processo de desmonte social do estado, do apassivamento da classe trabalhadora, da despolitização da sociedade civil (Montaño, 2014).

Tenório (1998, p.20) afirma ainda que a demanda por recursos, pelas organizações do terceiro setor :

“[...] provoca um distanciamento da maneira dessas organizações atuarem com as questões sociais, de um gerenciamento centrado na intersubjetividade da pessoa humana para aquele determinado pelo cálculo egocêntrico de meios e fins. Adiciona-se a isto o fato de estas organizações da sociedade civil, na ânsia de "profissionalizarem-se", na "luta pela sobrevivência", passarem a utilizar os mesmos mecanismos gerenciais daqueles empregados pelo setor privado nos seus processos de tomada de decisão”.

Mesmo diante deste cenário de mudanças de paradigmas entre os movimentos sociais e as organizações não governamentais, a participação social se manteve presente no processo da democracia. O texto aborda a Constituição Federal de 1988, em que o debate sobre a saúde ganhou seus contornos mais importantes, destaca-se a descentralização com direção única, o atendimento integral e universal e a participação da comunidade (controle social).

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição de 1988, as experiências de governança democrática, progressivamente estão sendo incorporadas aos processos de gestão pública. O próprio texto constitucional antecipa o engajamento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, reforçando o compromisso com a participação social na gestão pública, promovendo a democratização do Estado (Cozzolino e Irving, 2015).

Nesta página estão citadas as Leis nº8.080/90 (criação do Sistema Único de Saúde-SUS), Lei nº 8.142/90 (define a participação da comunidade no SUS) e o Decreto nº 99.498/90 (cria o Conselho Nacional de Saúde, regulamentando a participação social).

O governo da Prefeita Luiza Erundina de Souza (1989-1992) instituiu o primeiro Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMSSP), através da Portaria SMS nº1.166/89, ainda sem formalidade legal. O CMSSP adquiriu sua conformação legal no governo do Prefeito Celso Pitta (1997-2000), através da Lei nº 12.546/98.

Há o relato de que o CMSSP passou por um longo período de litígios, divergências e falta de entrosamento com o Executivo Municipal. Foi em dezembro de 1999, na IX Conferência Municipal de Saúde, que foi retomado o CMSSP, sendo inaugurada uma nova etapa no processo de democratização da saúde no município de São Paulo. Os conselheiros foram democraticamente eleitos entre seus pares e o processo foi sustentado por base legal.

Nesse histórico sobre o conselho municipal de saúde, a participação social está presente no texto, e afilia-se à categoria B, participação democrática-radical e coletiva, pois a referência sobre os movimentos sociais, no final da década de 70 e década de 80 com destaque aos movimentos que nasceram na periferia da cidade de São Paulo, reforça que nesse momento histórico a participação social, advinda dos movimentos populares em atuação conjunta com comunidades eclesiais de base, oposições sindicais, algumas categorias profissionais do funcionalismo público, gerou um período de luta nacional pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais, econômicos e políticos, que culminou com a Constituição de 1988, na universalização dos direitos sociais e com a redemocratização do Estado, na criação dos Conselhos, no qual se inicia uma nova compreensão sobre o papel do estado, onde a participação passa a ser idealizada como uma intervenção social periódica e planejada, ao longo de um caminho de formulação e implementação de uma política pública (Gohn, 2011).

c) 15 anos de controle social

Nessa página há breve relato sobre os quinze anos CMSSP, que se reporta à caminhada do conselho gestor, de maneira poética, enfatizando o desafio de “participar, discutir, respeitar, reivindicar e conquistar a cidadania dos moradores de São Paulo”. Há rápida referência a momentos de conflitos e derrotas, o que é contraposto com a “garra das forças que sonham, querem e lutam por uma cidade melhor, possuidora de políticas públicas que atendam à maioria e com bens públicos acessíveis à população.” Traz a palavra persistência para o avanço da sociedade

rumo a sua efetiva cidadania.

Afirma Gohn (2011) que o aprendizado da democracia, em nome da cidadania de todos, é um processo, não uma engenharia de regras. Esse processo demanda tempo, a sua construção é realizada em etapas de aproximações sucessivas, na qual o erro é tão didático quanto o acerto. Projetar espaços participativos e construir a institucionalidade, respeitando a diversidade, aberto às identidades de cada grupo, associação, movimento organização, requer articulações políticas que ultrapassem os faccionismos e formem alianças para alcançar as metas estabelecidas.

d) Quem são os usuários

A página sobre esse tema informa que desde 1988, com a nova Constituição, existe uma polêmica sobre quem é usuário do SUS. O conselho entende essa discussão como algo que tem a intenção de diminuir as vagas e a representação dos usuários. E assinala que nesse conselho existe a preocupação em garantir esse espaço para os usuários, seja individualmente, ou seja coletivamente, representando as entidades e movimentos ligados à sociedade civil, os defensores dos interesses comunitários, em particular os da saúde da população ou de segmentos específicos.

A participação dos usuários é garantida através da mobilização das entidades representativas da sociedade civil organizada, pois estas têm o “poder e a capacidade de mobilizarem a sociedade em defesa do SUS e da saúde pública”.

Nessa página é pontuada a importância do conselho na administração, no planejamento dos recursos e da política municipal de saúde, e também na fiscalização do Fundo Municipal de Saúde. Em função dessas atribuições existe uma forte pressão política para se controlar, manipular ou intimidar o conselho, seja pelos prefeitos, pelos secretários de saúde, seja por forças políticas e partidárias.

Para Gohn (2011) a participação social não deve ficar centrada em um único sujeito, ela deve ser construída no exemplo de relação entre o geral/ideal e na relação sociedade/Estado. No entanto, Sayago (2007) afirma que com a intensidade dos movimentos de participação social, surgem novas estratégias de luta pelo poder, gerando novos conflitos que são decorrentes do processo de globalização, dos interesses dos diferentes grupos que a incidência da pluralidade contemporânea coloca em cena. Contudo, surgem novas formas de participação, seja como produto das pressões dos órgãos internacionais de financiamento, ou porque a sociedade

está se conscientizando para um caminho de exaltação do local e de organizar a busca do bem estar comum, pois o levantamento das necessidades, o apontamento de soluções e sua concretização exigem organização, mudança de comportamentos e de atitudes.

Nessa página é pontuada a importância do conselho na administração, no planejamento dos recursos e da política municipal de saúde, na fiscalização do Fundo Municipal de Saúde e por conta dessas atribuições existe uma forte pressão política para se controlar, manipular ou intimidar o conselho, seja pelos prefeitos, pelos secretários de saúde, seja por forças políticas e partidárias.

A pressão política muitas vezes pode ser encontrada de outras formas, como demonstram Bravo e Pereira (2012) quando expõem que o papel do conselho de discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde, muitas vezes é descaracterizado pela magnitude de questões imediatas referentes ao funcionamento das unidades de saúde, pela não participação de diversos representantes, o que ocasiona a falta de quórum nas reuniões e ainda pela centralização das informações pelo poder público, dificultando a participação dos conselheiros.

Ao analisar os conteúdos das páginas, **trajetória dos quinze anos do conselho municipal e os usuários**, observa-se que a participação está relacionada à categoria B, democrática-radical e coletiva, pois há ênfase na necessidade de participar, discutir, planejar e fiscalizar as ações de saúde realizadas pelo estado. Não se percebe uma tendência à participação autoritária e de cooptação (categoria A) nas informações sobre o conselho municipal de saúde.

A análise das informações encontradas no site da Prefeitura Municipal de Saúde da cidade de São Paulo constatou que o tipo de participação em evidência foi a afiliada à democrática-radical e coletiva, categoria B.

5.4 SÍNTESE COMPARATIVA DOS CONTEÚDOS DAS CARTILHAS

A análise dos conteúdos das cartilhas foi realizada agrupando-se os tópicos conforme os temas abordados. Na cartilha do Estado de São Paulo, os temas foram agrupados em: a) contexto e missão do conselho, b) competência e atribuições do conselho gestor, c) questões administrativas e d) regimento interno; na cartilha ministerial: a) participação social, b) conselhos de saúde, c) instrumento de gestão,

d) Lei nº 142/2012, educação permanente, programas de informação; nas informações da Prefeitura de São Paulo: a) o que é e como funciona o Conselho Municipal de Saúde, b) histórico do conselho, c) 15 anos de controle social, d) quem são os usuários.

O resultado mostrou poucas diferenças. Os três materiais analisados se inspiram no conceito de controle social como controle da sociedade civil sobre o estado, mas mostram características de controle tutelado, pois as formas de participação são regradas pelo poder público. Pode-se notar tendências na ênfase dessa tutela: a cartilha disponibilizada pelo poder estadual deu maior importância às normativas e às legislações que regem o funcionamento do conselho de saúde em si (regras a cumprir para participar); a cartilha ministerial enfatizou o decreto que organiza o Sistema Único de Saúde, quanto aos instrumentos e ferramentas para gestão das ações de saúde (para onde essa participação deve ir); o site da Prefeitura Municipal de São Paulo enfatiza a representação dos segmentos dos usuários nos conselhos de saúde (segmentos de grupos de interesse da sociedade civil).

No que se refere à participação social, os conteúdos dos discursos dos poderes executivos ora mostram-se afinados à categoria A e ora à B. Não foi possível verificar diferenças substanciais entre as cartilhas, mostrando-se um discurso quase homogêneo entre os poderes.

Os grandes ausentes foram os conteúdos de incentivo à mobilização social, à luta política, à participação dos indivíduos e grupos fora do que está normatizado, como sendo a chamada sociedade civil organizada em grupos de interesse. Ausentaram-se os ensinamentos sobre a política no sentido amplo, capazes de expor as contradições sociais fundamentais da sociedade de classes. Ausentou-se a perspectiva de participação que contesta a ordem instituída e que denuncia as contradições na destinação de recursos.

6 Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social presente nos espaços institucionalizados de discussões, planejamento e de elaboração das políticas públicas deve fomentar mudanças nos contextos sócio-político-econômico do país. Os movimentos sociais presentes nas últimas décadas originaram inúmeras conquistas para a sociedade e para democracia.

A análise da participação social, nas cartilhas educativas da União, do Estado e do Município de São Paulo, sobre o conselho gestor, evidenciou que a dimensão política foi predominantemente composta pela perspectiva de participação cidadã, ou seja, aquela que está dirigida pela instituição, Estado, conforme se esperava.

Da perspectiva da saúde coletiva, que defende a participação radical e crítica, pode se levantar as seguintes críticas às cartilhas analisadas:

1. As abordagens heterogêneas e sucintas, sobre a contextualização histórica dos movimentos sociais nos documentos analisados, não fornecem subsídios históricos para os conselheiros sobre a importância da participação crítica na sociedade civil, uma que leve ao enfrentamento coletivo das necessidades do território, condição fundamental para que o processo participativo eduque para a emancipação;
2. Ausência dos ensinamentos sobre a política no sentido amplo, capazes de expor as contradições sociais fundamentais da sociedade de classes e dessa forma contribuir para a educação emancipatória;
3. A interferência do momento político na elaboração da cartilha na elaboração do conteúdo das informações, induzindo ao “tipo” de participação social mais pertinente à gestão;
4. A existência de informações pontuais sobre o Conselho Municipal de Saúde no site da Prefeitura Municipal de São Paulo e a falta de um documento ou cartilha educativa limitam as informações aos usuários.

Espera-se que este estudo possa trazer subsídios aos conselhos gestores:

dando ênfase às contradições que estão na base das diferenças sociais, à historicidade dos movimentos e das lutas sociais, esclarecendo sobre as diversas formas de participação social, sobre o que é o Estado e a política, e sobre o conselho gestor como instrumento educativo para formas de participação revolucionárias, fora da tutela do Estado. Dessa forma, espera-se instrumentalizar participantes dos conselhos gestores de saúde a prestar contas aos usuários que representam, quanto ao desenvolvimento crítico necessário para o enfrentamento coletivo das contradições na área da saúde.

Apresenta-se a seguir o caderno de apoio aos conselhos de saúde.

Caderno de apoio aos Conselhos de Saúde

2017

Apresentação

Este material é parte do relatório de pesquisa de Mariana Bloch apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências. Fundamentado na perspectiva da saúde coletiva, foi elaborado com a colaboração das Professoras Doutoras Cássia Baldini Soares e Carla Andrea Trapé.

Trata-se de material educativo desenvolvido para os participantes dos conselhos de saúde e todos os cidadãos que estejam de alguma forma envolvidos nos Conselhos de Saúde, com o objetivo de apoiar a discussão sobre temas que não são abordados por cartilhas desenvolvidas pelas instâncias governamentais. Sua finalidade é promover participação de natureza crítica, necessária ao enfrentamento coletivo das contradições sociais mais gerais, visto que estas estão diretamente relacionadas com a saúde.

Os Conselhos de Saúde são resultado das conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil. Dessa forma, constituem instrumentos de representação, participação e de transformação política. Foi na década de 90 que se legitimaram, com a criação do SUS, Lei 8.80/90, e com a Lei 9.142/90, que regulamenta e institucionaliza os conselhos de saúde nas três esferas do governo.

A participação da sociedade na dinâmica do SUS foi concebida a partir de princípios democráticos, que em tese viabilizariam a participação dos cidadãos de forma a possibilitar discussão e deliberação sobre os temas que envolvem a saúde. Nesse projeto, previu-se que todas as partes envolvidas teriam possibilidade de afetar as decisões políticas necessárias à implementação e ao desenvolvimento do SUS, dessa forma exercendo algum controle sobre as ações do Estado. Da perspectiva da saúde coletiva, também envolvida nesse projeto, esse processo traria ensinamentos de natureza revolucionária.

Neste caderno serão apresentados e discutidos os conceitos de Estado e democracia, presentes no cotidiano da vida social e importantes componentes da dimensão política dos conselhos gestores, temas nunca discutidos pelos seus atores. Espera-se que estes temas levem conselheiros a assumirem as tarefas de propositores e formuladores das políticas de saúde de forma menos tutelada pelo Estado. Disponibilizam-se neste caderno de apoio alguns elementos que

consideramos essenciais, a partir da saúde coletiva, para que a participação vá muito além do processo de tomar conhecimento das decisões tomadas pelos técnicos que trabalham nas instituições de saúde. Para tanto, se buscará abordar questões ausentes nos materiais educativos sobre conselhos gestores principalmente as relacionadas às diferentes formas de acesso à riqueza, ao conhecimento, e às decisões entre as diferentes classes sociais.

O material está organizado por temas. O primeiro diz respeito ao Estado e buscará compreender o conceito, origem, atribuições e modificações ao longo da história, bem como a relação com a sociedade civil. O segundo tema é a democracia, e se abordará o conceito, os tipos, e como a democracia acontece na sociedade capitalista. O terceiro tema será a participação social, o conceito, os tipos e como ocorre a participação no Estado e por último, se trará a discussão sobre o Conselho gestor de Saúde, e como surgiu este espaço de participação.

TEMA 1: ESTADO

Fonte: ares.unasus.gov.br

É importante discutir o Estado para se analisar as decisões tomadas no âmbito do Estado de forma crítica, especialmente as que ocorrem nos conselhos gestores e nas conferências de saúde, pois muitas vezes, tais decisões expressam apenas os interesses do capital, da classe

dominante. É importante que o conselheiro possa conhecer essa dimensão da política para fortalecer a implementação de sistemas que sejam verdadeiramente públicos e universais, para garantir os direitos essenciais para a população.

Assim, se conceituará Estado, sua origem e função, se sintetizará as transformações que teve ao longo da história. Espera-se que os conceitos de sociedade política e a sociedade civil de Gramsci ajudem a explicar a relação Estado e sociedade.

1.1 O QUE É O ESTADO?

O significado do Estado não é único e absoluto, pois o Estado não se apresenta da mesma forma em todos os momentos históricos e nem em todos os contextos socioculturais (Pereira, 2012).

Ao buscar o conceito de Estado no dicionário, encontra-se que sua origem está ligada ao latim *status*: modo de estar, situação, condição. Redigido com inicial maiúscula, o Estado é uma forma organizacional que possui uma estrutura própria. Suas funções são organizadas política, social e juridicamente, ocupando um território definido. É dirigido por um governo que tem soberania reconhecida tanto interna como externamente a um país (Wikipédia, 2017).

O Estado, nos estudos de Marx e Engels, apresenta-se como uma organização a serviço da classe social dominante, servindo para manter a exploração do trabalho (Saes, 1987). É uma instituição social que se constitui em um conjunto de relações sempre tenso e conflituoso em que os grupos, as classes sociais se confrontam em

defesa de seus interesses e da exploração, podendo-se afirmar que se trata de uma arena de conflitos de interesses (Pereira, 2012). É produto social e histórico, que reproduz a dominação de classe, a exploração e a opressão. Em outras palavras, a relação de dominação da classe social exploradora ocorre através do Estado pela burocracia, com o intuito de manter e reproduzir as relações de produção (Viana, 2003).

1.2 ORIGEM E FUNÇÃO DO ESTADO CAPITALISTA

O desenvolvimento das forças produtivas, a mudança nas relações de produção e a expansão capitalista da divisão social do trabalho dá origem às classes sociais capitalistas. A divisão de classes sociais é acompanhada das lutas entre elas, com a necessidade da classe dominante manter o domínio sobre a classe dominada. Neste contexto o Estado se ergue, como um subgrupo de homens, que tem como função preservar a divisão entre as classes sociais e impedir que a divisão de poder entre elas desapareça (Viana, 2003).

Pode-se afirmar que todo Estado é um Estado de classe, que assume as mais diversas formas na história, conforme os diferentes modos de produção, e que demonstra os interesses da classe dominante.

Como a essência do Estado capitalista está em seu modo de produção e nas suas relações de produção, em momentos de crise, este aumentará o seu modo de exploração, através da organização do trabalho, do aumento da exploração às classes sociais, na utilização de formas secundárias de exploração e na destruição dos direitos trabalhistas (Campos, Viana, Soares, 2015).

Além de manter a exploração e o poder de dominação de classes, o Estado atua politicamente, contando com uma estrutura organizada para favorecer que a classe economicamente dominante torne-se também politicamente dirigente. O Estado é politicamente constituído por um governo formado por membros da elite política, recrutados junto à classe dominante; por uma burocracia ou tecnoburocracia pública e por uma força policial e militar, que se propõe não apenas a defender o país contra os inimigos, mas também garantir a obediência às leis e manter a ordem interna (Pereira, 1995).

1.3 O ESTADO DE ACORDO COM GRAMSCI

Discutir o Estado na perspectiva de Gramsci trará subsídios aos conselheiros para compreender a sociedade civil, que através de movimentos e organizações/associações, resistem à cooptação das elites. A sociedade civil no conceito gramsciano atua na disputa pela hegemonia política e ideológica, participando dos espaços junto ao Estado, com a finalidade de lutar para transformar esses espaços em verdadeiramente públicos, caminhando em direção contrária ao Estado (Gonçalves, Machado, Albuquerque, 2004).

Para o pensador italiano Gramsci, o Estado comporta duas esferas principais: a sociedade política, formada pelas instituições políticas que atuam através de mecanismos coercitivos do estado (polícia) e controlado pela burocracia (leis), através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência; e a sociedade civil formada pelo conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias, da direção intelectual, moral da sociedade, bem como dos interesses e dos valores da classe que domina o Estado; mediante a formação do consenso e adesão das massas. Essas duas esferas em conjunto formam o estado em sentido ampliado, definido “como sociedade política+sociedade civil, isto é, hegemonia escudada pela coerção.” No campo da sociedade civil, as classes buscam exercer sua hegemonia, na busca de aliados aos seus projetos de direção e de consenso. Já a sociedade política, também descrita como ‘estado-coerção’, ao inverso, exerce sempre a dominação baseada na coerção.

Hegemonia: supremacia, domínio, poder que algo ou alguém exerce em relação aos demais, a influência absoluta, liderança ou superioridade.

Coerção: repressão, ação de forçar alguém a fazer alguma coisa, ato de reprimir através da força, castigar ou punir. Força exercida pelo Estado para fazer valer o direito, coibição.

Fonte: Dicio, 2017

Nessa concepção, pode-se dizer que o Estado sofre influência da sociedade civil, porém controla o que a sociedade pode pensar e fazer. Suas funções estão em assegurar condições favoráveis para a expansão econômica e o investimento na educação para alcançar o consenso, pois a hegemonia das inúmeras organizações

na sociedade civil exige do estado um investimento na formação e disseminação de novas ideologias e novos padrões de condutas.

O conceito de sociedade civil surgiu no século XIX, para expressar duas mudanças causadas pela modernidade ocidental: a primeira mudança foi o fim da escravidão, trazendo a diferenciação entre as esferas econômica e familiar; e a outra, causada pela divisão de classes do Estado moderno, trouxe a diferenciação entre o Estado e a sociedade. (Avritzer, 2012).

