



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JACQUELINE SOUTHER KLEIN

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/PA – EM FOCO: UMA  
ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL.

BELÉM – PA  
2011

JACQUELINE SOUTHER KLEIN

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/PA – EM FOCO: UMA  
ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL.

Dissertação apresentada como  
requisito para a obtenção do título de  
mestre, pelo Programa de Pós-Graduação  
em Serviço Social da Universidade  
Federal do Pará.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Olinda Rodrigues

BELÉM – PA  
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

K64c

Klein, Jacqueline Southier.

O Conselho Estadual de Saúde – CES/PA- em foco: uma análise da participação e do controle social / Jacqueline Southier Klein; Orientação de Olinda Rodrigues. – Belém, 2011.  
194 f. : il.

Dissertação - (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2011.

1. Saúde – Política - Pará. 2. Controle Social - Participação - Pará. 3. Conselho Estadual de Saúde. I. Rodrigues, Olinda, orient.. II. Título.

CDD: 614.303338115

CDU: 614.2(811.5)

JACQUELINE SOUTHIER KLEIN

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE CES/PA – EM FOCO: UMA ANÁLISE  
DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL

Dissertação apresentada como  
requisito para a obtenção do título de  
mestre, pelo Programa de Pós-Graduação  
em Serviço Social da Universidade  
Federal do Pará.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora

Prof<sup>a</sup> Dra. Olinda Rodrigues — Universidade Federal do Pará - UFPA

---

Examinadora Externa

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Valéria Costa Correia – Universidade Federal de Alagoas -  
UFAL

---

Examinador Interno

Prof<sup>o</sup> Dr. Carlos Alberto Batista Maciel – Universidade Federal do Pará - UFPA

BELÉM – PA  
2011

A sabedoria não nos é dada; é preciso descobri-la por nós mesmos depois de uma viagem que ninguém nos pode poupar ou fazer por nós.

**Marcel Proust**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Evandro pelo incentivo incondicional, apoio, orientações e paciência durante o Mestrado.

À Prof<sup>a</sup> Olinda Rodrigues pelo acompanhamento, apoio no esclarecimento dos aspectos teóricos, orientações e discussão da temática durante todo o percurso da Dissertação.

Ao Prof<sup>o</sup> Carlos Maciel pelo apoio incondicional, contribuição no esclarecimento dos aspectos metodológicos e pelas orientações sobre o tema.

A Prof<sup>a</sup> Valéria pela contribuição na discussão do tema abordado, pelas indicações de leitura e disponibilidade em ter aceitado avaliar este trabalho.

A Elisa Maria (Beth) da Especialização do Curso de Serviço Social da UFPA, pela amizade e apoio nos contatos com os professores.

Meu agradecimento em especial a toda à equipe do Conselho Estadual de Saúde – CES/PA: Nilde, Sirley, Mauro, Joel, Malu, Andreza, Sueli, Terezinha, Silvia, Francisca, Ronaldo, Raquel, Patrícia, Lucidalva que não mediu esforços em auxiliar na coleta e informação de material para esta pesquisa.

A todos meus colegas de turma do Mestrado 2010: Simone, Dani, Marcela, Glória, Denison, Livia, Giselle, Alessandra e Leny.

A Regina Reis Silva da Biblioteca “Prof<sup>o</sup> Orlando Costa” - SESPA pela elaboração da ficha catalográfica.

A toda a equipe da Coordenadoria do GT Orçamento – DAF/SESPA: Moab, Jocilene, Sandra, Daniel, Dulcelina pela contribuição e disponibilidade de acesso as informações e dados pesquisados.

A todos os servidores do Diário Oficial do Estado do Pará – DOE/PA, que colaboraram e contribuíram disponibilizando material de consulta.

A todos os servidores da Coordenadoria de Registros Partidários Autuação e Distribuição do Tribunal Regional Eleitoral do Pará – TRE, especialmente a Marisa Frazão, pelas informações disponibilizadas.