A sociedade civil envolve as inúmeras organizações, usualmente consideradas “privadas”. É formada por organizações sociais, de caráter cultural, educativo, religioso, mas também político e econômico, abrangendo escolas, igrejas, partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, meios de comunicação etc. É nesta sociedade que se forma a vontade coletiva, a articulação entre as classes sociais, na busca de aliados para suas posições, conforme a direção e o consenso político (Coutinho, 2005; Vasconcelos, 2013; Violin, 2006).

1.4 AS DIFERENTES FORMAS DO ESTADO

O Estado se adequa aos diferentes estágios do modo de produção. A organização está voltada para a defesa do interesse geral de uma única parte da sociedade, a classe dominante. O estado capitalista não está separado do modo de produção capitalista, que submete a mercadoria e a cultura ao conjunto de relações de produção estabelecidas por ele. Essas relações de produção capitalista envolvem e subordinam o estado, pois este (estado) não está fora da sociedade, ele é parte integrante dela (Viana, 2003).

Para melhor entender as características do estado capitalista, a seguir se trará esclarecimentos sobre dois tipos de estado capitalista: liberal e neoliberal.

O estado liberal surgiu no século XVIII, após as revoluções liberais ocorridas na Europa, mais propriamente França e Inglaterra. Apresentava como pressupostos a defesa da propriedade privada, a redução do poder público, a ordem espontânea, igualdade perante a lei e o funcionamento livre do mercado. Caracterizou-se pela separação entre estado e economia, na tentativa de tirar o caráter político das relações econômicas e sociais. Ao se tentar separar a política da economia, o estado liberal define um conceito de sociedade reduzida aos produtores e aos

cidadãos. Um estado de cidadãos e uma sociedade de proprietários representa o escamoteamento do conceito de classe social (Toledo, 1995).

As classes sociais estavam presentes no século XIX, mas o funcionamento institucional do Estado e da economia não as refletia diretamente, ou seja, elas eram negadas, recusando-se as organizações sindicais e partidárias que representavam a classe operária. O liberalismo nos campos econômico e político provocou grandes desigualdades sociais e conflitos entre burguesia e proletariado (Toledo, 1995).

O estado liberal apresenta ênfase nas seguintes funções: proteção dos indivíduos contra os inimigos externos, proteção dos indivíduos contra as ofensas mútuas e realização de obras públicas que não são realizadas pela iniciativa privada (Soares, 2010).

O projeto liberal reconhecido na história recente pela alcunha de neoliberal teve seu auge na crise capitalista global, iniciada em 1973, com a crise do Petróleo, e se pronunciou na década de 1980 com a onda inflacionária.

O projeto de estado neoliberal foi marcado por reações teóricas e políticas contra o estado que intervém no livre mercado, como o estado de bem estar social, que se implantou em alguns países no sec. XX. Sua essência está na defesa do livre curso do mercado, que é considerado o mediador fundamental das relações sociais. Esse tipo de estado apresenta funções mínimas, normativas, de regulação, de administrador, para exercer o controle social, através da segurança pública e preservar a propriedade privada, mola mestra do mercado (Soares, 2010).

A sociedade capitalista com essência da sociedade capitalista está em seu modo de produção, em suas relações de produção. Esse novo regime de acumulação integral, para superar a crise do regime de acumulação anterior, busca aumentar a taxa de exploração anteriormente existente. No plano da organização do trabalho, significa a busca de aumento da produtividade, a utilização de formas secundárias de exploração e a corrosão dos direitos trabalhistas.

Você sabia que:

Em 1989, na cidade de Washington, aconteceu um encontro entre diversos atores do cenário mundial, para avaliar as reformas econômicas empreendidas nos países da América Latina nas décadas anteriores. Os participantes desse encontro foram: funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais. Esse encontro ficou conhecido como Consenso de Washington, nos quais foram definidas linhas da política macroeconômica, que moveram as reformas neoliberais, implantadas nos países da periferia do capitalismo, nas décadas de 1980 e 1990, inclusive o Brasil. As linhas básicas estabelecidas foram:

“Defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista.”

Fonte: Rizotto, 2017.

No Brasil, o governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, introduziu o neoliberalismo, com o discurso de modernização do país, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas. E o estado neoliberal teve seu aprofundamento nas décadas de 1990 e 2000, com modificação na estrutura do estado por meio de ampla reforma, através do documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). Neste documento, foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração do estado brasileiro, que tem a nova denominação de estado social liberal, com sua principal função ligada à regulação, à representatividade política, à justiça e a solidariedade, devendo-se afastar do campo da produção e se concentrar na função reguladora, e na oferta de alguns serviços básicos, não realizados pelo mercado, tais como os serviços de educação, saúde, saneamento, entre outros (Soares, 2010).

No estado neoliberal, portanto, as políticas sociais não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como

filantropia. Pode-se dizer que nessa concepção o bem estar social pertence ao âmbito privado, atribuindo às pessoas, às famílias e às comunidades a responsabilidade pelos seus problemas sociais, tanto pelas causas como pelas soluções. O estado neoliberal deverá intervir o mínimo possível no campo da economia e no social, já o financiamento público se manterá no campo social, desde que exista o superávit fiscal. A implantação de projetos e programas sociais acontecerá através de um mercado especial, desde uma seguradora de financeira (que garanta a previdência social e a saúde para aquelas pessoas que consigam arcar com as despesas), até os diversos atores que surgiram com o terceiro setor, incluindo as associações comunitárias, as igrejas e as modernas organizações não governamentais (ONG). Com esta nova característica do estado neoliberal, formam-se pequenas ilhas no mar de problemas sociais, pois o estado não cumpre as funções de assegurar os serviços essenciais aos cidadãos, delegando-as aos inúmeros grupos. Também existe uma generalização da pobreza como critério de acesso a programas sociais de alívio à pobreza. Esses programas são recomendados pelas agências internacionais e adotados pelos governos dos países em desenvolvimento. Sabe-se que o “caráter de alívio” destes programas enfrenta as raízes estruturais e históricas da desigualdade social, especialmente com o empobrecimento global provocado pelo neoliberalismo (Soares, 2010).

As políticas neoliberais, desde de 1990, provocaram uma menor intervenção do Estado brasileiro nos setores de educação e saúde, bem como a precarização destes setores. Tivemos nos últimos governos uma inversão nas suas prioridades e ações, negligenciando as classes exploradas e suas necessidades e privilegiando a “nova classe média” (Campos, Viana, Soares, 2015).

No setor saúde, todas as diretrizes das políticas públicas são concretizadas nos processos de produção. O SUS foi idealizado pelos movimentos sociais, Movimento Sanitarista, porém foi organizado e operacionalizado seguindo as formas de organização de trabalho apoiadas pelo regime de acumulação, pode-se afirmar que o SUS é um instrumento da política do Estado, mas fruto da pressão social, com um projeto ideológico e social de universalidade e de igualdade. Esse projeto apresenta um longo caminho a percorrer, constituído por desafios e contradições que geram conflitos entre a sociedade civil e trabalhadores contra a ordem instituída pela classe dominante (Campos, Viana, Soares, 2015).

1.5 RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE

A expansão da divisão social de trabalho no capitalismo fez surgir novas instituições organizadas, o que caracteriza uma sociedade civil expandida. A sociedade civil serve aos seus próprios interesses de acordo com cada organização específica (Viana, 2003).

A relação entre sociedade civil e estado, entre as formas privadas e as formas estatais de regularização, é marcada por conflitos e pelo predomínio da burguesia em ambas. O estado é um aparelho privado do capital e a sociedade civil é hegemônica pela burguesia, pois ela é a classe dominante, comandando o modo de produção e o estado, possuindo o domínio tanto financeiro quanto repressivo e institucional na sociedade civil. Mas esta hegemonia não é absoluta e é por isso que existe luta de classes na sociedade civil. Podemos dizer que esta relação é uma relação de poder, tanto do estado como da sociedade civil que se mobiliza indiretamente através de órgãos constituídos por representantes do povo para lutar por seus direitos, para minimizar a exploração da classe dominante, o desmonte dos serviços públicos, bem como o desinteresse em manter e/ou investir em sistemas universais que garantem os direitos essenciais aos cidadãos, pelo estado neoliberal. Podemos descrever o poder na sociedade civil em poder difuso e efetivo (Viana, 2003; Soares, 2010).

Poder difuso: é aquele exercido de maneira indireta pelos representantes do povo reunido, ou melhor, da sociedade civil em órgãos constituídos, como os conselhos. Porém não é um poder ilimitado, pois não se tem autonomia para alterar direitos e princípios estruturantes de uma constituição.

Poder efetivo: ocorre quando as entidades representativas da sociedade civil organizada conseguem mobilizar grande número populacional em torno de grandes causas.

Fonte: Direito Constitucional, 2017

Nos conselhos e conferências de saúde, existe a participação de várias entidades da sociedade civil, que se organizam para manifestar seus interesses, por isso pode-se afirmar que são espaços tensos, onde diferentes interesses estão em disputa contínua.

Para refletir:

1. Uma das características do Estado neoliberal é o desmonte dos serviços essenciais (saúde, educação, segurança). Como a sociedade civil pode impedir esse desmonte e alterar esta realidade?
2. Para você, como é a relação entre estado e sociedade civil? Essa relação prejudica o seu cotidiano?
3. Quais são as ações que o estado desenvolve em seu bairro? Estas ações são competências de quais órgãos?

TEMA 2: DEMOCRACIA

Fonte: blogvarzeapaulista.com

Objetivo: conhecer o conceito e a história da democracia, tipos de democracia, e compreender como ocorre a democracia no estado capitalista.

2.1 CONCEITO

Existem diversos conceitos de democracia. O conceito etimológico se refere à democracia como palavra de origem grega, que pode ser definida como governo (Kratos) do povo (demo). Dessa maneira, democracia é entendida como um regime de governo onde o povo (cidadãos) é quem deve tomar as decisões políticas e de poder (Medeiros, 2013).

Na sociedade dividida em classes sociais antagônicas, com seus diferentes interesses, a democracia pode ser entendida como forma de dominação da classe social que está no poder, pois a participação do povo nas decisões políticas acontece de forma restrita. Dessa maneira, pode-se conceituar a democracia como um regime político, na qual existe a participação das classes sociais na constituição das políticas estatais, porém com limites que não podem ou conseguem ultrapassá-los, tais limites existem de acordo com os interesses da classe dominante (Viana, 2003).

2.2 HISTÓRIA DA DEMOCRACIA

A democracia surgiu pela primeira vez no século V a.C, na cidade-Estado de Atenas. Liderado por Clístenes, os atenienses estabeleceram a primeira experiência democrática em 508-507 a.C, quando a democracia tomou a forma de uma democracia direta, com duas características: a seleção aleatória de cidadãos comuns para ocupar os poucos cargos administrativos e judiciais presentes no governo e uma assembleia legislativa composta por todos os cidadãos atenienses, que tinham direitos à fala e ao voto, espaço este em que as leis eram estabelecidas. Entendia-se como cidadãos atenienses os homens, filhos de pai e mãe atenienses,

livres e maiores de 21 anos. A maioria da população, formada pelos escravos, mulheres, estrangeiros, os não proprietários de terra e os homens menores de 20 anos, era excluída desse processo. Na República romana, apenas uma minoria dos romanos era considerada cidadã, com direito a votar na eleição para os seus representantes, sendo que os votos dos poderosos tinham maior peso.

2.3 TIPOS DE DEMOCRACIA

- Democracia direta: refere-se ao sistema onde os cidadãos decidem diretamente cada assunto por votação e escolhem os agentes de execução, geralmente revogáveis. Tornou-se cada vez mais inexistente;
- Democracia indireta ou representativa: os cidadãos elegem seus representantes em intervalos regulares, que então votam os assuntos em seu favor, representando os interesses da maioria;
- Democracia semi-direta ou participativa: é uma forma de democracia que possibilita um sistema mais bem-sucedido de democracia frente às democracias Representativa e Direta, ao permitir um equilíbrio operacional entre a representação política e a soberania popular direta, ocorre a participação popular na esfera pública (Wikipédia, 2017).

2.4 DEMOCRACIA NO ESTADO CAPITALISTA

Para abordagem deste capítulo, utilizamos como base teórica Viana (2003), que define a democracia burguesa e os seus tipos.

A democracia burguesa é a forma como o estado capitalista se relaciona com as classes sociais, caracterizada por uma participação restrita destas classes, e que sofre influência histórica das lutas de classes. Juntamente com a democracia burguesa surgiu a ideologia da representação, ela não é uma democracia direta onde as pessoas ou grupos se representam, mas sim uma democracia representativa, onde temos os representantes e os representados.

2.5 TIPOS DE DEMOCRACIA BURGUESA

A democracia burguesa sofreu alterações no decorrer da história, apresentando três formas principais:

1. Democracia burguesa censitária e liberal (democracia parlamentar): os representantes não representam os indivíduos ou grupos que os elegem, mas sim a nação. O parlamento ‘representa a nação’, porém essa representação é “focada” nos interesses da classe dominante;
2. Democracia burguesa partidária liberal: a transição para esse tipo de democracia foi lenta e fruto das lutas sociais, surgiu gradualmente com a luta pela extensão do direito do voto e simultaneamente ocorreu a formação dos partidos políticos. Essa expansão pelo direito do voto, foi permitido pela classe dominante, por conta da criação de novas instituições “representativas”, os partidos políticos, que realizariam a interferência burocrática entre eleitores e estado.
3. Democracia burguesa partidária burocrática: surgiu após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de restringir cada vez mais a participação das classes exploradas nos processos políticos institucionais, através da elaboração de um conjunto de leis que busca regularizar o processo eleitoral e o sistema partidário, dificultando a participação das classes exploradas e de grupos revolucionários na democracia burguesa. Nesta nova forma de democracia temos a burocratização e a mercantilização das relações sociais, que enfraquecem os movimentos dos operários nas instituições da sociedade civil e fortalece ainda mais a burocracia.

Para refletir

1. Como se caracteriza a democracia nos espaços de discussão em que você participa? Existe a interferência do estado nas tomadas de decisões? Como?
2. A democracia atual garante que você, cidadão, seja representado nos espaços de decisões?

TEMA 3: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Fonte: cartamaior.com.br

Objetivo: conhecer os conceitos de participação social, os tipos de participação e como se insere na democracia.

3.1 CONCEITOS

A participação social é um elemento indissociável da democracia, que se manifesta e se exerce a partir de espaços e meios de expressão política. Apesar de ser um direito, a participação é resultado da motivação pessoal e depende de fatores educacionais, culturais e individuais de acordo com o contexto cultural, político e econômico.

O conceito de participação social para a sociologia apresenta dois significados: o primeiro assinala a importância da integração e incorporação do indivíduo na organização da sociedade; o segundo tem um caráter político, onde a participação é entendida como democratização ou participação efetiva dos cidadãos nas decisões da sociedade (Stoltz, 2016).

Também pode-se definir que o conceito de participação, no contexto dos anos 90, foi baseado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e na mudança na compreensão do papel do Estado (Gohn, 2011).

3.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA HISTÓRIA

A participação está consolidada nos processos históricos, como exemplo, em Atenas a participação na cidade (*pólis*) era uma exigência da democracia, independentemente do conhecimento sobre a política, os homens livres que não participavam eram considerados *idiótes* (idiotas); no ideal da sociedade cidadã, a não participação era inaceitável. Na cultura política burguesa, a participação se torna, por séculos, limitada aos homens de escolaridade elevada e renda alta. Os regimes democráticos vigentes, a partir do século XX, surgiram com a participação

dos operários, em seus movimentos contra o voto qualificado e o associativismo restrito (Stotz, 2006).

3.3 TIPOS DE PARTICIPAÇÃO

A seguir se apresentam alguns tipos de participação: liberal, autoritária, democrática e revolucionária, conforme discutidos por Gohn (2011).

1. Participação liberal: tem como base as implicações do liberalismo, que busca a constituição da ordem social que assegure a liberdade individual e tem como objetivo o fortalecimento da sociedade civil, não para que ela participe da vida do Estado, mas para fortalecê-la e evitar as ingerências do Estado, tais como o controle, a tirania e a interferência na vida dos indivíduos. As ações estão voltadas para evitar os obstáculos burocráticos à participação, para ampliar os canais de informações aos cidadãos e para desestimular a intervenção do governo. Sua fundamentação está no princípio da democracia em que todos os membros da sociedade são iguais, sendo o meio para a busca de satisfação das necessidades. Nessa concepção está presente a participação comunitária, que concebe o fortalecimento da sociedade civil na integração dos órgãos representativos da sociedade aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado. Desta maneira a participação corporativa-comunitária tem como uma de suas características uma forma institucionalizada, onde os grupos organizados participam no interior dos aparelhos de poder estatal e existe uma fusão nas esferas do poder público e privado.
2. Participação autoritária: é orientada para a integração e controle social da sociedade e da política. Está presente nos regimes políticos de massa de direita, como o fascismo e de esquerda como as grandes comemorações nos regimes socialistas, porém pode ocorrer nos regimes democráticos representativos, como um derivativo, participação de natureza cooptativa, que ocorre nas arenas das políticas públicas ao estimular, de cima para baixo, a promoção de programas com o objetivo de diluir os conflitos sociais.

3. Participação democrática: a soberania popular é o princípio regulador e a participação se desenvolve tanto na sociedade civil (movimentos sociais e organizações autônomas da sociedade), quanto no plano institucional (instituições formais políticas). Estão presentes neste tipo de participação alguns vícios encontrados na concepção liberal, tornando evidente a constituição de redes clientelísticas, movidas pelo poderio econômico ou da importância política, pois tem como princípio a delegação de um poder de representação, independente da forma em que foi constituída esta representação.
4. Participação nas formas revolucionárias: está presente nos coletivos organizados que lutam contra as relações de dominação e pela divisão do poder político. A luta ocorre em diferentes arenas: no sistema político e nos aparelhos burocráticos do Estado. Seu principal ator é o sistema partidário, tendo como missão a formação de quadros para uma participação qualificada nos espaços nas diferentes arenas.

3.4 PARTICIPAÇÃO NA DEMOCRACIA

Nas últimas décadas os mecanismos de participação foram institucionalizados, apresentando-se como complemento ou alternativa às formas tradicionais de representação política nas democracias participativas (semi diretas).

A participação social e a articulação entre a sociedade civil e o governo são mecanismos que ampliam o poder de diferentes atores e segmentos sociais nos processos decisórios da política, exigindo maior compromisso dos envolvidos e estes devem desenvolver capacidades de análise, proposição e controle social na defesa de interesses coletivos.

No Brasil, a sociedade civil ressurgiu durante meados dos anos setenta, período em que o regime autoritário liberou o seu controle sobre algumas proibições de reuniões públicas de associações voluntárias, desta foram, os estudantes reconstituíram seu movimento, muitas categorias profissionais como arquitetos, engenheiros e advogados passaram a se reunir novamente e a reorganizar suas associações, os sindicatos começaram a ser dirigidos pela oposição não ocorrendo a intervenção do Ministério do Trabalho (Silva, 2004).

Como resultado, observaram-se muitas formas de organização da sociedade civil, entre elas os movimentos populares urbanos, o movimento sanitarista em prol do Sistema Único de Saúde, o movimento para uma Reforma Urbana Nacional, a organização de membros de associações profissionais, como advogados, professores universitários, médicos, e muitos outros movimentos de participação social tiveram seu início neste período histórico (Avritzer, 2012).

As experiências participativas, desde 1985, foram importantes não somente pela quantidade, mas principalmente pela vitalidade, pelo envolvimento dos participantes, bem como por sua disseminação pelo país e pela abrangência nas diversas áreas de política social, com destaque a área da saúde em que se antecipou na constituição de fóruns participativos, tais como os movimentos sociais urbanos, rural e sindical, mas que inicialmente, estes fóruns levavam as suas reivindicações diretamente aos gestores e políticos (Côrtes, 2009).

O estado neoliberal tem uma tendência a fragmentar a participação social, enfraquecendo os movimentos sociais, no entanto, existem muitos movimentos que resistem e continuam na defesa de interesses sociais e universais.

Para refletir

1. Em quais tipos de participação se inserem os movimentos sociais atuais? Eles representam as necessidades dos grupos sociais ou estão voltados para os interesses das classes dominantes?
2. Na sociedade civil atual, quais são os movimentos e organizações em que você se sente representado ?
3. Como você avalia a sua participação nos espaços de representação social?

TEMA 4: CONSELHO GESTOR

Objetivo: Compreender o surgimento do conselho Gestor de Saúde, como a participação social está inserida no conselho gestor.

Fonte: democraciasocialista.org.br

4.1 ORIGEM DO CONSELHO GESTOR

A defesa do Sistema Único de Saúde, pelos participantes dos movimentos sociais da área da saúde, representou, institucionalmente, uma forma de resgatar o setor público voltado para a construção de melhores condições de vida, mesmo diante das limitações legais e da ação das classes dominantes. Como um dos princípios do SUS está a participação da comunidade na definição da política de saúde em cada esfera da federação, para garantir a gestão democrática. Esta participação se torna institucionalizada nos conselhos e conferências de saúde. Os conselhos estaduais e municipais passam a ser incluídos na gestão descentralizada do SUS e a sua criação é estimulada ao longo dos anos 90, de modo que existem no Brasil conselhos de saúde na totalidade dos estados e municípios.

O Conselho de Saúde é órgão ou instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (no caso do Conselho Municipal de Saúde), ou da Secretaria Estadual de Saúde (no caso do Conselho Estadual de Saúde), com composição, organização e competência fixadas em lei, para desenvolver o controle social na área de saúde. O conselho é composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre seus membros.

CARÁTER PERMANENTE – O conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto.

CARÁTER DELIBERATIVO – Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão.

ÓRGÃO COLEGIADO – Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade

Fonte: Brasil, Tribunal de Contas, 2015

4.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO GESTOR

Os conselhos de saúde são instâncias do poder Executivo, representados por segmentos dos gestores públicos e privados, trabalhadores da saúde e usuários. São espaços de embate, tensos e de negociação entre os diversos segmentos sociais, com diferentes interesses. É possível, em conjunto, e com bastante organização para além dos espaços dos conselhos, participar do planejamento, das decisões e do controle das políticas públicas de saúde. São espaços que devem ser visualizados como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, com participação construída em uma cultura alicerçada na democracia participativa e com a expectativa de construção da democracia de massas (Bravo, 2012).

Para a saúde coletiva, participar dos conselhos pode significar intenso aprendizado político, pois os participantes aprendem sobre as possibilidades e limites da participação por dentro das instâncias de estado e podem se organizar nos movimentos sociais, de forma autônoma, para o exercício político diante da exploração e da desigualdade entre as classes.

Para refletir

1. Qual era o cenário político e econômico do país quando os conselhos gestores foram instituídos, quais eram os interesses vigentes da época?
2. De que maneira são tomadas as decisões nos Conselhos gestores? E nas conferências de Saúde?
3. Como você classifica a participação social nos conselhos locais de saúde?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili, organizadores. Pós-Neoliberalismo. As políticas Sociais e o Estado Democrático. 4ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1995. p.9-23.

Avritzer L. Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. Revista Opinião Pública [Internet].2012 [citado 2017 Mai. 19];18(2). Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/op/article/view/8641425>.

Bianchi A. Uma teoria Marxista do político. O debate Bobbio Trent'Anni Doppo Lua Nova.2007;70:39-82.

Bravo MIS. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: Bravo MIS, Pereira PAP, organizadoras. Política social e democracia. 5ª ed. São Paulo: Cortez: 2012. p. 46-69.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Tribunal de Contas. Orientações para conselheiros de saúde. 2ª ed. Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Controle Externo da Saúde; 2013.

Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. [Internet].2015 [citado 2017 Jul 29];24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500082&lng=en.

Cenci AR, Bedin GL, Fischer RS. Do liberalismo ao intervencionismo: o Estado como protagonista da (des)regulação econômica. Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional [Internet].2011 [citado 2017 jul 20];4.Disponível em: <http://www.abdconst.com.br/revista5/cenci.pdf>.

Dicionário da língua portuguesa. Brasil: Dicio, Dicionário On line da Lingua Portuguesa, 2009. Disponível em: <http://www.dicio.com.br>. Acesso em: 15 Jjul. 2017.

Dicionário Wikipedia. Brasil: Wikipédia, a enciclopédia livre On line, 2017. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Democracia>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

Direito Constitucional Blog [Internet]. São Paulo; 2017 Marc. [citado 2017 Jul 10]. Disponível em: <http://direitoconstitucional.blog.br>.

Gonçalves DN, Machado EG, Albuquerque JLC. A interpretação da teoria de Gramsci por Carlos Nelson Coutinho: uma leitura crítica. Revista de Ciências Sociais [Internet] 2004 [citado 2017 jul 20];35(2). Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/10259>.

Gohn MG. Conselhos gestores e participação sociopolítica. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Lima RRA. Gramsci e a democracia operária. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. [Internet]. 2011. [citado 2017 Jun 27]. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308185858_ARQUIVO_GramscieaDemocraciadosConselhosdeFabrica-RicardoRALima-Anpuh2011.pdf.

Medeiros AM. Democracia. Consciência Política [Internet].2013 [citado 2017 Jul 17]. Disponível em: <http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ciber-democracia/democracia/democracia>.

Neves AV. Controles democráticos, participação e clientelismo: as dificuldades da representação da sociedade civil no conselho de Assistência Social. Revista de Políticas Públicas [Internet].2012 [citado 2017 Jun. 25];16. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1193>.

Pereira LCB. Estado, sociedade civil e legitimidade democrática. Revista Lua Nova [Internet].1995 [citado 2017 Jun. 25];36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n36/a06n36.pdf>.

Rizzoto MLF. Neoliberalismo e Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet] [citado 2017 Jun 27]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>.

Saes D. Democracia. São Paulo: Ática; 1987.

Silva IG. Participação popular nas políticas públicas: a trajetórias dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. Revista de Políticas Públicas [Internet]. 2004 [citado 2017 Jul. 09]. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3760>.

Soares LTR. Neoliberalismo e lutas sociais : perspectivas para as políticas públicas - retrocessos, recorrências e avanços. Revista de Políticas Públicas [Internet]. 2010 [citado 2017 Jul. 10]. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/377>.

Stotz EN. Participação social. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet] [citado 2016 out 27]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbeter/parsoc.html>.

Toledo EG. Neoliberalismo e Estado. In : Lurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez;1995. p.71-89.

Vasconcelos KEL, Silva MC, Schmaller VPV. (Re)visitando Gramsci: considerações sobre o Estado e o poder. Revista Katálysis [Internet] .2013 [citado 2017 Jun 29];16(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n1/v16n1a09.pdf>.

Viana N. Estado, democracia e cidadania A dinâmica política institucional do capitalismo. Rio de Janeiro: Achiamé; 2003.

Violin TC. A sociedade civil e o estado ampliado, por Antonio Gramsci. Revista Eletrônica do CEJUR [Internet].2006 [citado 2017 Jun. 20]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cejur/article/view/14846>.

Wanderley LEW. Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos. Revista Serv. Soc. Soc. [Internet].2012 [citado 2017 Jul. 6];109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100002.

*Referências bibliográficas
e revisão da literatura*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E REVISÃO DA LITERATURA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida AH. Educação em saúde: Análise do ensino na graduação de enfermagem no Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

Almeida G. A participação social no Governo Federal Brasileiro. In: Silva EM, Cunha ESM. Experiências internacionais de participação. São Paulo: Cortez; 2010. p.133-46.

Amos K. Governança e governamentalidade: relação e relevância de dois conceitos científicos sociais proeminentes na educação comparada. Educação e Pesquisa [Internet]. 2010 [citado 2017 Abr.10];36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v36nspe/v36nspea03.pdf>.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili, organizadores. Pós-Neoliberalismo. As políticas Sociais e o Estado Democrático. 4ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1995. p.9-23.

Brandt MEA, Bezerra CP. A participação e o controle social nas políticas para as mulheres: desafios postos para a gestão pública. In: Anais do VI Congresso Consad de gestão pública; 2013 abr.16-18; Brasília. DF: CONSAD; 2013. p.2-24. [citado 2017 abr 20]. Disponível em: http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/834/1/C6_TP_A%20PARTICIPA%C3%87%C3%83O%20E%20O%20CONTROLE%20SOCIAL.pdf.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 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. 28 dezembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do Sus/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1ª ed. 7ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da V Conferência Nacional de Saúde. [citado 2016 mar.16]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>.

Borón A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: Sader E, Gentili, organizadores. Pós-Neoliberalismo. As políticas Sociais e o Estado Democrático. 4ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1995. p.63-118.

Bravo MIS. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: Bravo MIS, Pereira PAP, organizadoras. Política social e democracia. 5ª ed. São Paulo: Cortez: 2012. p. 46-69.

Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Revista Saúde e Sociedade [Internet]. 2015 [citado 2016 Jan. 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500082.

Cordeiro L. Pesquisa-ação na área da saúde: uma proposta marxista a partir de revisão de escopo. [Tese]. São Paulo : Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016

Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? Soc. Serv. Med [Internet].1995 [citado 2017 Mar. 10];41:12. Disponível em: https://www.civitas.edu.pl/pub/nasza_uczelnia/projekty_badawcze/Taylor/what_is_participatory_research.pdf.

Correia MVC. Controle social. [internet] [citado 2017 jan 10]. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>.

Correia MVC. Controle social na Saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional [Internet]. 2006 [citado 2017 Fev. 01];1. Disponível em: <http://residenciamultihucff.xpg.uol.com.br/textos/texto12.pdf>.

Correia MVC. Sociedade Civil e controle social: desafios para o Serviço Social. In: Bravo MIS, Menezes JSB, organizadoras. Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. 4ª ed. São Paulo: Cortez: 2013. p. 317-30.

Côrtes SV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias [Internet]. 2002 [citado 2017 Mar. 15];7(4).

Côrtes SV. Participação e Saúde no Brasil. 22ªed. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=86819567002>.

Gerhardt TE, Silveira DT. Método de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS;2009.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Gohn MG. Conselhos Gestores e Gestão Pública. Ciências Sociais Unisinos [Internet]. 2006 [citado 2016 Nov.17];42(1). Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6008.

Gohn MG. Conselhos gestores e participação sociopolítica. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. Revista Brasileira de Educação [Internet]. 2011 [citado 2016 Jan.03];47(16). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>.

Goldin R, Graboys V, Mendes W. Qualificação dos Gestores do SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp;2011.

Jannuzzi PM. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público [Internet]. 2005 [citado 2017 Abr. 20];56(2). Disponível em: http://www.enap.gov.br/components/com_docmand/dl2.php?archive=0&file=UINQNTZfMi5wZGY=.pdf.

Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

Montaño C. O canto da sereia. Crítica à ideologia e aos projetos do “Terceiro Setor”. São Paulo: Cortez; 2014. O lugar histórico e o papel político da ONGs; p. 53-95.

Peixoto LAG. Abordagens e Perspectivas de participação social no monitoramento de políticas públicas. R. Pol. Públicas [Internet]. 2015 [citado 2017 Abr. 17]; 19(2). Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/4317-13569-1-PB.pdf>.

Sacardo GA. A participação no conselho gestor da unidade básica de saúde do jardim Tietê zona Leste do Município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade Saúde Pública, USPI; 1995.

Sader E. A hegemonia neoliberal na América Latina. In: Sader E, Gentili, organizadores. Pós-Neoliberalismo. As políticas Sociais e o Estado Democrático. 4ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. p.35-7.

Santos AV. Política e governança da educação superior no Brasil: mercantilização e comprometimento da qualidade. GT 1. Política e gestão da educação e Sistema Nacional de Educação [Internet]. SD [citado 2017 Abr. 12]. Disponível em: http://www.anpae.org.br/seminario/ANPAE2012/1comunicacao/Eixo01_19/Aline%20Veiga%20dos%20Santos_int_GT1.pdf.

Santos, MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. Online [Internet]. 1997 [citado 2017 Abr. 15]; 40:3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003.

São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Conselho Estadual de Saúde de São Paulo: orientações aos(as) Conselheiros (as). Online [Internet]. 2008 [citado 2017 Jan. 12]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acesso-rapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_orientacoes_conselheiros.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de São Paulo: informações site prefeitura de São Paulo. Online [Internet]. 2016 [citado 2017 Fev. 07]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/index.php?p=6053.

Sayago D. A invenção burocrática da participação: discursos e práticas no Ceará. [Tese]. Universidade de Brasília; 2000.

Sayago D. Os conselhos de desenvolvimento territorial: entre a participação e a representação. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional [Internet]. 2007 [citado 2017 Mar.17];3:4. Disponível em: <http://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/103/94>.

Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJCo, Pamela X, Bermudez CD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(8):2275-2284.

Silva MK. Entre a norma e o factual: questões para uma análise sociológica dos processos de participação social na gestão pública. Política e sociedade. 2004;(1): 185-200.

Stotz EN. Participação social. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet] [citado 2016 out 27]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbeter/parsoc.html>.

Stotz EN. A educação popular nos movimentos da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2005 [citado 2016 Fev.29];3(1). Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r93.pdf>.

Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. Revista Saúde em Debate. 2006;30(73-74):149-160.

Stotz EN. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. Revista Interface [Internet]. 2014 [citado 2016 Fev. 15];18(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1475.pdf>.

Tenório FG. Gestão social: uma perspectiva conceitual. Revista de administração pública [Internet]. 2013 [citado 2017 Abr.19];32:5. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/13110/gestao-social--uma-perspectiva-conceitual>.

Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Caderno de Saúde Pública. 1998;14(2):7-18.

Valla VV. Comentários a "Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 1998 [citado 2016 Nov.02];11:1. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042993008>.

Viana N. Democracia e Autogestão. Online. *Revista de Ciência Política* [internet]. 2007 [citado 2016 Jan. 22];58. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/37/nildo_37.pdf.

Viana N. A constituição das políticas públicas. Online [internet]. 2006 [citado 2016 Fev.15]; Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/revistaplurais/article/viewFile/69/96>.

Vieira AS, Ornellas FP, Alves AN, Marcia DNS. Controle Social na Estratégia Saúde da Família: concepções e ações dos usuários e trabalhadores de saúde. *Revista Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2015 Dez.17];38:2. Disponível: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/1281>.

Zambon VD, Ogata MN. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(6):921-927.

REFERÊNCIAS: REVISÃO DA LITERATURA

Arantes ISA, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto contexto-Enfermagem*. 2007;16(3):1-10.

Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana*. 2003;11(3): 376-382.

Bispo JPJ, Messias KLM, Sampaio JJCO. Exercício do controle social e municípios de pequeno porte: O caso de Lafayette Coutinho (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2006;30(2):248-260.

Cruz PJSC, Vieira SCR, Araújo TAM, Vasconcelos ACCP. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na Construção de conselho local de saúde em Comunidades de João Pessoa, PB. Saúde Soc [Internet]. 2012 [citado 2015 Dez. 01]; 21(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>.

Dias NX. Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: atuação e percepção dos representantes dos usuários do SUS [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz;2011.

Floresta WMC. Espaços participativos em saúde na Atenção Primária: Itinerários descritivos no Município do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca;2014.

Kleba ME, Zampirom K, Comerlatto D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. Saúde e Sociedade [Internet].2015 [citado 2016 Jan.15];24(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00556.pdf>.

Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2011;21(1):15-30.

Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. Contradições surgidas no Controle Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família Vargem Grande, Município de Teresópolis -RJ. Physis:Revista de Saúde Coletiva [Internet].2007 [citado 2015 Nov. 06];17(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300005&lng=pt&nrm=iso.

Wendhasusen A, Cardoso SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007;60(5):579-584.

Anexos

ANEXO A

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Geraldo Alckmin

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Giovanni Guido Cerri

SECRETÁRIO ADJUNTO
José Manoel de Camargo Teixeira

SECRETÁRIA EXECUTIVA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
Stela Félix Machado Guillin Pedreira

Produzir Saúde é um grande desafio principalmente quando o objetivo é o direito à vida e a garantia do Direito. A construção compartilhada do Sistema Único de Saúde exige dos gestores, trabalhadores e usuários um trabalho constante de implantação e implementação de políticas e serviços, avaliação e retroalimentação.

Esse é o grande papel do Conselho Estadual de Saúde. Neste fórum, competências e responsabilidades dos(as) conselheiros(as) envolvem pressupostos éticos, estratégicos, técnicos, administrativos e políticos, transformados em deliberações que denotam a representação de todos e de cada um dos segmentos para construir um sistema viável e de qualidade.

A partir de hoje, novos(as) conselheiros(as) assumem essa ação de relevância pública que os torna participantes nas decisões sobre a Saúde no Estado de São Paulo. Ser conselheiro(a) implica abraçar os compromissos da participação, do respeito e da defesa daqueles cidadãos que lhe delegaram e que esperam ver realizadas suas demandas, necessidades e aspirações.

O direito a ter Direitos depende do conhecimento. Iniciamos disponibilizando este material, cujos textos são a base legal para o desempenho da função de conselheiro(a). Como atores institucionais precisamos de suas motivações, interesses, intuição, experiência, conhecimentos, informações e outras habilidades que ajudarão na implementação do SUS de qualidade.

Toda a equipe da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde está à disposição para dar todo o apoio necessário para que o bom desempenho do Conselho se traduza no diferencial necessário para que a Saúde do Estado de São Paulo seja ainda melhor.

Sejam Bem Vindos!

Stela M. Pedreira

Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

São Paulo, 1º de fevereiro de 2013

Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Presidente: Giovanni Guido Cerri

Secretária Executiva: Stela Félix Machado Guillin Pedreira

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – 6º andar – Sala 603. Bairro Cerqueira César. CEP: 05403-000

Telefone: (11) 30668714

Fax: (11) 30668481

E-mail: ces@saude.sp.gov.br

Site: www.conselho.saude.sp.gov.br

Protocolo de documentos: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – 6º andar – Sala 607

Corpo Técnico:

Belfari Garcia Guiral

Cássia Marinho Tubone

Nayara Begalli Scalco Vieira

Corpo Administrativo:

Carlos Alberto Marques da Silva

Maria Palmira Moura Martins

Patrícia Meira Bezerra

Rosilene Cristina do Nascimento Soares Dell Áquila

Solange Aparecida Camargo Gomes

Histórico

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas, na

Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os Conselhos e as Conferências. Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população.

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo médico-assistencial privatista, prevalente até a década de 1970, para um Sistema Público de Saúde universal, participativo, descentralizado e de qualidade.

Na segunda metade da década de 70, com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises cíclicas econômicas, surgem os movimentos populares como o movimento de mulheres, o movimento pela anistia e o movimento contra a carestia, além das greves na região do ABC (Municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul) e o fim do bipartidarismo. Estes movimentos tinham uma característica antiespantal, uma vez que o Estado era considerado a personificação da classe dominante e suas instituições instrumentos de repressão, de cooptação e de controle dos movimentos sociais.

A relação do Estado com os movimentos sociais vai mudando na década de 1980, quando o Estado passa a reconhecer estes movimentos como interlocutores coletivos, e os movimentos sociais da sociedade civil admitem uma interação com o Estado para, como meta final incorporar demandas das classes populares nas políticas públicas.

O Movimento de Reforma Sanitária, legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 propôs o Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa ao Sistema de Saúde em vigor. Nessa Conferência houve uma ampla participação dos setores organizados na sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva.

SAÚDE

Direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

"Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença."

Em 1988, com a articulação do Movimento Nacional de Reforma Sanitária aliada aos movimentos sociais, sindicatos e parlamentares, a Assembleia Nacional Constituinte insere no texto constitucional o SUS. Neste definiu-se a **Saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado**. Também

estabeleceu o SUS com base nos princípios doutrinários de *universalidade, integralidade e equidade na provisão da saúde*. Dentre os princípios organizativos do sistema está prevista a *participação dos cidadãos* através da constituição dos Conselhos de Saúde.

O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CESSP) é a instância de participação social na administração do SUS de São Paulo. É uma atividade de alta relevância, não remunerada, aberta à participação da sociedade. É um espaço democrático para promover a construção da cidadania e a educação política; viabilizar a identificação e captação permanente das demandas da sociedade e exercer controle social sobre o governo.

Conselho Estadual de Saúde - CES

Os Conselhos de Saúde são as instituições responsáveis pela participação dos cidadãos na governança da saúde. Hoje, todos os municípios e estados brasileiros tem seus conselhos, com mais de 100 mil cidadãos envolvidos. São foros políticos nos quais os participantes realizam debates e têm a chance de formar alianças e auxiliar a Secretaria de Saúde a definir prioridades e políticas.

O CES é um órgão colegiado - com representação de diversos

CES

"É um órgão colegiado de caráter permanente que participa diretamente do processo de tomada de decisão, ou seja, é deliberativo e integra a estrutura básica da Secretaria da Saúde do Estado."

"Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo."

segmentos da sociedade (Gestor, Prestador, Profissionais de Saúde e Usuário) que tomam decisões de forma coletiva¹ - de caráter permanente que participa diretamente do processo de tomada de decisão, ou seja, é deliberativo e integra a estrutura básica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

A composição dos Conselhos de Saúde deve se dar de forma paritária com representação de Gestor, Prestador, Profissionais de Saúde e Usuário, conforme prevê a Lei Federal nº 8.142 de 1992. Isto significa que o número de representantes dos Gestores, Prestadores e Profissionais de Saúde deve ser igual ao número de Usuários. A Recomendação do Conselho Nacional de Saúde é que a composição respeite a seguinte distribuição: 25% Gestores e Prestadores, 25% Profissionais de Saúde e 50% Usuários.

O CESSP foi criado em 20 de julho de 1993 pela Lei Estadual nº 8.356 e teve algumas alterações feitas pela Lei Estadual nº 8.983 de 13 de dezembro de 1994. Criado com base na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), a Lei nº 8.142/90, a Constituição Estadual de São Paulo de 1999 e a Lei Complementar n.º 791, de 09 de março de 1995.