A todos os professores e servidores do Programa de Pós-Graduação do Serviço Social da UFPA, pela atenção, carinho e empenho nas informações e orientações durante o Mestrado.

## RESUMO

Analisar o tipo de Participação e Controle Social exercidos no Conselho Estadual de Saúde no Estado do Pará – CES/PA no período de 2001 até 2009 foi objetivo central deste estudo, pois naquele momento duas leis regulamentavam o Conselho. A Lei Estadual Nº. 5.751/93 e a Lei Estadual Nº. 6.370/01 que contrariavam e eliminavam o princípio básico de participação da sociedade civil organizada para constituição e composição do CES/PA, listando explicitamente os nomes das entidades que poderiam ter assento no referido colegiado. Este foi o motivo pelo qual permaneceram as mesmas entidades naquele espaço, por mais de oito anos e as nomeações e posse de conselheiros ocorriam naturalmente por meio de Decretos que os gestores entendessem necessários. Esta determinação na legislação negava a população paraense o direito de participar de um processo aberto e amplo de consulta popular na escolha de novas entidades e conselheiros a cada dois anos naquele colegiado. Esta prática contribuiu para que a sociedade paraense passasse a chamar ironicamente o CES/PA de “Conselho Biônico” a partir de 2001. Para execução desta dissertação elegeu-se a abordagem qualitativa, pois foi o método que melhor se adequou à análise de processos sociais. A pesquisa documental realizada nas atas, relatórios, decretos, portarias e outros documentos constituíram a análise empírica. Os resultados da pesquisa permitem concluir que: (1) o tipo de participação exercido no CES/PA nos nove anos pesquisados foi a da concepção liberal e o Controle Social foi o exercido pelo Estado sobre os setores da sociedade civil; (2) a relação que se estabeleceu entre Estado e os setores da sociedade civil organizada no Conselho foi aquela caracterizada pela cooptação da sociedade civil, convertendo-se num instrumento de colaboração, limitando-se o CES/PA a aprovar decisões tomadas antecipadamente pelo Estado; e (3) o protagonismo dos setores da sociedade civil nos processos decisórios e nas atividades do exercício da Participação e do Controle Social no Conselho revelou-se do tipo passivo.

Palavras Chave: Participação, Controle Social, Estado, sociedade civil e protagonismo.

## ABSTRACT

This study aimed to address the types of participation and social control employed in the Health Council of the State of Pará – CES-PA from 2001 to 2009. During this period, two laws have regulated the Council. The State Law Nº. 5.751/93 and the State Law Nº. 6.370/01 antagonized and eliminated the basic principle of the participation of the organized civil society in the constitution and composition of the CES/PA by explicitly listing the name of the institutions that could have vote in the collegiate. For this reason the same institutions remained in the Council for more than eight years and the assignment of the Council members occurred by decrees that the managers understood as necessary. This determination in the legislation denied to the population of the State of Pará their right in participating of an open and ample process of choosing of new institutions and Council members each two years. This practice has contributed to what became known as “bionic council” from 2001 on. The method adopted to the development of this Dissertation is the qualitative approach, which demonstrated to fit better to the analysis of social processes. The empirical analysis involved the research of several document types, such as minutes, reports, decrees and other documents. The results allow to conclude that: (1) the type of participation exerted in the CES/PA during the considered nine years was that of the liberal conception and the social control was provided by the State Government on sectors of the civil society; (2) the relationships established between the State Government and the civil institutions of the Health Council was characterized by the cooptation of the civil society that became an instrument of collaboration, with the Council activities being limited to the approval of decisions previously undertaken by the State Government; and (3) the role of the civil institutions in the decision processes and in the task of participation and social control revealed to be of the passive type.

Keywords: Participation, Social Control, State, civil society, role.