A organização e o funcionamento de cada Conselho de Saúde são definidos pelo Regimento Interno. Este é elaborado e aprovado em reunião do Pleno do Conselho e deve ser respeitado e seguido por todos(as) os(as) presentes em reuniões do Conselho.

**É MUITO IMPORTANTE QUE TODOS(AS) OS(AS) CONSELHEIROS(AS)
LEIAM COM ATENÇÃO O REGIMENTO INTERNO.
ESTE É O GUIA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE.**

Competências e Atribuições

Segundo a Lei Federal nº 8.142 de 1992, o Conselho de Saúde “*atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.*” Desta forma o CESSP atua no âmbito Estadual e tem seus atos Homologados pelo Secretário de Estado da Saúde e publicados no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

¹ Ministério de Integração Nacional. *Órgãos Colegiados*. Acesso em 04 de janeiro de 2013.
<http://www.mni.gov.br/orgaoscolegiados/index.asp>

A Lei Estadual que cria o CES de São Paulo e a Lei Estadual nº 8.983 de 1994 estabelecem as seguintes competências:

“I – propor medidas que visem:

- a) à formulação e ao controle da política de saúde;*
- b) à fiscalização e ao acompanhamento do Sistema Único de Saúde;*
- c) ao aperfeiçoamento da organização do SUS/SP e dos serviços por ele prestados;*

II – definir estratégias e mecanismos de coordenação do SUS/SP, em consonância com os órgãos colegiados integrantes do Sistema Único de Saúde da União e dos Municípios;

III – traçar diretrizes para a elaboração de planos de saúde, tendo em vista as diversas realidades epidemiológicas e a capacidade de organização dos serviços;

IV – recomendar a adoção de critérios que garantam adequado padrão de qualidade na prestação dos serviços de saúde, incorporando os avanços científicos e tecnológicos;

V – examinar e encaminhar às autoridades competentes, quando for o caso, propostas, denúncias e queixas, de qualquer pessoa ou entidade, sobre assuntos relativos a ações e serviços de saúde;

VI – emitir pareceres em consultas que lhes forem encaminhadas;

VII – acompanhar e fiscalizar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;

VIII – propor a convocação da Conferência Estadual de Saúde e constituir a sua Comissão Organizadora;

IX – exercer outras atribuições que venham a ser determinadas pelas autoridades competentes;

X – elaborar o seu Regimento.

XI – atuar na elaboração da política de saúde, inclusive no controle e acompanhamento da execução orçamentária e da movimentação de transferências de recursos financeiros entre as esferas federal, estadual e municipal do SUS;

XII – indicar um representante da colegiada no Conselho de Orientação do Fundo Estadual de Saúde – Fundes.”

Atos Emanados

A forma como o CESSP se expressa, ou seja, se comunica com o Governo e a população é a Deliberação dos seus atos. As Deliberações congregam todo ato, manifestação, recomendação ou processo administrativo que tenha por fim imediato estabelecer, resguardar, modificar, extinguir e declarar direitos ou obrigações preconizadas no SUS.

As Deliberações podem ser:

Resolução: ato de caráter geral e normativo. Deve ser homologada pelo Secretário da Saúde do Estado para que tenha validade, ou seja, o Secretário da Saúde deve examinar a legalidade, conveniência e oportunidade do ato para que através da homologação este adquira eficácia.

Recomendação: uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou oportunidade de se adotar determinada providência. Não precisa ser homologada pelo Secretário da Saúde do Estado.

Moção: uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato, deve ser apresentada em uma assembleia deliberativa por um dos seus membros. Toda moção deve ser submetida ao Pleno para discussão e deliberação. Não precisa ser homologada pelo Secretário da Saúde do Estado.

Conselheiros(as) de Saúde

Os(as) Conselheiros(as) de Saúde são os(as) representantes do governo estadual e municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e da sociedade civil. Estes se dividem em três segmentos:

O mandato de 2 anos no Conselho Estadual de Saúde é da Instituição que foi eleita entre seus pares.

A Instituição indica seu(sua) representante que pode ser substituído(a) a qualquer momento durante o mandato.

Gestores e Prestadores de Serviços: são os(as) representantes da Secretaria de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Universidades Públicas e Prestadores de Serviços com fins lucrativos e filantrópicos.

Os(as) representantes dos prestadores de serviços são entidades públicas e privadas que atuam na Assistência à Saúde, em parceria com o serviço público, complementando a rede assistencial.

São funcionários(as) indicados(as) pelas suas instituições, com vínculo direto e/ou cargo em comissão que não possuem vínculo com outros poderes constituídos (legislativo e judiciário).

Profissionais de Saúde: são representantes dos Conselhos de Classes, Sindicatos de Profissionais da Saúde e Associações de Profissionais. Estas instituições que compõem o CESSP são eleitas entre seus pares.

Só podem ser representante dos profissionais de saúde aquele(a) que não possui cargo em comissão, não trabalhe diretamente na gestão da Secretaria Estadual e/ou Municipal da Saúde e não possui vínculo com outros poderes constituídos (legislativo e judiciário).

Usuários: são representantes de associação/ entidade/ instituição/ movimentos da sociedade civil e, assim como os Profissionais de Saúde são eleitos(as) entre seus pares.

Podem ser representantes do segmento usuário, pessoas de entidades privadas, movimentos comunitários e organizados como pessoa jurídica, que participam de movimentos em defesa no que diz respeito à área social com representatividade no estado de São Paulo.

No Conselho, só pode ser representante dos usuários aquele(a) que não detém condição de ser representante dos demais segmentos. Sendo assim, o(a) usuário(a) não pode possuir nenhum vínculo empregatício, dependência econômica e/ou comunhão de interesse com pessoas/entidades ligadas ao governo, prestadores de serviço à saúde, públicos ou privados, profissionais de saúde, outros poderes constituídos (legislativo e judiciário) e também, não pode ser trabalhador da saúde pública ou privada.

É importante frisar que o Mandato de dois anos no CESSP é da associação/ entidade/ instituição/ movimentos e não da pessoa que o representa. Desta forma, as instituições podem substituir seus representantes, durante o seu mandato, a qualquer momento sem justificativa e discussão dos motivos por parte do Pleno do Conselho.

Atribuições

São atribuições dos(as) Conselheiros(as):

- I – comparecer às reuniões do Pleno do Conselho Estadual de Saúde – CES;
- II – zelar pelo pleno e total desenvolvimento das ações do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- III – estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhe forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;
- IV – apreciar as matérias submetidas ao Conselho Estadual de Saúde - CES para votação;
- V – apresentar Moções, Recomendações, Resoluções ou outras proposições sobre assuntos de interesse da Saúde representando sua instituição ou segmento;
- VI – acompanhar o processo, progresso e finalização de Moções, Recomendações, Resoluções, reportando sistematicamente à sua instituição ou segmento;
- VII – requerer votação de matéria em regime de urgência;
- VIII – acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dando ciência ao Pleno quando necessário;
- IX – apurar denúncias remetidas ao Conselho Estadual de Saúde - CES, apresentando relatórios da missão;
- X – desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento de suas atribuições e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- XI – pedir vistas em assuntos submetidos à análise do Conselho Estadual de Saúde - CES, quando julgar necessário; e
- XII – representar o Conselho Estadual de Saúde - CES perante as instâncias e fóruns da sociedade e do governo quando for designado pelo Pleno.

É RESPONSABILIDADE DOS(AS) CONSELHEIROS(AS) GARANTIR O QUÓRUM NECESSÁRIO PARA QUE AS REUNIÕES DO PLENO OCORRAM NOS DIAS E HORÁRIOS AGENDADOS.

Presidente

Obedecendo a legislação vigente, o presidente do CESSP é o Secretário de Estado da Saúde, que, diferentemente dos outros conselheiros(as), exerce apenas o voto de qualidade (Voto de Minerva), no caso de empate nas votações.

São atribuições do Presidente do CESSP:

- I – convocar e coordenar as Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- II – representar o Conselho Estadual de Saúde - CES em suas relações internas e externas;
- III – estabelecer interlocução com órgãos da Secretaria da Saúde e demais órgãos do Governo e com instituições públicas ou entidades privadas, com vistas ao cumprimento das deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- IV – representar o Conselho Estadual de Saúde - CES junto ao Ministério Público, quando as atribuições e deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES ou assuntos relativos ao direito à saúde forem desrespeitados ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública;
- V – assinar as Deliberações aprovadas pelo pleno;
- VI – decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Pleno, submetendo o seu ato à deliberação do mesmo em reunião subsequente;
- VII – expedir atos decorrentes de deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- VIII – convocar e coordenar as reuniões da Mesa Diretora;
- IX – delegar atribuições a outros representantes da Mesa Diretora e demais Conselheiros(as), sempre que se fizer necessário;
- X – promover o pleno acesso às informações relevante para o SUS para fins de deliberação do Pleno; e

XI – cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, submetendo os casos omissos à apreciação do Pleno.

Funcionamento do Conselho

As reuniões Ordinárias do Pleno ocorrem uma vez ao mês, na última sexta-feira de cada mês, com exceção do mês de dezembro. As reuniões Extraordinárias podem ser convocadas pelo Presidente, pelo Pleno ou por 1/3 dos(as) conselheiros(as), quando existe uma necessidade premente ou específica.

Existem alguns ritos para a garantia da representatividade da sessão deliberativa do Conselho. Para a instalação da Plenária é necessário *quórum de maioria simples*, ou seja, que 50% mais um dos(as) conselheiros(as) titulares ou conselheiros(as) elevados(as) à titularidade estejam presentes. Para matérias de alta relevância é necessário o *quórum qualificado*, ou seja, presença de 2/3 (dois terços) dos(as) conselheiros(as) titulares ou conselheiros(as) elevados(as) à titularidade.

Somente os(as) conselheiros(as) titulares tem direito a voto. Os(as) conselheiros(as) suplentes, somente na ausência dos titulares adquirem esse direito, mas está garantido o direito a voz em todas as reuniões.

Faltas/Justificativas

Os(as) conselheiros(as) perderão o mandato se deixarem de comparecer a três reuniões ordinárias consecutivas ou quatro intercaladas, ao longo do ano, sem justificativa.

Cabe ressaltar que os(as) suplentes só terão a falta se estiverem em condição de titularidade, alçada na ausência justificada do Titular.

A justificativa da falta deve ser formalizada em até 48 horas após o evento e só será aceita por escrito, por meio eletrônico ou correio.

As faltas devem ser justificadas por escrito.

Comissões

As Comissões são organismos de assessoria ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde – CES, que buscam aprofundar o conhecimento sobre determinada matéria, além de resgatar e reitar o assunto dentro dos princípios do SUS e do controle social.

Cada conselheiro deve participar, obrigatoriamente, de uma comissão e no máximo de duas comissões.

São compostas por conselheiros(as), titulares e suplentes, e pessoas indicadas pelos segmentos.

Cada comissão tem um(a) Coordenador(a) e Coordenador(a) Adjunto que devem, obrigatoriamente, ser conselheiro(a) do CESSP.

As comissões do CESSP são:

I – Comissão de Orçamento e Finanças;

II – Comissão de Saúde do Trabalhador;

III – Comissão de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;

IV – Comissão de Ciência e Tecnologia, Assistência Farmacêutica;

V – Comissão de Saúde, Gêneros e Ciclos de Vida;

VI – Comissão de Saúde Suplementar;

VII – Comissão de Relações Interconselhos;

VIII – Comissão de RH, Estrutura e Funcionamento dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo;

IX – Comissão de Patologias;

X – Comissão de Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência;

XI – Comissão de Informação, Educação e Comunicação;

XII – Comissão de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais;

XIII – Comissão de Ética.

Secretaria Executiva

A Secretaria-Executiva é órgão de assessoramento vinculado ao Gabinete do Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo de modo a favorecer o fluxo administrativo e burocrático, informando e secretariando o Conselho Estadual de Saúde, suas Comissões e Grupos de Trabalho fornecendo as condições para o cumprimento das competências expressas no Regimento Interno.

Mesa Diretora

A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde prevê 04 (quatro) membros, representados de forma paritária, incluindo na qualidade de gestor, o presidente do Conselho Estadual de Saúde ou seu representante, que a presidirá.

Expediente

Qualquer solicitação ao Conselho Estadual de Saúde de São Paulo deve ser feita por escrito.

Só serão consideradas solicitações oficiais as entregues e protocoladas no Protocolo do Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde.

Entrada de documento/Denúncias

O(a) conselheiro(a) e qualquer outro cidadão podem solicitar informações, documentos e fazer denúncias ao CESSP. Para isso devem apresentar a solicitação/denúncia em formulário próprio com identificação. Este formulário deve ser entregue no Protocolo do Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde, localizado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 6º andar.

Ressarcimento

O ressarcimento, a título indenizatório, das despesas incorridas por representantes da sociedade civil junto ao Conselho Estadual da Saúde de São Paulo segue o Decreto nº 57.478, de 31 de outubro de 2011.

O ressarcimento da alimentação será solicitado após a reunião e o do transporte após a entrega a documentação, correta, sem rasuras, pelos(as) conselheiros(as).

Este decreto estabelece que apenas os(as) conselheiros(as) da sociedade civil sejam ressarcidos. Este ressarcimento refere-se às reuniões do Pleno, Comissões, outros órgãos colegiados e representação de conselheiros(as) em outras reuniões, comissões, eventos desde que sejam designados formalmente pelo Pleno do Conselho Estadual.

Os valores sessão calculados com base no decreto, acima citado, que determina:

- Pagamento calculado com base no valor da Unidade Fiscal do Estado de São Paulo – UFESP, sendo que 1 UFESP é igual à R\$ 19,37 (dezenove reais e trinta e sete centavos em 2013), e fixa 9 UFESP como valor base para os cálculos.
- Para os(as) conselheiros(as) do mesmo município da reunião:
 - ✓ Pagamento de 40% de 9 UFESPs (R\$ 69,73 – sessenta e nove reais e setenta e três centavos), para despesas com alimentação (Artigo 3º, item 3, § 5º);
 - ✓ Reembolso do transporte público (solicitação feita através do anexo II) (Artigo 4º), ou quando comprovado o uso do estacionamento, mediante nota, pagamento de 1 UFESP (R\$ 19,37 – dezenove reais e trinta e sete centavos) (Artigo 5º).
- Para os(as) conselheiros(as) de outros municípios:
 - ✓ Pagamento de 20% de 9 UFESPs (R\$ 34,86 – trinta e quatro reais e oitenta e seis centavos), para despesas com alimentação de pessoas que residem em municípios distantes até 70 Km do município da reunião (Artigo 3º, item 3, alínea “b”);
 - ✓ Pagamento de 20% de 13,5% UFESPs (R\$ 52,99 – cinquenta e dois reais e noventa e nove centavos), para despesas com alimentação de pessoas que residem em municípios distantes mais que 70 Km do município da reunião (Artigo 2º, parágrafo único e Artigo 3º, item 3, alínea “b”);
 - ✓ Reembolso do transporte público (solicitação feita através do anexo II) (Artigo 4º);
 - ✓ Reembolso da passagem de ônibus mediante apresentação da passagem original emitida por empresa de transporte terrestre oficial (solicitação feita através do anexo I) (Artigo 4º);
 - ✓ ou quando comprovado o uso do estacionamento, mediante nota,

pagamento de 1 UFESP (R\$ 19,37 – dezenove reais e trinta e sete centavos) (Artigo 5º).

Destaca-se que caso seja disponibilizada refeição, não haverá o ressarcimento referente às despesas com alimentação.

Procedimentos de solicitação de ressarcimento e reembolso no Conselho Estadual de Saúde:

✓ ***Reuniões do Pleno:***

Os comprovantes de transporte rodoviários devem ser entregues até, no máximo, a data da próxima reunião, dada a dificuldade de cumprimento do prazo de 3 dias, determinado no decreto.

No caso da passagem de transporte rodoviário ter data diferente da reunião em que o(a) conselheiro(a) participou, deve ser apresentada por escrito, no formulário próprio, a justificativa.

Todos os documentos anexos de solicitações de ressarcimento devem ser preenchidos pelos(as) conselheiros(as), sem nenhuma rasura.

O recebimento da documentação será feito pela funcionária Nayara Begalli Scalco Vieira e na ausência desta pela funcionária Maria Palmira Moura Martins.

Em dia de reunião de Pleno do Conselho Estadual de Saúde este recebimento só será realizado nos seguintes horários: 8h00 às 09h30 e das 13h00 às 14h00.

Destacamos que o reembolso das passagens rodoviárias e de transporte coletivo é solicitado ao departamento responsável, assim que o(a) conselheiro(a) apresente toda documentação correta, sem rasuras e assinada.

✓ ***Reuniões, Comissões e eventos:***

Os comprovantes de transporte rodoviários devem ser entregues até, no máximo, a data da próxima reunião do Pleno do Conselho, dada a dificuldade de cumprimento do prazo de 3 dias, determinado no decreto.

No caso da passagem de transporte rodoviário ter data diferente da reunião em que o(a) conselheiro(a) participou, deve ser apresentada por escrito, no formulário próprio, a justificativa.

Todos os anexos de solicitações devem ser preenchidos pelos(as) conselheiros(as) sem nenhuma rasura.

É de responsabilidade do(a) Conselheiro(a) a apresentação da convocação da reunião e da comprovação do comparecimento através da lista de presença e/ou certificado.

O recebimento da documentação será feito pela funcionária Nayara Begalli Scalco Vieira e na ausência desta pela funcionária Maria Palmira Moura Martins.

Em dia de reunião de Pleno do Conselho Estadual de Saúde este recebimento só será realizado nos seguintes horários: 8h00 às 09h30 e das 13h00 às 14h00.

Destacamos que o reembolso das passagens rodoviárias e de transporte coletivo e ressarcimento da alimentação, quando for o caso, são solicitados assim que o(a) conselheiro(a) apresenta toda documentação correta, sem rasuras e assinada.

✓ ***Em caso de viagens representando o Conselho, custeadas pelo próprio Conselho:***

Os valores serão calculados segundo o Decreto nº 57.478 de 31 de outubro de 2011. É de responsabilidade do(a) Conselheiro(a) a apresentação da convocação da reunião e da comprovação do comparecimento através da lista de presença e/ou certificado.

Não é permitido o pagamento de despesas alimentares e hospedagens em datas diferentes da reunião; ou seja, não é possível pagar hospedagem caso o(a) conselheiro(a) viaje no dia anterior, ou volte um dia depois.

Outras despesas como bebidas alcoólicas, frigobar, lavanderia e outras conveniências, não serão pagas.

No caso de ressarcimento de Taxi, deve haver autorização prévia pelo Chefe de Gabinete.

**REGIMENTO INTERNO DE TRANSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**CAPÍTULO I
SEÇÃO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE**

Art.1º O Conselho Estadual de Saúde – CES, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, conforme determinação dos art. 198, inciso III da Constituição Federal, das Leis Orgânicas do SUS nº 8.080/90 e nº 8.142/90, pelo art. 221 da Constituição do Estado de São Paulo, e pela Lei de criação do Conselho nº 8356/93 e alterada pela Lei nº. 8.983/94 e pelo Código de Saúde - Lei Complementar 791/95 em seu Art. 12, inciso I, letra h.

Art.2º O Conselho Estadual de Saúde – CES, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários(as), atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas e publicadas no Diário Oficial do estado de São Paulo pelo Secretário de Estado de Saúde.

**SEÇÃO II
DA COMPOSIÇÃO E DA ORGANIZAÇÃO**

Art.3º O Conselho Estadual de Saúde é constituído por representantes do poder público, prestadores de serviços de saúde, dos profissionais do setor de saúde e dos usuários(as) dos serviços de saúde, da seguinte forma:

I - Representação do Governo (Poder Público):

- a) dois servidores(as) da Secretaria de Estado da Saúde, indicado(a)s(as) pelo Secretário;
- b) dois secretários(as) municipais de saúde, indicado(a)s(as) por sua entidade representativa;
- c) dois servidores(as) docentes ou técnico-administrativos de universidades estaduais ligados à área da saúde, indicado(a)s(as) pelo Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo - CRUESP.

II - Representação dos prestadores privados de serviços de saúde:

- a) um representante das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, indicado(a) de comum acordo pelas interessadas;
- b) um representante das entidades de fins lucrativos, indicado(a) de comum acordo pelas interessadas.

III - Representação dos profissionais de saúde:

- a) três representantes dos sindicatos de trabalhadores na área da saúde, indicados(as) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- b) dois representantes de conselhos de fiscalização do exercício profissional, indicados(as) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- c) dois representantes de associações de profissionais de saúde, indicados(as) de comum acordo pelas entidades interessadas.

IV - Representação dos usuários:

- a) três representantes de centrais sindicais, indicados(as) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- b) um representante do setor empresarial patronal, indicado(a) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- c) dois representantes de associações de portadores de patologias, indicados(as) de comum acordo pelas entidades interessadas;
- d) um representante de associações de portadores de deficiências, indicado(a) de comum acordo, pelas entidades interessadas;
- e) quatro representantes de movimentos populares de saúde, indicados(as), de comum acordo, pelas entidades interessadas;
- f) uma representante de associações de defesa de interesse da mulher, indicada, de comum acordo, pelas entidades que as representam;

g) um representante de associações ou movimentos populares de defesa do consumidor, indicado(a), de comum acordo, pelos interessados;

h) um representante de associações de moradores, indicado(a), de comum acordo, pelas entidades interessadas;

i) um representante do programa de movimento religioso da defesa da saúde indicado(a) de comum acordo pelas interessadas.

§ 1º - A cada membro titular corresponde um suplente.

a) suplente terá direito a voz;

b) suplente terá direito de receber convocatória e todo material disponibilizado aos titulares das reuniões ordinárias e extraordinárias.

§ 2º - Todas as entidades e movimentos populares e sociais estaduais de usuários(as) do SUS devem comprovar a atuação e ação na comunidade, em pelo menos cinquenta por cento mais uma (50% +1) das divisões administrativas de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º - É vetado às entidades e aos movimentos populares e sociais estaduais de usuários do SUS a indicação de representantes que sejam prestadores, trabalhadores de saúde ou gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 4º - É vetada a participação de membros do Legislativo e do Judiciário, ou seus representantes, incluindo assessores parlamentares, em razão do preceito Constitucional que estabelece a independência e harmonia dos Poderes.

Art. 4º A representação dos órgãos, das entidades e dos movimentos sociais inclui um membro titular e um suplente, vinculados, ainda que não sejam da mesma entidade, órgão ou movimento, mantido o princípio da paridade da representação.

Parágrafo único - Na presença do membro titular no Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES, o membro suplente não terá direito a voto, mas terá direito a voz nas reuniões.

Art. 5º O mandato pertence ao segmento observado o Art. 3º deste Regimento, incisos I, II e III e será de dois anos.

Art. 6º O Conselho Estadual de Saúde - CES tem a seguinte organização:

I – Pleno;

II – Mesa Diretora;

III – Comissões e Grupos de Trabalho;

IV – Secretaria Executiva.

Art. 7º O Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento.

Art. 8º A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde terá 04 (quatro) membros, de forma paritária, incluindo o presidente do Conselho Estadual de Saúde ou seu representante que a presidirá, observando no desenvolvimento do seu trabalho os seguintes princípios e diretrizes:

I – o exercício da democracia, da transparência, da cooperação, da solidariedade, do respeito às diferenças e diferentes na busca da equidade;

II – a valorização do Conselho Estadual de Saúde - CES para o fortalecimento e a integração do Controle Social nas três instâncias de governo, observando padrões éticos necessários ao desenvolvimento sócio-cultural do País;

III – o respeito e o fortalecimento aos princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 9º As Comissões são organismos de assessoria ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES, que buscam aprofundar o conhecimento sobre determinada matéria, além de resgatar e reiterar o assunto dentro dos princípios do SUS e do controle social.

Parágrafo único - A Mesa Diretora manterá reuniões sistemáticas com todos coordenadores de comissões.

Art. 10º Os Grupos de Trabalho - GT são organismos instituídos pelo Pleno para assessoramento temporário ao Conselho Estadual de Saúde - CES ou às Comissões, com objetivos e prazo definidos para o seu funcionamento. O prazo é fixado em até seis meses, podendo ser prorrogado, dependendo da sua necessidade e com deliberação do Pleno.

§ 1º - Os Grupos de Trabalho serão compostos por no mínimo quatro membros e no máximo 08 membros, incluindo o(a) Coordenador(a), dos três segmentos do Conselho Estadual de Saúde – CES, garantindo a representação paritária.

§ 2º - Os Grupos de Trabalho poderão convidar especialistas, a título de contribuição, representantes das áreas técnicas da Secretaria da Saúde e de outras Secretarias, assim como representantes de outras entidades, instituições e movimentos sociais, de acordo com suas necessidades e especificidades.

Art.11 O Conselho Estadual de Saúde - CES conta, com uma Secretaria Executiva como suporte técnico-administrativo às suas atribuições.

SEÇÃO III DAS COMPETÊNCIAS SUBSEÇÃO I DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Art.12 Compete ao Conselho Estadual de Saúde:

I – atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, na esfera do Governo Estadual, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

II – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas modelos de atenção e da organização dos serviços;

III – apreciar parâmetros e critérios de cobertura de assistência e de transferência de recursos financeiros aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde – SUS;

IV – acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação do setor público e privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;

V – acompanhar, controlar e fiscalizar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do Estado;

VI – fortalecer a participação e o controle social no SUS;

VII – promover a reunião do Pleno no horário estabelecido pelo mesmo;

VIII – analisar, discutir, aprovar e dar parecer conclusivo sobre o Relatório de Gestão, em conformidade com a Lei nº 141/2012; e

IX – fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncia aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

SUBSEÇÃO II DO PLENO

Art.13 Compete ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES:

I – dar operacionalidade às competências do Conselho Estadual de Saúde – CES, descritas no art. 15 deste Regimento;

II – acompanhar, propor e fiscalizar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS;

III – aprovar a proposta setorial da saúde, no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e no Orçamento Geral do Estado, após análise anual dos planos de metas, compatibilizando-a com os planos de metas previamente aprovados, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendente;

IV – criar, coordenar e supervisionar as Comissões, Grupos de Trabalho e outras instâncias que julgar necessárias;

V – deliberar sobre propostas de normas básicas para operacionalização do SUS-SP;

VI – estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros quanto à política de recursos humanos para a saúde;

VII – definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito estadual; com base no cumprimento dos percentuais definidos na Resolução CNS nº 322/03, na Emenda Constitucional nº29/00 e Lei 141/12 e quaisquer instrumentos de caráter complementar;

VIII – aprovar a organização e as normas de funcionamento e o Regimento da Conferência Estadual de Saúde, reunida ordinariamente a cada quatro anos;

IX – convocar extraordinariamente, se necessário, a Conferência Estadual de Saúde na forma prevista pela Lei nº 8.142/90;

X – ampliar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Assembleia Legislativa, bem como com setores relevantes não representados no Conselho;

XI – estabelecer ações de integração com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e controle social;

XII – estabelecer regras para balizar a resolução de impasses ocorridos nos Conselhos Municipais de Saúde;

XIII – organizar acervo bibliográfico e técnico para subsídios aos conselhos municipais de saúde quanto a suas atribuições legais;

XIV – deliberar ações para divulgação do Conselho Estadual de Saúde – CES nos meios de comunicação social;

XV – homologar o coordenador(a) e coordenador(a) adjunto(a) escolhidos pelas Comissões e Grupos de Trabalho;

XVI – elaborar e aprovar o Regulamento e o Regimento Eleitoral para eleição dos segmentos que compõem o conselho no prazo de sessenta dias anterior à data estabelecida para as eleições;

XVII – aprovar representação do Conselho, por maioria absoluta, junto ao Ministério Público quando as competências e deliberações forem desrespeitadas ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública.

a) Entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) Entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do Conselho;

c) Entende-se por maioria qualificada o número inteiro imediatamente superior aos 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho.

26

XVIII – articular com as demais Secretarias de Estado, Instituições de Ensino e Pesquisa e Órgãos Colegiados na busca de subsídios no que concerne à caracterização das necessidades pertinentes aos assuntos pautados ou à área de saúde.

SUBSEÇÃO III DA MESA DIRETORA

Art.14 Compete à Mesa Diretora:

I – articular, junto ao Poder Executivo as condições necessárias para o pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES, incluindo a execução do planejamento e o monitoramento das ações;

II – promover articulações políticas com órgãos e instituições, internos e externos, com vistas a garantir a intersectorialidade do controle social e a articulação com outros conselhos de políticas públicas com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento da participação da sociedade na formulação, implementação e no controle das políticas públicas;

III – elaborar e encaminhar ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES relatórios mensais sucintos das suas atividades, assim como submeter, anualmente, ao Pleno, relatório de atividades;

IV – elaborar cronograma para apreciação do Conselho Estadual de Saúde - CES, para os itens: Plano Plurianual, Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Relatório de Gestão, orçamento da Secretaria de Estado da Saúde a ser aprovado pela Assembleia Legislativa e outros documentos legais exigidos pelo SUS.

V – responsabilizar-se pelo encaminhamento de todas as matérias para a deliberação do Conselho Estadual de Saúde - CES;

VI – analisar o relatório de frequência dos conselheiros nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde – CES, membros de comissões e grupos técnicos para deliberação do Pleno e demais providências regimentais;

VII – decidir, quando necessário, pelo convite a especialistas, visando esclarecimentos de assuntos, matérias e informações referentes a temas de interesse do Conselho Estadual

27

de Saúde - CES; VIII – receber da Secretaria-Executiva do Conselho Estadual de Saúde - CES, matérias, processos, denúncias, pareceres e sugestões, inclusive os provenientes dos Conselhos Municipais de Saúde, para análise e encaminhamentos cabíveis;

IX – encaminhar e monitorar as deliberações do Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES, garantindo o cumprimento dos prazos fixados por este;

X – proceder à seleção de temas para composição da pauta das Reuniões Ordinárias e Reuniões Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde - CES; priorizando aquelas deliberadas em reunião anterior, observando os seguintes critérios, estabelecidos pelo Pleno, que levam em consideração a:

- a) pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho);
- b) tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil);
- c) relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo CES);
- d) precedência (ordem da entrada da solicitação);

XI – tomar outras providências, visando ao cumprimento de suas atribuições; e

XII – cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde - CES, submetendo os casos omissos à apreciação pelo Pleno.

SEÇÃO IV DAS ATRIBUIÇÕES

SUBSEÇÃO I DO PRESIDENTE

Art.15 O presidente do CES é o Secretário de Estado da Saúde.

Parágrafo Único - O Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES exercerá o voto de qualidade (Voto de Minerva).

Art.16 São atribuições do Presidente do Conselho Estadual de Saúde – CES:

I – convocar e coordenar as Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde - CES;

II – representar o Conselho Estadual de Saúde - CES em suas relações internas e externas;

III – estabelecer interlocução com órgãos da Secretaria da Saúde e demais órgãos do Governo e com instituições públicas ou entidades privadas, com vistas ao cumprimento das deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES;

IV – representar o Conselho Estadual de Saúde - CES junto ao Ministério Público, quando as atribuições e deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES ou assuntos relativos ao direito à saúde forem desrespeitados ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública;

V – assinar as Deliberações aprovadas pelo pleno;

VI – decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Pleno, submetendo o seu ato à deliberação do mesmo em reunião subsequente;

VII – expedir atos decorrentes de deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES;

VIII – convocar e coordenar as reuniões da Mesa Diretora;

IX – delegar atribuições a outros representantes da Mesa Diretora e demais Conselheiros(as), sempre que se fizer necessário;

X – promover o pleno acesso às informações relevante para o SUS para fins de deliberação do Pleno; e

XI – cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, submetendo os casos omissos à apreciação do Pleno.

SUBSEÇÃO II DOS CONSELHEIROS

Art.17 São atribuições dos Conselheiros(as):

I – comparecer às reuniões do Pleno do Conselho Estadual de Saúde – CES;

II – zelar pelo pleno e total desenvolvimento das ações do Conselho Estadual de Saúde - CES;

III – estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhe forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;

IV – apreciar as matérias submetidas ao Conselho Estadual de Saúde - CES para votação;

V – apresentar Moções, Recomendações, Resoluções ou outras proposições sobre assuntos de interesse da Saúde representando sua instituição ou segmento;

VI – acompanhar o processo, progresso e finalização de Moções, Recomendações, Resoluções, reportando sistematicamente à sua instituição ou segmento;

VII – requerer votação de matéria em regime de urgência;

VIII – acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dando ciência ao Pleno quando necessário;

IX – apurar denúncias remetidas ao Conselho Estadual de Saúde - CES, apresentando relatórios da missão;

X – desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento de suas atribuições e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES;

XI – pedir vistas em assuntos submetidos à análise do Conselho Estadual de Saúde - CES, quando julgar necessário; e

XII – representar o Conselho Estadual de Saúde - CES perante as instâncias e fóruns da sociedade e do governo quando for designado pelo Pleno.

SEÇÃO V DO FUNCIONAMENTO

Art.18 O Conselho Estadual de Saúde – CES reunir-se-á, ordinariamente, doze vezes por ano, e, extraordinariamente, de ofício, por convocação do Presidente, por deliberação do Pleno e/ou a requerimento de 1/3 de seus membros.

§ 1º - O calendário do ano subsequente será definido na reunião ordinária ou extraordinária do mês de dezembro.

§ 2º - O quórum de instalação do Conselho é de maioria absoluta.

§ 3º - Cada membro titular terá direito a um voto.

§ 4º - A qualquer momento, poderá ser solicitada verificação de quórum e, não havendo, a reunião será suspensa, temporariamente, até o restabelecimento do mesmo ou, definitivamente, quando não for possível a recuperação do quórum mínimo previsto no § 2º deste artigo.

§ 5º - Em caso de ausência, o titular será substituído pelo suplente, e a substituição deverá ser comunicada à Mesa no decorrer da reunião.

§ 6º - Os conselheiros presentes às reuniões plenárias do Conselho Estadual de Saúde – CES poderão ser substituídos por seus suplentes, a qualquer momento, no curso da reunião, sendo a estes, então, garantido o direito de voz e voto.

Art.19 O Conselho Estadual de Saúde deverá possuir dotação orçamentária própria para garantia de seu pleno funcionamento.

§ 1º Os recursos materiais, funcionais e humanos devem ser garantidos pela Secretaria Estadual de Saúde para o bom funcionamento do Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º Os conselheiros(as) terão suas despesas custeadas, para participar das reuniões e atividades para as quais forem designados, para transporte, alimentação e hospedagem, se necessário, pagas com recursos consignados no orçamento para o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES e segundo as normas do Governo Estadual, Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Art.20 As Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde - CES serão presididas pelo Presidente e, no seu impedimento, por um membro da Mesa Diretora, em consonância com este Regimento.

Art.21 A pauta da Reunião Ordinária ou Extraordinária será elaborada pela Mesa Diretora, remetida para os(as) Conselheiros(as), com no mínimo cinco dias de antecedência e composta por:

I – aprovação da ata da reunião anterior;

II – expediente constando informes, indicações e relatórios da reunião da Mesa Diretora;

III – ordem do dia constando os temas previamente definidos e preparados pela Mesa Diretora, para apresentação e debate, explicitando os que serão objeto de deliberação; e

IV - encerramento.

Art.22 A ata da reunião anterior será remetida com antecedência mínima de dez dias aos Conselheiros(as) para eventuais correções. Estas correções deverão ser remetidas por meio eletrônico à Secretaria Executiva com quatro dias de antecedência do Pleno. Parágrafo Único: Cabe à Secretaria Executiva incorporar as correções enviadas e encaminhar novamente a ata alterada aos conselheiros, por via eletrônica, anteriormente ao Pleno, com antecedência de 48 horas.

Art.23 Após a submissão da ata com as alterações à aprovação do Pleno, será dispensada sua leitura, o Pleno iniciará seus trabalhos apreciando a matéria do expediente e, em seguida a ordem do dia.

**SUBSEÇÃO I
DO EXPEDIENTE**

Art.24 O expediente destina-se ao tratamento de:

- I – comunicações da Secretaria-Executiva;
- II – pedidos de licença e justificação de faltas dos(as) Conselheiros(as);
- III – pedidos de inclusão de matéria na ordem do dia da próxima Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- IV – pedido de inclusão, na ordem do dia, de assunto emergencial, devidamente justificado e aprovado pela maioria simples;
- V – apresentação de convidados, bem como de novos(as) Conselheiros(as) ao Pleno; e
- VI – manifestação ou pronunciamento dos(as) Conselheiros(as) inscritos para falar, depois de esgotados os assuntos referidos nos incisos anteriores.

§ 1º - os informes não comportam discussão e votação, mas somente esclarecimentos, devendo o(a) Conselheiro(a) que desejar apresentar informe inscrever-se na Secretaria-Executiva até trinta minutos antes do horário previsto para o início da Reunião.

§ 2º - não se tratará, no expediente, de nenhuma matéria constante da ordem do dia.

**SUBSEÇÃO II
DA ORDEM DO DIA**

Art.25 A ordem do dia é a fase da reunião destinada à apresentação, debate e deliberação de temas, conforme o caso, devendo constar de cada tema pautado a respectiva indicação da condição do mesmo.

§ 1º - deverão constar da ordem do dia, preferencialmente, matérias que já tenham sido apreciadas pela comissão permanente pertinente ao assunto, ou por um conselheiro-relator designado pelo Pleno ou pela Mesa Diretora.

§ 2º - para cada tema será destinado um tempo preestabelecido cuja duração definirá o número de Conselheiros inscritos para intervenção;

§ 3º - cada conselheiro(a) inscrito disporá de tempo previamente acordado para sua intervenção, sendo que a reinscrição só será concedida se o tempo destinado ao tema assim o permitir, havendo precedência de novas inscrições sobre as reinscrições.

§ 4º - caso a discussão de um tema não seja concluída no tempo preestabelecido, o mesmo será automaticamente remetido para a próxima reunião, exceto se o Pleno entender que o assunto tratado é de extrema relevância e/ou urgência que não permita o seu adiamento.

Art.26 As matérias da ordem do dia são aquelas aprovadas pelo Pleno para a agenda anual ou na reunião anterior, cabendo à Mesa Diretora a inclusão de outras julgadas de relevante interesse e aquelas resultantes de estudos promovidos pelas Comissões ou grupos de trabalho.

§ 1º - As propostas de matérias pautadas, após o processo de exame prévio preparatório da Mesa Diretora, serão encaminhadas aos Conselheiros(as), por escrito ou por meio eletrônico, com antecedência mínima de cinco dias e, no dia da reunião, apresentadas ao Pleno, seguindo-se à discussão e, quando for o caso, deliberação.

§ 2º - Cabe à Secretaria-Executiva a preparação de cada tema pautado na ordem do dia definida pela Mesa Diretora, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação.

SUBSEÇÃO III DO PEDIDO DE VISTA

Art.27 Apresentado o tema, qualquer Conselheiro(a) poderá pedir vista para melhor avaliação do ponto de pauta, cabendo ao mesmo ser relator dessa matéria, cuja discussão sobre o tema será remetida para a Reunião Ordinária subsequente.

§ 1º - Ocorrendo o pedido de vista da matéria a discussão ficará suspensa automaticamente.

§ 2º - A matéria retirada da Ordem do Dia, em virtude de pedido de vista, será devolvida à Secretaria-Executiva até dez dias antes da reunião subsequente, para ser disponibilizada ao Conselho Estadual de Saúde – CES, acompanhada do parecer emitido pelo(a) Conselheiro(a) que pediu a vista.

§ 3º - Havendo pedido de vista, o Presidente consultará o Pleno se mais algum Conselheiro(a) deseja utilizar-se do mesmo direito, uma vez que não haverá um novo pedido de vista da matéria em pauta.

§ 4º - No caso de mais de um Conselheiro(a) pedir vista de uma matéria, deverá se reunir com o(a)(s) outro(a)(s) Conselheiro(a)(s) que pediram vista, para consensuar sobre o assunto. Havendo consenso será feito parecer conjunto. Não havendo consenso os pareceres serão apresentados no Pleno por cada um de seus autores (as). O prazo para apresentação dos pareceres será o mesmo previsto no parágrafo segundo deste artigo, devendo a Secretaria-Executiva fornecer o material disponível para a elaboração do parecer.

§ 5º - O(A) Conselheiro(a) perde o direito de apresentação e apreciação do seu parecer, nas seguintes situações:

I - não cumprimento do prazo estabelecido no parágrafo segundo deste artigo;

II - não comparecimento na reunião designada para tal fim.

§ 6º - É vedado ao Conselheiro(a) relator(a) designar a outro a apresentação do seu parecer.

SEÇÃO VI DA CONDUÇÃO DOS TRABALHOS NO PLENO

Art.28 Matérias sujeitas à deliberação podem ser objeto de esclarecimentos, encaminhamentos e defesa. As não sujeitas à deliberação admitem apenas questões de esclarecimento e encaminhamento, cabendo ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde – CES alertar os(as) Conselheiros(as) quando estiverem utilizando indevidamente as formas de intervenções previstas.

SUBSEÇÃO I DA QUESTÃO DE ORDEM

Art.29 Considera-se questão de ordem toda dúvida sobre a interpretação, aplicação ou inobservância do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde - CES ou outro dispositivo legal.

§ 1º - As questões de ordem serão formuladas com clareza, brevidade e com indicação precisa das disposições que se pretende elucidar ou cuja inobservância é patente;

§ 2º - Somente podem ser formuladas questões de ordem que dizem respeito à matéria que esteja sendo discutida ou votada;

§ 3º - Caberá ao Presidente do Conselho resolver as questões de ordem;

§ 4º - O tempo de apresentação de questão de ordem será de no máximo três minutos.

SUBSEÇÃO II DA QUESTÃO DE ESCLARECIMENTO

Art.30 A questão de esclarecimento é o instrumento que o(a) Conselheiro(a) poderá utilizar para esclarecimento de dúvidas, dirigida ao Presidente do Conselho, antes do processo de votação, sendo concedido tempo máximo de três minutos para manifestação da pergunta e da resposta.

SUBSEÇÃO III DA QUESTÃO DO ENCAMINHAMENTO

Art.31 A questão de encaminhamento é a manifestação do(a) Conselheiro(a) quanto ao processo de condução do tema tratado no momento, com vista ao melhor andamento da Reunião.

Art.32 A questão de encaminhamento deverá ser formulada por Conselheiro(a) ao Presidente do Conselho em termos claros e precisos, com tempo de exposição de, no máximo, três minutos, podendo ser concedido igual tempo para o conjunto de intervenções para contra-argumentação.

Art.33 Não serão concedidas questões de encaminhamento durante o regime de votação de matéria ou antes da apresentação de um encaminhamento pelo Presidente da Sessão Plenária.

**SUBSEÇÃO IV
DO APARTE**

Art.34 Considera-se aparte a interrupção da intervenção de um(a) Conselheiro(a) para indagação ou esclarecimento relativo à matéria em discussão, não podendo o mesmo ultrapassar um minuto.

§ 1º - O(A) Conselheiro(a) só poderá apartear se houver permissão do(a) orador(a).

§ 2º - O aparte está incluído no tempo estabelecido ao Conselheiro(a).

§ 3º - Não será permitido aparte nas seguintes situações:

I – por ocasião da apresentação do expediente;

II – em regime de votação;

III – quando o(a) orador(a) declarar, previamente, que não o concederá;

IV – quando se tratar de questão de ordem;

V – quando o tempo restante da intervenção for inferior a um minuto; e

VI – quando já tiver concedido um aparte na mesma intervenção.

**SUBSEÇÃO V
DA VOTAÇÃO**

Art.35 O processo de votação será iniciado imediatamente após a discussão.

§ 1º - O Presidente do Conselho consultará o Pleno sobre a necessidade de defesa da proposta antes do regime de votação.

§ 2º - Sendo considerada pelo Pleno a necessidade de defesa de proposta, o Presidente do Conselho concederá a palavra para defesas favoráveis e contrárias até que o Pleno se sinta esclarecido para a votação.

§ 3º - O prazo de intervenção de defesa de proposta sempre será de três minutos improrrogáveis.

Art.36 A matéria extensa que abranja vários assuntos ou processos poderá ser votada em bloco, desde que não haja pedido de destaque e a documentação pertinente tenha sido distribuída aos Conselheiros(as) com a antecedência prevista neste Regimento.

§ 1º - Quando o assunto comporta vários aspectos, o Presidente do Conselho poderá separá-los para discussão e votação.

§ 2º - Em havendo prévia concordância do Pleno, uma matéria ou parte dela poderá ser considerada automaticamente aprovada se não houver pedido de destaque.

Art.37 O processo de votação poderá ser nominal, por aclamação ou por meio do levantamento do cartão de votação.

§ 1º - Votação nominal é aquela em que é possível identificar os votantes e seus respectivos votos, ou apenas os votantes, no caso em que os votos devam permanecer secretos.

§ 2º - Voto por aclamação é aquele em que todos os membros de uma plenária manifestam ao mesmo tempo a sua vontade, por meio de uma manifestação oral ou gestual.

Art.38 Na votação por aclamação, o Presidente do Conselho solicitará aos Conselheiros(as) que se manifestem favoráveis, contrários ou abstenham-se, levantando o cartão de votação, e o resultado será proclamado por contraste ou pela contagem de votos.

Parágrafo único - Havendo dúvida quanto ao resultado proclamado, e se for requerida a verificação da votação, a recontagem de votos será realizada imediatamente pelo processo nominal.

Art.39 Na votação nominal, os(as) Conselheiros(as) responderão “sim”, “não” ou “abstenção” à chamada feita pelo(a) Coordenador(a) da mesa, que anotará as respostas e proclamará o resultado final.

Parágrafo único - O resultado da votação será mencionado na ata da reunião.

Art.40 Será considerada aprovada a matéria que obtiver a maioria dos votos favoráveis, salvo nos casos em que o número de abstenções for maior que o somatório dos votos favoráveis e contrários. Neste caso a matéria em questão será repautada no próximo pleno ou nos casos especiais previstos neste Regimento.

Art.41 Em caso de empate, o Presidente do Conselho fará nova votação. Persistindo o empate o Presidente do Conselho utilizará sua prerrogativa do "Voto de Minerva".

Art.42 Cada Conselheiro(a), na condição de titular, terá direito a um voto, não sendo aceitos votos por procuração.

Art.43 Ressalvados os casos em que exija quórum especial, o quórum de deliberação do Conselho é de maioria simples, respeitado o quórum de instalação.

§ 1º - Quando for verificada falta de quórum para deliberar, será suspensa a sessão até recomposição do quórum necessário.

§ 2º - Persistindo a falta de quórum por 30 minutos, o Presidente da Mesa fará o seguinte encaminhamento:

I - se a votação exigir quórum especial e tiver apenas maioria simples, a matéria será remetida para a reunião subsequente, devendo ser prioritariamente apreciada, dando-se prosseguimento à Sessão Plenária para discussão dos outros itens da pauta, se houver; e

II - se a matéria exigir deliberação por maioria simples e não tiver quórum, a sessão será encerrada, devendo a matéria não votada ser apreciada, prioritariamente, na reunião subsequente.

Art.44 O quórum especial, também chamado de quórum qualificado se destina a matéria de alta relevância do Conselho tais como:

I – Mudanças Regimentais e regulamentais;

II – Eleição de Presidente;

III – Aprovação dos Coordenadores(as) e Coordenadores(as) Adjuntos(as) das Comissões e Grupos de Trabalho.

SUBSEÇÃO VI DA DECLARAÇÃO DO VOTO

Art.45 Terá o direito de declaração de voto o(a) Conselheiro(a) que solicitar que o seu voto conste em ata.

§ 1º A declaração de voto será após a proclamação do resultado.

§ 2º O(A) Conselheiro(a) que se abster e manifestar o desejo de fazer declaração de voto poderá, após a votação, fazê-lo pelo prazo máximo de um minuto, ou entregá-la por escrito, durante a sessão, à Secretaria-Executiva para registro em ata e arquivamento da íntegra do pronunciamento para eventual consulta futura.

Art.46 Durante a declaração de voto não serão permitidos apartes.

SUBSEÇÃO VII DA ATA DA SESSÃO

Art.47 As atas são súmulas resumidas das principais manifestações e deliberações do Pleno do CES, suas comissões e grupos de trabalho, a serem elaboradas pela Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde - CES. Nas atas devem constar:

I – a relação dos participantes; seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade e do órgão ou entidade que representa;

II – resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;

III – relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação dos responsáveis pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por Conselheiro;

IV – as deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior, aos temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte, registrando-se o número de votos contrários, favoráveis e abstenções, incluindo a votação nominal quando solicitada;

§1º - As reuniões do Pleno devem ser gravadas em sua íntegra para consulta pública.

§2º - A Secretaria-Executiva providenciará a remessa de cópia da ata, por meio

eletrônico, de modo que cada Conselheiro(a) possa recebê-la, com antecedência mínima de dez dias, antes da reunião em que a mesma será apreciada.

CAPÍTULO II
DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Art.48 A Secretaria-Executiva é órgão de assessoramento vinculado ao Gabinete do Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo de modo a favorecer o fluxo administrativo e burocrático, informando e secretariando o Conselho Estadual de Saúde – CES, suas Comissões e Grupos de Trabalho fornecendo as condições para o cumprimento das competências expressas neste Regimento.

SEÇÃO I
DAS ATRIBUIÇÕES

Art.49 São atribuições da Secretaria-Executiva:

- I – secretariar as seções do pleno e comissões, preparar as atas correspondentes e os relatórios mensais e anuais das atividades destes;
- II – apoiar os(as) conselheiros(as) e os membros das comissões no desempenho de suas funções;
- III – controlar o recebimento, encaminhamento e a remessa de documentos, processos e demais expedientes em tramitação;
- IV – controlar o registro em livro próprio por critério de assunto, a distribuição dos processos/matérias para os conselheiros ou membros das comissões técnicas, bem como seu andamento.
- V – redigir atos emanados das decisões do Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- VI – encaminhar as deliberações, digitar pareceres, relatórios e outros documentos da competência do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- VII – efetuar o registro e o controle de documentos por assunto;
- VIII – acompanhar, apoiar os trabalhos e redigir as atas do Pleno e da Mesa Diretora, das comissões e grupos de trabalho, inclusive quanto ao cumprimento de prazos, organizando

- e mantendo atualizado o arquivo das decisões do Conselho Estadual de Saúde - CES.
- IX – receber, distribuir e expedir as correspondências;
- X – exercer outras atividades que lhe forem confiadas;
- XI – registrar, catalogar guardar e conservar livros, documentos e outras publicações relacionadas ao Conselho Estadual de Saúde - CES;
- XII – organizar e manter o acervo memorial do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- XIII – receber, controlar e guardar materiais permanentes e de consumo;
- XIV – fornecer a infraestrutura para o processo eleitoral do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- XV – participar da organização e realização da Conferência Estadual de Saúde e das Conferências Temáticas;
- XVI – encaminhar ao Secretário de Estado da Saúde a relação dos(as) Conselheiros(as) para designação, conforme aplicação no âmbito estadual do art. 9º do Decreto Federal nº 5.839/06; e
- XVII – elaborar e submeter ao Pleno a proposta orçamentária para o funcionamento do Conselho.

SEÇÃO II
DAS COMPETÊNCIAS

Art.50 São competências da Secretaria Executiva:

- I – dar encaminhamento as demandas do Conselho Estadual de Saúde - CES e Municipais após deliberação do Pleno;
- II – tornar públicas as deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- III – participar e promover apoio técnico e administrativo a realização das Conferências.
- IV – atuar por meio de atos administrativos junto ao Conselho Estadual de Saúde - CES em sua totalidade;

V – encaminhar para designação por meio de Portaria a relação dos(as) conselheiros(as) eleitos(as) para o Secretário de Estado da Saúde.

VI – gerenciar, assegurar a atualização das bases de informações e divulgar matérias ou atos emanados pelo Pleno, Mesa Diretora ou Comissões, ou ainda assuntos afins à participação e controle social, no que tange aos meios de comunicação institucionais disponibilizados ao Conselho Estadual de Saúde – CES.

CAPÍTULO III DAS COMISSÕES

Art.51 As Comissões são órgãos da organização básica do Conselho Estadual de Saúde - CES, necessárias ao exercício de sua competência legal.

SEÇÃO I DA ORGANIZAÇÃO

Art.52 As Comissões serão compostas pelos(as) Conselheiros(as) Titulares e Suplentes e/ou pessoas indicadas pelos segmentos, exceto o Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES.

Art.53 Todo Conselheiro(a) deve participar compulsoriamente de uma Comissão ou de livre vontade de até duas comissões, sendo que cada uma contará com 08 membros (4 titulares e 4 suplentes), distribuídos paritariamente com 50% de usuários(as), 25% de trabalhadores(as) e 25% de gestores(as).

§ 1º - O Pleno poderá, de acordo com as necessidades e especificidades determinadas Comissão e mediante justificativa fundamentada, aprovar composição diferente da prevista no caput deste artigo, quanto ao número de membros.

§ 2º - As Comissões poderão convidar, a título de contribuição, sem direito a voto, representantes das áreas técnicas da Secretaria de Saúde e de outras Secretarias, bem como de Secretarias Municipais ou entidades, de acordo com as necessidades e especificidades da própria Comissão.

§ 3º - As Comissões poderão solicitar ao Conselho Estadual de Saúde - CES financiamento para participação de convidados quando a relevância do tema em debate assim o justificar.

42

§ 4º - As indicações das entidades para comporem cada Comissão devem ser de acordo com os seus objetivos e serem submetidas ao Pleno para deliberação.

Art.54 Serão Coordenadores(as) e Coordenadores(as) Adjuntos(as) das Comissões somente Conselheiros(as), titulares ou suplentes, indicados(as) pelo Pleno ou pelos integrantes das Comissões e referendados pelo Pleno, ficando o mesmo impossibilitado de participar de outra comissão.

Art.55 As Comissões do Conselho Estadual de Saúde – CES poderão contar com Grupos de Trabalho instituídos na forma temporária, os quais fornecerão subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica, sem, contudo, integrar a composição do Conselho;

Art.56 O Conselho Estadual de Saúde possuirá as seguintes comissões permanentes:
I – Comissão de Orçamento e Finanças;

II – Comissão de Saúde do Trabalhador;

III – Comissão de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;

IV – Comissão de Ciência e Tecnologia, Assistência Farmacêutica;

V – Comissão de Saúde, Gêneros e Ciclos de Vida

VI – Comissão de Saúde Suplementar;

VII - Comissão de Relações Interconselhos;

VIII – Comissão de Estrutura e Funcionamento dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo;

IX – Comissão de Patologias;

X – Comissão de Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência;

XI – Comissão de Informação, Educação e Comunicação;

XII – Comissão de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais;

XIII – Comissão de Ética.

43

SEÇÃO II DO FUNCIONAMENTO

Art.57 As Comissões têm o seguinte funcionamento:

I – cada Comissão elaborará o seu calendário de reuniões ordinárias de acordo com as suas demandas, devendo ocorrer, no mínimo uma trimestral.

II – cada Comissão deverá elaborar memória da sua reunião para ser encaminhada à Mesa Diretora e todos os(as) conselheiros(as), por meio eletrônico, imediatamente após o término da reunião, a fim de garantir a socialização das informações e o acompanhamento das ações;

III – o(a) Coordenador(a) e o(a) Adjunto(a) terão um mandato de um ano, podendo ser reconduzidos, a critério do Pleno, por apenas mais um ano, ficando assim impossibilitado de assumir a coordenação desta mesma comissão.

IV – os membros das Comissões poderão ser substituídos caso deixem de justificar sua ausência em 2/3 (dois terços) das reuniões no período do ano civil;

V – todas as Comissões deverão definir seus objetivos, sua composição e seu plano de trabalho, além de formularem método de auto-avaliação;

VI – os relatórios da avaliação das atividades serão enviados semestralmente ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES e divulgados;

VII – o(a) representante indicado(a) através de deliberação do Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES terá um(a) suplente, também indicado(a) pelo Pleno, para participar de congressos, eventos, reuniões, ou outras formas de representação, e ambos deverão encaminhar à Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde - CES, relatório do referido evento no prazo de 30 dias, para divulgação.

Art.58 Para estimular a participação de todos os segmentos de forma representativa, as reuniões das Comissões e Grupos de Trabalho deverão concentrar-se em duas datas por mês, no máximo, com calendário fixo e aprovado pelo Pleno, utilizando espaços, condições de estrutura, apoio, tecnologia e financiamento que garantam a efetividade dos encontros.

Art.59 A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo deve disponibilizar mecanismos e instrumentos de Tecnologia de Informação que viabilizem reuniões interativas a distância.

Art.60 O ressarcimento, a título indenizatório, de despesas com alimentação, deslocamento e pousada incorridas por representantes da sociedade civil deverá ser feito em até 2 (dois) dias anteriores ao evento (Pleno, Comissão ou Grupo de Trabalho), com base nos parâmetros estabelecidos no Decreto nº 57.478, de 31 de outubro de 2011, do governo do Estado de São Paulo.

§ 1º - A modalidade do ressarcimento será definida pelo(a) conselheiro(a), mediante crédito em conta-corrente bancária ou ordem de pagamento em nome do(a) representante da sociedade civil.

§ 2º - O Conselho Estadual de Saúde - CES deverá elaborar Resolução específica regulamentando o assunto, em consonância com o Decreto nº 57.478/11 ou outros que por ventura vierem a ordenar o ressarcimento.

Art.61 A coordenação das comissões deverá obedecer rodízio dos membros, para garantir participação e alternância.

CAPÍTULO IV DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art.62 Os Grupos de Trabalho terão o seguinte funcionamento:

I – os(as) Conselheiros(as) poderão participar de, no máximo dois Grupos de Trabalho;

II – os(as) integrantes(as) dos Grupos de Trabalho serão substituídos(as), caso deixem de justificar ausência em uma reunião no período de vigência do referido Grupo de Trabalho;

III – cada Grupo de Trabalho deverá elaborar relatório ou memória da reunião, para serem encaminhados à Mesa Diretora, imediatamente após o término da reunião, a fim de garantir a socialização das informações e o acompanhamento das ações;

IV – a periodicidade de reuniões dos Grupos de Trabalho será definida de acordo com as necessidades e especificidades dos mesmos; e

V – ao finalizar os trabalhos, os Grupos de Trabalho deverão enviar relatórios ou pareceres, de acordo com a solicitação do Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES

CAPÍTULO V² DOS ATOS EMANADOS PELO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

SEÇÃO I DAS DELIBERAÇÕES

Art.63 Deliberações são atos administrativos do Conselho Estadual de Saúde - CES. Congregam todo ato, manifestação, deliberação, recomendação ou processo administrativo que tenha por fim imediato estabelecer, resguardar, modificar, extinguir e declarar direitos ou obrigações preconizados no Sistema Único de Saúde.

Art.64 As deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES, observado o quórum estabelecido são consubstanciadas em:

- I – Resolução;
- II – Recomendação;
- III – Moção.

§ 1º As deliberações podem ser apresentadas durante a ordem do dia por qualquer Conselheiro(a), por escrito ou verbalmente, sendo identificadas de acordo com o seu tipo e numeradas correlativamente após aprovação.

§ 2º As deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES serão assinadas pelo seu Presidente e homologadas pelo Secretário de Estado da Saúde, a seguir serão publicadas no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de quinze dias, após sua homologação.

SUBSEÇÃO I DAS RESOLUÇÕES

Art.65 A Resolução é ato geral, de caráter normativo.

§ 1º - A redação da Resolução obedecerá às determinações contidas no Manual de Redação da Presidência da República e no Decreto Federal nº 4.176, de 28 de março de 2002, aplicáveis ao âmbito estadual.

2 - Este Capítulo do Regimento Interno está em processo de alteração através da Resolução CES SP nº 08/2012, em análise pelo Secretário da Saúde (Resolução em análise anexa ao final do Regimento).

§ 2º - As deliberações consubstanciadas em Resoluções e homologadas pelo Secretário de Estado da Saúde serão publicadas no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de quinze dias, após sua aprovação.

§ 3º - A Resolução aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde – CES, sobre a qual não haja manifestações, será homologada de forma automática.

§ 4º - Caso o Secretário de Estado da Saúde veto a Resolução do Conselho Estadual de Saúde – CES deverá devolver ao Pleno sua deliberação, com as justificativas sobre o ato respeitando o prazo estipulado no § 2º deste artigo.

§ 5º - Após análise das justificativas do veto, por falta de fundamentação ou inadequação, o Conselho Estadual de Saúde - CES poderá derrubá-lo, desde que o quórum seja composto por maioria qualificada. No caso de derrubada do veto, a Resolução será homologada automaticamente, devendo ser publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo, pela Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde - CES no prazo máximo de quinze dias. Caso não obtenha os votos necessários o veto persistirá.

§ 6º - As Resoluções do Conselho Estadual de Saúde - CES somente poderão ser revogadas pelo Pleno, por maioria qualificada.

SUBSEÇÃO II DAS RECOMENDAÇÕES

Art.66 A Recomendação é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou oportunidade de se adotar determinada providência.

Parágrafo único - As Recomendações serão sobre temas ou assuntos específicos que não seja habitualmente de responsabilidade direta do Conselho Estadual de Saúde - CES, mas que são relevantes e necessários, dirigidos a sujeitos institucionais de quem se espera ou se solicita determinada conduta ou providência.

SUBSEÇÃO III DAS MOÇÕES

Art.67 Moção é uma proposta apresentada em uma assembleia deliberativa por um dos seus membros. A moção é uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato. Toda moção deve ser submetida ao Pleno para discussão e deliberação.

CAPÍTULO VI DO PROCESSO ELEITORAL

SEÇÃO I DAS ENTIDADES

Art.68 A eleição das entidades e dos movimentos sociais para comporem o Conselho Estadual de Saúde - CES será coordenada por uma Comissão Eleitoral composta de doze membros indicados(as) pelos respectivos segmentos e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde com a seguinte composição:

I – seis representantes do segmento dos usuários(as);

II – três representantes do segmento dos profissionais de saúde; e

III – três representantes do segmento do gestor/prestador, sendo dois representantes do governo e um representante dos prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo Único - Constituída a Comissão Eleitoral, esta será divulgada na página eletrônica do Conselho Estadual de Saúde - CES e sua composição será afixada na Secretaria-Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

Art.69 A escolha das entidades estaduais dos usuários(as) do SUS; das entidades estaduais de profissionais de saúde e da comunidade científica da área de saúde; das entidades estaduais de prestadores de serviços de saúde e das entidades estaduais empresariais com atividade na área da saúde será feita por meio de processo eleitoral direto, a ser realizado a cada dois anos, contados a partir da primeira eleição.

§ 1º - Somente poderão participar do processo eleitoral, como eleitor(a) ou candidato(a), as entidades de que tratam os incisos I ao IV do art.5º do Decreto Federal nº 5.839/06, transpostas ao âmbito estadual, que tenham, no mínimo, dois anos de comprovada existência e estejam de acordo com o Art. 4 deste regimento.

§ 2º - Caberá ao Conselho Estadual de Saúde - CES avaliar de acordo com o art.68 da Lei Complementar Estadual nº791, Código Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, de 09/03/1995 e Resolução 333/03 ou suas modificações: “Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários(as), é vedada a escolha de representantes dos usuários(as) que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos do conselho”.

Art.70 O processo eleitoral para a escolha das entidades que indicarão representantes em substituição aos atuais membros do Conselho Estadual de Saúde - CES, será

realizado em até noventa dias anterior ao final do mandato dos atuais Conselheiros, em conformidade com o Regimento Eleitoral a ser aprovado pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES, homologado pelo Secretário de Estado da Saúde e publicado no Diário Oficial do Estado em forma de Resolução.

Parágrafo único - Concluída a eleição referida no *caput* e designados os novos representantes do Conselho Estadual de Saúde - CES, caberá ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES convocar e presidir a reunião em que tomarão posse os(as) Conselheiros(as), que deverá ser homologada pelo Secretário de Estado da Saúde.

SEÇÃO II DA COMISSÃO ELEITORAL

Art.71 A Comissão Eleitoral de que trata o art.70 deste Regimento terá uma coordenação composta por: um(a) Presidente, um(a) Vice-Presidente, um(a) Secretário(a) e um(a) Secretário Adjunto(a) que serão escolhidos entre os seus membros na primeira reunião após sua constituição.

Art.72 Caberá à Comissão Eleitoral:

I – conduzir e supervisionar o processo eleitoral e deliberar, em última instância, sobre questões a ele relativas;

II – dar conhecimento público das candidaturas inscritas;

III – requisitar ao CES todos os recursos necessários para a realização do processo eleitoral;

IV – instruir, qualificar e julgar, em grau de recurso, decisões do presidente relativas ao registro de candidatura e outros assuntos;

V – indicar e instalar as Mesas Eleitorais quando couber em número suficiente com a função de disciplinar, organizar, receber e apurar votos, quando couber;

VI – proclamar o resultado eleitoral;

VII – apresentar ao Conselho Estadual de Saúde - CES relatório do resultado do pleito, bem como observações que possam contribuir para o aperfeiçoamento do processo eleitoral, no prazo de até trinta dias após a proclamação do resultado;

VIII – indicar a mesa coordenadora das sessões plenárias dos segmentos composta

por um(a) coordenador(a), um(a) secretário(a) e um(a) relator(a);
IX – indicar um(a) relator(a) para acompanhar as discussões dos fóruns próprios ou grupos nas sessões plenárias dos segmentos; e

X – apurar os votos.

CAPÍTULO VII DO MANDATO

Art.73 O mandato dos membros do conselho será de 2 (dois) anos.

§ 1º - Todos os mandatos serão em períodos concomitantes, com posses simultâneas.

§ 2º - A Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde – CES providenciará o acolhimento de novos(a) conselheiros(a) e disponibilizará processos de capacitação e informações necessárias para o pleno exercício do papel de conselheiro(a).

§ 3º - No caso de vacância e/ou substituição do representante o período de mandato será mantido, cumprindo apenas o restante do mandato.

§ 4º - É permitida apenas uma recondução do(a) mesmo(a) conselheiro(a) para cada segmento, em exceção aos membros do que referem-se ao Art. 4º item III deste regimento.

§ 5º - O(A) conselheiro(a) que tiver cumprido quatro anos de mandato deverá ficar afastado(a) por um mandato, ou seja por dois anos, para voltar a ser indicado(a) pelo seu segmento ou outro segmento que venha a fazer parte.

§ 6º - Será solicitada a substituição ao segmento, automaticamente, de conselheiro(a) titular e/ou suplente que estiver no exercício da titularidade, que deixar de comparecer a três reuniões ordinárias consecutivas ou quatro intercaladas sem justificativa, por escrito, no período de um ano civil.

§ 7º - As justificativas de ausências deverão ser apresentadas na Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde até quarenta e oito horas, após a reunião.

§ 8º - A perda de mandato da representação de qualquer entidade em virtude do citado no Art. 70, parágrafo 5 será declarada pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES, por decisão da maioria simples dos seus membros, sendo a vaga assumida pelo membro suplente até nova eleição e indicação realizada pelo segmento respeitando o Art. 3º deste regimento.

§ 9º - O membro do Conselho também poderá perder o mandato em virtude de renúncia ou de processo ético disciplinar que desabone o Conselho Estadual de Saúde.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 74 O Conselho Estadual de Saúde - CES poderá organizar seminários, mesas-redondas, oficinas de trabalho e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício das suas atribuições e competências.

Art.75 O Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES no prazo de cento e vinte dias deverá elaborar orientações para emissão de pareceres por parte das Comissões a fim de não inviabilizar o plano de trabalho da referida comissão.

Art.76 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde – CES.

Art.77 O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, só podendo ser modificado por quórum qualificado de dois terços dos membros do Conselho Estadual de Saúde - CES em sessão do Pleno, expressamente convocado para tal propósito.

Art.78 A composição atual do Conselho Estadual de Saúde - CES será mantida até homologação final do processo eleitoral do novo Conselho Estadual de Saúde – CES.

Art.79 Caberá ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES deliberar sobre o mandato dos(as) atuais conselheiros(as), devendo ser publicada em DOE esta deliberação.

Art.80 Fica revogado o Regimento Interno anterior, aprovado pela Deliberação CES nº 12 de 17/09/04, bem como todas as disposições sobre Regimento aprovadas por outras normas e aquelas em contrário ao disposto neste Regimento.

Art.81 Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

Resolução CES SP nº. 08/2012

Considerando a Resolução CNS nº 453/2012;

Considerando a necessidade de adequar os processos e períodos previstos quanto à homologação dos Atos do Conselho Estadual de Saúde;

Considerando o Artigo 44, inciso I do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde vigente;

O Pleno do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, no uso de suas atribuições, na sua 209ª reunião ordinária, realizada em 26 de outubro de 2012, aprovou com quórum qualificado, as seguintes alterações no Capítulo V do Regimento Interno:

CAPÍTULO V DOS ATOS EMANADOS PELO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

SEÇÃO I DAS DELIBERAÇÕES

Art.63 Deliberações são atos administrativos do Conselho Estadual de Saúde - CES. Congregam todo ato, manifestação, deliberação, recomendação ou processo administrativo que tenha por fim imediato estabelecer, resguardar, modificar, extinguir e declarar direitos ou obrigações preconizados no Sistema Único de Saúde.

Art.64 As deliberações do Conselho Estadual de Saúde - CES, observado o quórum estabelecido são consubstanciadas em:

I – Resolução;

II – Recomendação;

III – Moção.

§ 1º As deliberações podem ser apresentadas durante a ordem do dia por qualquer Conselheiro(a), por escrito ou verbalmente, sendo identificadas de acordo com o seu tipo e numeradas correlativamente após aprovação.

§ 2º As Resoluções do Conselho Estadual de Saúde - CES serão assinadas pelo seu Presidente e homologadas pelo Secretário de Estado da Saúde.

§ 3º As Recomendações e Moções do Conselho Estadual de Saúde - CES serão assinadas pelo seu Presidente.

SUBSEÇÃO I DAS RESOLUÇÕES

Art.65 A Resolução é ato geral, de caráter normativo.

§ 1º - A redação da Resolução obedecerá às determinações contidas no Manual de Redação da Presidência da República e no Decreto Federal nº 4.176, de 28 de março de 2002, aplicáveis ao âmbito estadual.

§ 2º - As Deliberações normativas e Resoluções do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo serão homologadas pelo Secretário Estadual de Saúde e publicadas no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após aprovação pelo Colegiado e o envio do documento formatado nos modelos previstos para publicação, contendo para início desse prazo, o registro pela Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde no SISRAD – Sistema de Registro e Acompanhamento de Documentos.

§ 3º - Na hipótese da não homologação ou ausência de manifestação pelo Secretário Estadual de Saúde, no prazo previsto no parágrafo anterior, a matéria retornará ao Conselho Estadual de Saúde de São Paulo para nova deliberação e constará na pauta da reunião subsequente, acompanhada, se existir, de justificativa. O resultado da deliberação do Colegiado nessa sessão deve ser novamente encaminhado ao Secretário Estadual de Saúde, para homologação e publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da aprovação pelo Colegiado.

§ 4º - A não homologação ou a ausência de manifestação pelo Secretário Estadual de Saúde, em até 15 (quinze) dias após o recebimento da segunda decisão do Colegiado, será considerada uma negativa ao deliberado.

§ 5º - Permanecendo o impasse, a matéria será publicada em até 5 (cinco) dias subscrita pelo próprio Pleno do Conselho Estadual de Saúde.

§ 6º - No caso do evento previsto no parágrafo anterior, o Conselho Estadual de Saúde poderá representar ao Ministério Público, se a matéria constituir, de alguma forma, desrespeito aos direitos constitucionais do cidadão.

SUBSEÇÃO II DAS RECOMENDAÇÕES

Art.66 A Recomendação é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou oportunidade de se adotar determinada providência.

§ 1º - As Recomendações serão sobre temas ou assuntos específicos que não seja

habitualmente de responsabilidade direta do Conselho Estadual de Saúde - CES, mas que são relevantes e necessários, dirigidos a sujeitos institucionais de quem se espera ou se solicita determinada conduta ou providência.

§ 2º - As Recomendações, dado o seu caráter, não necessitam de homologação do Secretário de Estado da Saúde e poderão ser publicadas, subscritas pelo próprio Pleno do Conselho Estadual de Saúde.

SUBSEÇÃO III DAS MOÇÕES

Art.67 Moção é uma proposta apresentada em uma assembleia deliberativa por um dos seus membros. A moção é uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato. Toda moção deve ser submetida ao Pleno para discussão e deliberação.

Parágrafo Único- As Moções, como produtos de uma assembleia, não precisarão de homologação do Secretário de Estado da Saúde e poderão ser publicadas, subscritas pelo próprio Pleno do Conselho Estadual de Saúde.

São Paulo, 14 de novembro de 2012

ANEXO B

© 2012 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 2ª edição – 2013 – 100.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa
Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, Torre 1, 3º andar, sala 303
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-8886
Fax: (61) 3315-8840

Site: www.saude.gov.br/sgep
E-mail: sgep.dagep@saude.gov.br
Facebook: www.facebook.com/SGEp_MS
Twitter: @SGEP_MS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Anexo, ala B, 1º andar, Salas 103/115
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 3315-2150
Fax: (61) 3315-2414 / 3315-2472
Site: www.conselho.saude.gov.br
E-mail: cms@saude.gov.br

Colaboração:
Débora Freitas de Oliveira Pinheiro
Denise Regina de Oliveira Miranda
Gleisse de Castro de Oliveira
Júlia Maria Santos Roland
Kátia Patrícia Vieira de Lucena
Kátia Maria Barreto Souto
Letícia Toledo do Amaral
Marta da Glória Campos da Silva
Zenite da Graça Bógia

Projeto gráfico e diagramação:
Delton Assis

Normalização:
Delano de Aquino Silva – CGDI/Editora MS

Edição:
Paulo Henrique de Castro – CGDI/Editora MS

Ficha Catalográfica

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Brasil. 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.
28 p.

1. Conselhos de saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Administração em saúde. I. Conselho Nacional de Saúde. II. Título.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0583

Titulos para indexação:

Em inglês: Health Councils: the responsibility of the democratic social control of SUS
Em espanhol: Consejos de Salud: la responsabilidad del control social democratico del SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS

2ª edição

Brasília – DF
2013

Sumário

1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL..... 2

2 CONFERÊNCIA DE SAÚDE..... 4

3 CONSELHOS DE DIREITOS 5

4 CONSELHO DE SAÚDE 6

5 ONDE ATUA O CONSELHO DE SAÚDE? 8

6 REPRESENTAÇÃO 9

7 PROCESSO DE REPRESENTAÇÃO 11

8 O QUE O CONSELHEIRO DEVE CONHECER? 13

9 PLANO DE SAÚDE..... 15

10 RELATÓRIO DE GESTÃO 17

11 LEI Nº 141/2012..... 20

12 PROGRAMA DE INCLUSÃO DIGITAL (PID) 23

13 SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DE
CONSELHOS DE SAÚDE (SIACS) 25

REFERÊNCIAS..... 26

GLOSSÁRIO 27

Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde

1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

PARTICIPAÇÃO

É O CAMINHO DA DEMOCRACIA.
É UM DOS CINCO PRINCÍPIOS DA DEMOCRACIA.

Transforma a realidade, possibilita construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade.

“É através da **PARTICIPAÇÃO** que se supera a resignação e o medo e gera as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania” (SOUZA, 2004).

Formas de participação:

- na família;
- no bairro;
- na cidade;
- no País;

Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social do SUS

- nas associações civis, culturais, políticas e econômicas;
- na escola;
- nos conselhos de direitos (todos os conselhos de políticas sociais);
- nos partidos políticos;
- nas entidades sociais, entre outras.

Na Saúde, as duas formas principais de participação social são:

- **AS CONFERÊNCIAS E OS CONSELHOS DE SAÚDE**

3

Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde

2 CONFERÊNCIA DE SAÚDE

O que é?

É o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo.

É convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse fórum conclamam a conferência.

Acontece de 4 em 4 anos.

É realizada pelas esferas municipal, estadual e federal.

É o espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde.

4

3 CONSELHOS DE DIREITOS

O que são?

São órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas.

Por meio desses conselhos, a comunidade (com seus representantes) participa da gestão pública.

Quais são os conselhos de políticas?

- Conselho da Assistência Social;
- Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- Conselho da Saúde;
- Conselho de Educação;
- Conselho de Segurança Pública;
- Conselho do Idoso; e
- Conselho da Mulher, entre outros.

OS CONSELHOS SÃO CRIADOS POR LEI EM ÂMBITO
FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

5

4 CONSELHO DE SAÚDE

O que é?

Órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo.

Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal.

Como funciona?

Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento.

Quem faz parte desse colegiado?

Representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços.

ATENÇÃO → Lei nº 8.142/90
e Resolução nº 453/2012 do CNS

O segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do conselho de saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço.

6

"A partir dos anos 70, a participação e a deliberação nos 'novos espaços democráticos', criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local e nacional, começaram a ser defendidas como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo" (COELHO, 2007, p. 77).

5 ONDE ATUA O CONSELHO DE SAÚDE?

Na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O conselho analisa e aprova o plano de saúde.
Analisa e aprova o relatório de gestão.
Informa a sociedade sobre a sua atuação.

QUALQUER PESSOA PODE PRESIDIR O CONSELHO DE SAÚDE, DESDE QUE SEJA CONSELHEIRO E PARTICIPE DO PROCESSO DE ELEIÇÃO DESTE COLEGIADO. (A 12ª CNS aprovou a eleição do presidente dos conselhos por seus pares).

6 REPRESENTAÇÃO

Poderão ser contempladas, entre outras, as seguintes representações:

- associações de portadores de patologias;
- associações de portadores de deficiências;
- entidades indígenas;
- movimentos sociais e populares organizados;
- movimentos organizados de mulheres em saúde;
- entidades de aposentados e pensionistas;
- entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- entidades de defesa do consumidor;
- organizações de moradores;
- entidades ambientalistas;
- organizações religiosas;
- trabalhadores da área da Saúde;
- associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- comunidade científica;
- entidades públicas, hospitais universitários e hospitais no campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

- entidades patronais;
- entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
- representantes do governo.

Quem decide sobre o número de conselheiros?

- O número de conselheiros será indicado pelos ple-nários dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, devendo ser definido em lei (municipal, estadual e federal).

7 PROCESSO DE REPRESENTAÇÃO

Como é eleito um conselheiro?

O conselheiro vinculado à organização governamental é indicado pelo ministro, pelo secretário de Estado ou pelo secretário municipal.

O conselheiro do órgão ou da entidade não governamental tem sua entidade eleita num fórum específico, ou seja, numa reunião convocada para esta eleição.

Qual é o período de mandato do conselheiro?

Será definido no regimento interno do conselho. Não deve coincidir com os mandatos do governo municipal, estadual e do Distrito Federal ou do governo federal. Sugere-se que seja um mandato de dois anos, podendo o conselheiro ser reconduzido de acordo com o regimento interno do conselho.

O que faz um conselheiro?

- Representa o seu segmento e manifesta as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários.
- Ao discutir, ele leva a opinião de uma parcela significativa da sociedade, pois não age em nome

11

de seus interesses pessoais, mas da parte que ele representa e do conjunto dos usuários do SUS.

- Como representante, ele faz o elo entre o conselho e sua coletividade.
- Este trabalho pode ser feito por meio de mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas.
- Além de propor, discutir e definir questões, é fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde, para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade.

Só existem conselhos municipais,
estaduais e o federal?
NÃO.

Existem:

- conselhos locais de saúde (que possibilitam a proximidade entre a comunidade e os serviços de saúde e as demais organizações do bairro);
- conselhos de saúde distritais (que cuidam de uma região ou de um distrito sanitário com uma ou mais unidades de saúde e uma ou mais comunidades que guardam entre si identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica).

12

8 O QUE O CONSELHEIRO DEVE CONHECER?

1. A lei de criação do conselho municipal ou do conselho estadual, do conselho distrital e do Conselho Nacional de Saúde.
2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS).
3. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS).
4. Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.
5. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos 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 três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de

setembro de 1990 e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

6. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90.
7. Plano de saúde do seu local.
8. Relatório de gestão.

O Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da Saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

IMPORTANTE: Principais considerações sobre o Decreto

1 – Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap)

Para que serve?

Instrumento de gestão compartilhada que define

a responsabilidade de cada município, estado e da União na organização das regiões de saúde.

OBSERVAÇÃO

É um instrumento jurídico que tem por objeto a "organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos de uma região" (BRASIL, 2011).

2 – Redes de Atenção à Saúde

Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente para garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme o pactuado nas comissões intergestores.

3 – Planejamento da Saúde

Como será elaborado?

De forma ascendente e integrada, partindo do nível local até o federal, estabelecendo metas e indicadores de saúde orientados pelas diretrizes nacionais

15

estabelecidas pela Conferência Nacional de Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. O planejamento é orientado pelas diretrizes nacionais estabelecidas pela Conferência Nacional de Saúde. Este procedimento será orientador de políticas de saúde e, inclusive, para a iniciativa privada.

4 – Mapa da Saúde

O que é isso?

É a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada que devem ser utilizados na identificação das necessidades de saúde e para orientar o planejamento integrado dos municípios, dos estados, do DF e da União.

Refleta:

Conhecer a legislação de saúde é adquirir conhecimentos para colaborar para a melhoria dos serviços de saúde que são ofertados à sociedade.

Para que a área da Saúde funcione de acordo com as necessidades da população, é necessário o financiamento dessa área. Vamos ver como isso acontece.

16

9 PLANO DE SAÚDE

Você sabe o que é?

O secretário de saúde, assim como o ministro da Saúde, deve apresentar ao conselho de saúde o plano de saúde, que é o instrumento que, a partir da análise da situação do município, do estado e do Brasil, apresenta as intenções e os resultados que devem ser buscados no período de quatro anos, que devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Deve ser apresentado aos conselheiros para aprovação de quatro em quatro anos.

É importante que você participe da discussão e elaboração dos planos de saúde tanto do seu Município, quanto do seu Estado e do seu País. Neles estarão incluídas as prioridades de governo para a saúde.

Assim, é importante que você saiba que existem políticas direcionadas a populações que têm maiores iniquidades e vulnerabilidades que devem ser priorizadas nos planos de saúde, essas são:

17

Políticas de Promoção da Equidade

Quais são elas?

- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.
- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
- Ações e diretrizes em saúde para a população em situação de rua.

Onde podem ser encontradas?

Podem ser encontradas no Portal da Saúde, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no Departamento de Apoio à Gestão Participativa, no endereço abaixo indicado:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592>.

18

10 RELATÓRIO DE GESTÃO

Fique atento

Este instrumento deve ser apresentado pelo secretário de saúde ou pelo ministro aos conselheiros de saúde e deve conter os resultados com a execução da programação anual da Saúde. Cabe ao conselho de saúde analisar, aprovar ou reprovar o referido relatório.

Deve ser apresentado ao conselho de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira.

11 LEI Nº 1411/2012

O que está na Lei nº 1411/2012

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos que devem ser aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Os percentuais das receitas fiscais que devem ser aplicados com exclusividade na saúde devem ser: municípios, 15% de suas receitas; estados, 12% de suas receitas; e a União, o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB. A lei define, ainda, o que deve ser considerado ações em saúde para o cumprimento desses percentuais.

Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde. Os recursos transferidos por outro ente deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento.

O controle sobre o uso dos recursos será dos conselhos de saúde e dos tribunais de contas, com exceção do controle específico do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria.

Você, conselheiro de saúde, sabe quanto o seu estado ou município investe na área da Saúde?

Conselhos de saúde: a responsabilidade
do controle social do SUS

Fique ligado

30 de março

é o prazo máximo que o gestor tem para encaminhar o Relatório de Gestão do ano anterior para análise e deliberação do Conselho de Saúde.

Os conselhos de saúde devem apreciar e enviar os seus pareceres para as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite até o dia - 31 de maio.

Contas Quadrimestrais

O gestor deve apresentar ao Conselho de Saúde prestação de contas quadrimestrais - Maio/Setembro/Fevereiro. O Conselho de Saúde deve enviar, quando for o caso, ao Chefe do Poder Executivo as medidas corretivas para cumprir as metas estabelecidas no Plano de Saúde.

21

Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde

Educação Permanente para o Controle Social no SUS

O gestor deve disponibilizar, prioritariamente, para conselheiros de saúde representantes do segmento de usuários e trabalhadores de saúde, programa permanente de educação na saúde. Esse programa deve estar em consonância com a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.

Contribuindo para a Educação Permanente para o Controle Social no SUS, o Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz e o Conselho Nacional de Saúde, disponibiliza a minissérie "Saúde em Cena"¹ para fortalecer os debates entre conselheiros e conselheiras de saúde e problematizar questões relacionadas ao controle social.

¹ Disponível no Canal Saúde: <<http://www.canal.fiocruz.br/programa/index.php?p=Saude-em-Cena>>.

22

12 PROGRAMA DE INCLUSÃO DIGITAL (PID)

O QUE É?

É um programa direcionado para conselheiros e conselheiras de saúde, para que eles se apropriem de informações e adquiram habilidades para a comunicação, o que é indispensável ao exercício do controle social. Está estruturado em três pilares: equipamentos, formação de conselheiros e conectividades.

EQUIPAMENTOS:

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde disponibilizou computadores e impressoras para os 5.564 municípios brasileiros, os 26 conselhos estaduais de saúde, o conselho distrital de saúde, os 26 conselhos de secretarias municipais de saúde (Cosems), os 26 núcleos do Ministério da Saúde nos estados, os 34 conselhos de saúde indígenas e para 91 entidades de ensino – universidades, escolas técnicas e telessaúde.

CONECTIVIDADES:

O Ministério da Saúde desenvolve trabalho articulado com o Ministério das Comunicações e com

23

governos estaduais e municipais para construir estratégias conjuntas que assegurem conectividade a todos os conselhos de saúde.

FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS:

Consiste de cursos de informática e informação para o controle social.

ATENÇÃO, CONSELHEIRO:

Se você quer saber como está a participação do seu conselho de saúde no Programa de Inclusão Digital, faça contato com a equipe do PID no Conselho Estadual de Saúde do seu Estado ou envie e-mail para a equipe do Ministério da Saúde:

pid@saude.gov.br

24

13 SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DE CONSELHOS DE SAÚDE (SIACS)

Esta ferramenta de cadastro dos conselhos de saúde já está disponível no *site* do Conselho Nacional de Saúde e tem por objetivo agregar, em um só espaço, informações e dados importantes de todos os 5.564 conselhos municipais de saúde e os 27 estaduais.

Os secretários-executivos dos conselhos de saúde são responsáveis pelo preenchimento dos dados no novo sistema.

O QUE É: um sistema de informações e dados essenciais de todos os órgãos de controle social da área da Saúde que atuam em estados, municípios e no Distrito Federal.

OBJETIVO: mapear o controle social na área da Saúde no Brasil a partir do levantamento de informações relacionadas à atual composição dos conselhos, verificando-se, inclusive, o cumprimento da paridade.

LEMBRE-SE: conselho de saúde paritário é aquele que tem 50% de representantes de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 8 ago. 2012.
- COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 78, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2012.
- MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2012.
- SOUZA, Herbert de. **Participação**. São Paulo: Laboratório de Tecnologia e Sistemas de Informação. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/contecsi2004/BrasilEmfoco/port/polso/partic/apresent/apresent.htm>>. Acesso em: 8 ago. 2012.

GLOSSÁRIO

Âmbito: campo de ação.

Distrito sanitário: modelo de organização de serviços de saúde orientado para o estabelecimento de um espaço étnico-cultural dinâmico, além de geográfico, populacional e administrativamente bem delimitado.

Estratégia: ação ou caminho mais adequado para se alcançar um objetivo ou uma meta.

Formular: elaborar.

Gestão pública: gerência ou administração pública das atividades de governo.

Inclusão: integração ou ação que resulta no acesso.

Órgão colegiado: grupo de representações diversas.

Órgão deliberativo: grupo de representações diversas que tem a prerrogativa de decidir.

Paritário: organismo em que as partes são representadas em pé de igualdade.

PIB: Produto Interno Bruto.

Políticas públicas: conjunto de ações desenvolvidas com o objetivo de orientar e garantir os direitos dos cidadãos em relação à tomada de decisões em assuntos públicos, políticos ou coletivos.

Relatório de gestão: instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

DISQUE SAÚDE
136

www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs

Conselho Nacional de Saúde

www.conselho.saude.gov.br

SUS

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

ANEXO C

prefeitura.sp.gov.br

Conselho Municipal de Saúde de São Paulo

[Início](#) - [Secretarias](#) - [Saúde](#) / Conselho Municipal

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Conselho Municipal de Saúde

O que é e como funciona o Conselho Municipal de Saúde?

Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias e Plano Plurianual.
 Do mesmo modo o Conselho deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município.
 Veja também:

- **15 anos de Controle Social**
- **Regimento Interno**
- **Histórico do Conselho Municipal de Saúde**
- **Composição do Conselho por (Mandato: 2016/2017)**

Fale conosco:
 Envie críticas, dúvidas e/ou sugestões para o Conselho Municipal de Saúde através dos endereços abaixo:

- Tels: 3397-2167 / 2169/2171 / 2172 / 2173 / 2174 / 2175 / 2180 / 2179
- Fax: (11) 3397-2166
- Rua General Jardim, 36 – 4º Andar
Cep: 01223-010 Vila Buarque
São Paulo-SP
- E-Mail: cmssp@prefeitura.sp.gov.br

ACESSO À INFORMAÇÃO
ORGANIZAÇÃO
 Quem é quem
 Coordenadorias de Saúde
 Supervisões de Saúde
 Estabelecimentos de Saúde
AGENDA DO SECRETÁRIO
OUIDORIA
ATAS DE R.P.
ATENÇÃO BÁSICA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AUTARQUIA HOSPITALAR
BIBLIOTECA DE SAÚDE
CNES E PROCESSAMENTO
COMITÊ DE ÉTICA
CONS. MUNICIPAL DE SAÚDE
DENGUE
EDITAIS / CONSULTA PÚBLICA
EMERGÊNCIA 192
EPIDEMIOLOGIA E INFORM.
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE
GESTÃO DE PESSOAS
HSPM
INSTR. DE GESTÃO DO SUS
LEGISLAÇÃO
LICITAÇÕES
MANUAIS DE IDENT. VISUAL
MATERIAIS EDUCATIVOS
PRESTAÇÃO DE CONTAS
PROGRAMAS
REDE SÃO PAULO SAUDÁVEL
REDES DE ATENÇÃO
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
LINKS
NOTÍCIAS
IMPRENSA
Endereço
 R. General Jardim, 36 - Vila Buarque
 Telefone: 3397-2000
Dúvidas e sugestões
 Entre em contato conosco.
SAC
 Faça sua solicitação

Acesso em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/index.php?p=6031.

prefeitura.sp.gov.br

Conselho Municipal de Saúde de São Paulo

Início - Secretarias - Saúde / Conselho Municipal

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Conselho Municipal de Saúde

Histórico do Conselho

O passado do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo remonta, como tantos outros, ao final da década de 1970 oriundo de um processo de lutas por melhoria de qualidade vida e em prol da democratização do país.

A crise econômica associada a ausência de liberdades democráticas dos governos militares imprimiram uma forte reação das comunidades e organizações sociais pela melhoria de vida, em particular o da saúde, cujo sistema estava falido.

Destacam-se nesse processo as lutas contra a carestia, por liberdade sindical e os movimentos populares e comunitários da saúde, em particular aqueles enraizados nas comunidades mais pobres nas zonas leste e sul da capital.

É, porém, na Constituinte e na Constituição Federal de 1988 que o debate sobre a saúde ganha seus contornos mais precisos, estabelecendo-se a descentralização com direção única (conceito básico do Sistema Único de Saúde – SUS), o atendimento integral e universal e a participação da comunidade (controle social).

Os princípios constitucionais se consolidam nas **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990 (cria o Sistema Único de Saúde – SUS), **Lei nº 8.142** de 28 de dezembro de 1990 (define a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS), e **Decreto nº 99.438** de 7 de agosto de 1990 que cria o Conselho Nacional de Saúde, regulamentando a participação social.

Este Conselho será a referência nacional para todos os demais Conselhos e a Conferência Nacional de Saúde constituir-se-á no elemento norteador do debate nacional sobre a saúde e o sistema único.

Em 1989 surge no governo da Prefeita Luiza Erundina de Souza (1989-1992), como regulamentação do artigo 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo de 06 de Abril de 1990, um primeiro Conselho Municipal, através da Portaria SMS nº 1.166 de 29 de junho de 1989, contudo, sem formalidade legal, regulamentado pela publicação do Regimento Interno do Conselho no DOM de 12 de maio de 1992, por aprovação do Plenário do Conselho em 27 de janeiro de 1992, informações que fazem parte do conjunto do CMSSP.O CMSSP adquire sua conformação legal no governo do Prefeito Celso Pitta (1997-2000) através da **Lei nº 12.546** de 7 de janeiro de 1998, sendo regulamentado pelos **Decreto nº 37.330** de 16 de fevereiro de 1998, **Decreto nº 38.000** de 25 de maio de 1999 e **Decreto nº 38.576** de 5 de novembro de 1999.

Após longo período de litígios, divergências e falta de entrosamento entre o Conselho e o executivo municipal a IX Conferência Municipal de Saúde, realizada no Centro de Convenções do Anhembi, nos dias 7 e 8 de dezembro de 1999, marca o início da retomada do CMSSP e a reinauguração de uma nova etapa no processo de democratização da saúde no município de São Paulo, dando-se posse aos novos conselheiros, democraticamente eleitos entre seus pares e sustentado por uma base legal em conformidade ao que estabelece a legislação federal e em comum acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, empossados através da **Portaria nº 309**, de 29 de dezembro de 1999, estruturado segundo o seu Regimento Interno.

Este Conselho será a referência nacional para todos os demais Conselhos e a Conferência Nacional de Saúde constituir-se-á no elemento norteador do debate nacional sobre a saúde e o sistema único.

VEJA TAMBÉM

- O que é e como funciona o Conselho Municipal de Saúde?
- 15 anos de Controle Social
- Regimento Interno

FALE CONOSCO

Envie críticas, dúvidas e/ou sugestões para o Conselho Municipal de Saúde através dos endereços abaixo:

- Tels: 3397-2167/ 2169/ 2171/ 2172/ 2173/ 2174/ 2175/ 2180/ 2179
- Fax: (11) 3397-2166
- Rua General Jardim, 36 – 4º Andar
Cep: 01223-010 Vila Buarque
São Paulo-SP
- E-Mail: cmssp@prefeitura.sp.gov.br

ACESSO À INFORMAÇÃO

ORGANIZAÇÃO

Quem é quem

Coordenadorias de Saúde

Supervisões de Saúde

Estabelecimentos de Saúde

AGENDA DO SECRETÁRIO

OUVIDORIA

ATAS DE R.P.

ATENÇÃO BÁSICA

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

AUTARQUIA HOSPITALAR

BIBLIOTECA DE SAÚDE

CNES E PROCESSAMENTO

COMITÊ DE ÉTICA

CONS. MUNICIPAL DE SAÚDE

DENGUE

EDITAIS / CONSULTA PÚBLICA

EMERGÊNCIA 192

EPIDEMIOLOGIA E INFORM.

ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE

GESTÃO DE PESSOAS

HSPM

INSTR. DE GESTÃO DO SUS

LEGISLAÇÃO

LICITAÇÕES

MANUAIS DE IDENT. VISUAL

MATERIAIS EDUCATIVOS

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PROGRAMAS

REDE SÃO PAULO SAUDÁVEL

REDES DE ATENÇÃO

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

LINKS

NOTÍCIAS

IMPRENSA

Endereço

R. General Jardim, 36 - Vila Buarque
Telefone: 3397-2000

Dúvidas e sugestões

Entre em contato conosco.

SAC

Faça sua solicitação

Acesso em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/ind_ex.php?p=6035.

prefeitura.sp.gov.br

Conselho Municipal de Saúde de São Paulo

[Início](#) - [Secretarias - Saúde](#) / [Conselho Municipal](#)

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Conselho Municipal de Saúde

ACESSO À INFORMAÇÃO
ORGANIZAÇÃO
 Quem é quem
 Coordenadorias de Saúde
 Supervisões de Saúde
 Estabelecimentos de Saúde
AGENDA DO SECRETÁRIO
OUIDORIA
ATAS DE R.P.
ATENÇÃO BÁSICA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AUTARQUIA HOSPITALAR
BIBLIOTECA DE SAÚDE
CNES E PROCESSAMENTO
COMITÊ DE ÉTICA
CONS. MUNICIPAL DE SAÚDE
DENGUE
EDITAIS / CONSULTA PÚBLICA
EMERGÊNCIA 192
EPIDEMIOLOGIA E INFORM.
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE
GESTÃO DE PESSOAS
HSPM
INSTR. DE GESTÃO DO SUS
LEGISLAÇÃO
LICITAÇÕES
MANUAIS DE IDENT. VISUAL
MATERIAIS EDUCATIVOS
PRESTAÇÃO DE CONTAS
PROGRAMAS
REDE SÃO PAULO SAUDÁVEL
REDES DE ATENÇÃO
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
LINKS
NOTÍCIAS
IMPRENSA
Endereço
 R. General Jardim, 36 - Vila Buarque
 Telefone: 3397-2000
Dúvidas e sugestões
Entre em contato conosco.
SAC
 Faça sua solicitação

15 anos de Controle Social

15 ANOS

"Participar, discutir, respeitar, reivindicar e conquistar a cidadania dos moradores de São Paulo é o desafio permanente do Conselho Municipal da Saúde."

Da caminhada rumo à cidadania faz parte recuperar o entendimento do que é participar, discutir, ouvir, respeitar, decidir, reivindicar... conquistar! Conflitos podem fazer parte dessa caminhada, principalmente se as forças participantes passam a ser desrespeitadas e não reconhecidas. Em seus 15 anos de existência, o Conselho Municipal da Saúde de São Paulo vivenciou vários momentos conflituosos e até de derrotas momentâneas. Mesmo assim, o que não faltou nesse tempo todo foi a garra das forças que sonham, querem e lutam por uma cidade melhor, possuidora de políticas públicas que atendam à maioria e com bens públicos acessíveis à população.

Quando essa persistência é real, o processo de luta transcorre sem mutilações e não recomeça nunca, porque continua sempre. É essa persistência que garante o avanço da sociedade rumo a sua efetiva cidadania.

Continuar, às vezes, pode significar voltar passos atrás do instante em que o conflito se instalou. É porque também faz parte da caminhada rumo à cidadania a reaglutinação de antigas e novas forças, propiciando o aprendizado para que, todos juntos, com o mesmo nível de compreensão acerca do que pode ser feito para o bem comum, possam retomar a luta do ponto conflituoso. E avançar. Alguns retornam a essa luta, outros chegam pela primeira vez. Neste aniversário de 15 anos do Conselho Municipal da Saúde, o mais importante já pode ser comemorado: o processo de luta pela cidadania do povo de São Paulo está em curso.

VEJA TAMBÉM

- O que é e como funciona o Conselho Municipal de Saúde?
- Regimento Interno
- Histórico do Conselho Municipal de Saúde

FALE CONOSCO

Envie críticas, dúvidas e/ou sugestões para o Conselho Municipal de Saúde através dos endereços abaixo:

- Tels: 3397-2165 / 3397-2171 / 3397-2172
- Fax: (11) 3397-2166
- Rua General Jardim, 36 – 4º Andar
Cep: 01223-010 Vila Buarque
São Paulo-SP
- E-Mail: cmssp@prefeitura.sp.gov.br

Acesso em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/ind_ex.php?p=6032.

Conselho Municipal de Saúde de São Paulo

Início - Secretarias - Saúde / Conselho Municipal

Conselho Municipal de Saúde

ACESSO À INFORMAÇÃO

ORGANIZAÇÃO

Quem é quem

Coordenadorias de Saúde

Supervisões de Saúde

Estabelecimentos de Saúde

AGENDA DO SECRETÁRIO

OUVIDORIA

ATAS DE R.P.

ATENÇÃO BÁSICA

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

AUTARQUIA HOSPITALAR

BIBLIOTECA DE SAÚDE

CNES E PROCESSAMENTO

COMITÊ DE ÉTICA

CONS. MUNICIPAL DE SAÚDE

DENGUE

EDITAIS / CONSULTA PÚBLICA

EMERGÊNCIA 192

EPIDEMIOLOGIA E INFORM.

ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE

GESTÃO DE PESSOAS

HSPM

INSTR. DE GESTÃO DO SUS

LEGISLAÇÃO

LICITAÇÕES

MANUAIS DE IDENT. VISUAL

MATERIAIS EDUCATIVOS

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PROGRAMAS

REDE SÃO PAULO SAUDÁVEL

REDES DE ATENÇÃO

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

LINKS

NOTÍCIAS

IMPRENSA

Endereço

R. General Jardim, 36 - Vila Buarque
Telefone: 3397-2000

Dúvidas e sugestões

Entre em contato conosco.

SAC

Faça sua solicitação

Quem são os usuários?

Desde 1988, quando se votou a nova Constituição, tem-se criado uma enorme polêmica sobre quem é usuário do SUS. Essa confusão só atende a um propósito: diminuir as vagas e a representação dos usuários autênticos nesses importantes órgãos da saúde.

No novo formato do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo tem-se a preocupação em garantir os espaços dos usuários puros, qual seja de representantes de entidades e movimentos ligados à sociedade civil, defensores dos interesses comunitários, em particular os da saúde da população ou de segmentos específicos como portadores de patologias e de deficiências.

Enquadram-se no conceito de usuários os movimentos populares e comunitários (Associação de Moradores, Clubes de Mães, movimentos de saúde, pastorais ou trabalhos voluntários de comunidades religiosas e entidades equivalentes, todos ligados a uma região, bairro ou distrito), os movimentos sociais, organizados ao nível regional ou municipal, congregando pessoas em entidades que defendam grupos específicos (gêneros) da sociedade (afro-brasileiros, minorias étnicas, mulheres, terceira idade, entidades de defesa da criança e do adolescente, índios, minorias sexuais, ambientalistas e congêneres), os portadores de patologias, qual seja pessoas organizadas em entidades de portadores de patologias crônicas e os portadores de deficiências, congregados em entidades de portadores de deficiências (físicas, mentais e sensoriais).

Como garantir a participação dos usuários?

Dada a importância do Conselho na administração e planejamento dos recursos e da política municipal de saúde, bem como seu papel fiscalizador do Fundo Municipal de Saúde, há, sempre, uma forte pressão política para se controlar o Conselho. Ora são Prefeitos e Secretários de Saúde tentando manipular o Conselho e seus membros. Ora são forças políticas e partidárias tentando dominá-lo para impor-lhe sua visão de saúde. Quando não as duas coisas ao mesmo tempo. Isso, porém, revela um lado positivo. Se o Conselho não fosse importante não estariam tantas forças lutando para controlá-lo.

A única forma de garantir a efetiva participação do usuário é através da mobilização das entidades representativas da sociedade civil organizada. As entidades organizadas em seus segmentos têm o poder e a capacidade de mobilizarem a sociedade em defesa do SUS e da saúde pública, propondo caminhos e soluções, qualificando-se para elegerem seus representantes tanto no Conselho, como na Plenária, bem como os delegados para a Conferência de Saúde.

FALE CONOSCO

Envie críticas, dúvidas e/ou sugestões para o Conselho Municipal de Saúde através dos endereços abaixo:

- Tels: 3397-2167 / 2169 / 2171 / 2172 / 2173 / 2174 / 2175 / 2180 / 2179
- Fax: (11) 3397-2166
- Rua General Jardim, 36 – 4º Andar
Cep: 01223-010 Vila Buarque
São Paulo-SP
- E-Mail: cmssp@prefeitura.sp.gov.br

Acesso em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/ind_ex.php?p=6042.