## LISTA DE SIGLAS

AAME – Associação Amazônica Evangélica  
ABES/PA – Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental  
ACEBEL – Ação Comunitária de Belém  
ACIYOMI – Associação Afro-Religiosa e Cultural – *ILÊ IYABA OMI*  
AHCSEP – Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Pará  
ALEPA – Assembléia Legislativa do Estado do Pará  
APAE – Associação de Pais e Amigos de Excepcionais  
APPD – Associação Paraense das Pessoas com Deficiência  
ARCT – Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará  
AVAO – Associação Voluntariado de Apoio a Oncologia  
CEDICA/RS – Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul  
CENTUR – Centro de Convenções Tancredo Neves  
CES/PA – Conselho Estadual de Saúde do Pará  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONAM – Confederação Nacional das Associações de Moradores  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Pará  
COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde  
CTB – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil  
CUT – Central Única dos Trabalhadores no Pará  
DAF – Diretoria Administrativa Financeira  
DASE – Departamento de Atenção a Saúde  
DDAS – Divisão de Desenvolvimento e Auditoria de Saúde  
DOE – Diário Oficial do Estado do Pará  
ETSUS – Escola Técnica do Sistema Único de Saúde  
FAAPA – Federação das Associações e Pensionistas do Estado do Pará  
FECAMPA – Federação de Centros Comunitários e Associações de Moradores do Estado do Pará  
FEDPs – Fundações Estatais de Direito Privado  
FESBEP – Federação das Sociedades Benéficas do Estado do Pará  
FETAGRI – Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Pará

FETRACOM – Federação dos Trabalhadores no Comércio do Estado do Pará e Amapá

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS

GEMPAC – Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará

HEMOPA – Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará

LOS – Lei Orgânicas da Saúde

MOPS – Movimento Popular em Saúde

MORHAN – Movimento de Reintegração de Pessoas atingidas pela Hanseníase

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB/93 – Norma Operacional Básica

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs – Organizações Sociais

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PL – Partido Liberal

PMN – Partido da Mobilização Nacional

PPA – Plano Plurianual

PPB – Partido Progressista Brasileiro

PPS – Partido Popular Socialista

PRB – Partido Republicano Brasileiro

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PSC – Partido Social Cristão

PSD – Partido Social Democrata

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PT – Partido dos Trabalhadores

PT do B – Partido Trabalhista do Brasil

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

PTN – Partido Trabalhista Nacional

PV – Partido Verde

SEEBPA/AP – Sindicato dos Bancários do Pará e Amapá

SENPA – Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará

SESPA – Secretaria de Estado de Saúde Pública

SIAFEM – Sistema de Administração Financeira do Estado e dos Municípios

SINDESSPA – Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Pará

SINDMEPA – Sindicato dos Médicos do Pará

SINDSAUDE – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará

SINDSESPA – Sindicato dos Servidores do Setor Público de Saúde do Estado do Pará

SINTESP – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde Pública do Estado do Pará

SINTHOSP – Sindicato dos Professores de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará

SINTPREVS – Sindicato dos Trabalhadores Federais de Previdência e Saúde no Estado do Pará

SITIBEGAM – Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Bebida em Geral e Águas Minerais do Estado do Pará

SUS – Sistema Único de Saúde

TRE – Tribunal Regional Eleitoral

UBM – União Brasileira de Mulheres

UGT/PA – União Geral dos Trabalhadores do Pará

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

### QUADROS

Quadro 01 – 1ª Composição do CES/PA em 1971

Quadro 02 – Legislação do CES/PA

Quadro 03 – Composição do CES/PA – Biênio 2009/2011

Quadro 04 – Total de conselheiros e Entidades no CES/PA – 2001/2009

Quadro 05 – Reuniões Ordinárias e Extraordinárias – 2001/2009

Quadro 06 – Demonstrativo de recursos para os gastos anuais CES/PA

Quadro 07 – Orçamento e o liquidado anual do CES/PA – 2001/2009

Quadro 08 – Recursos gastos pelo CES/PA de 2001 até 2009

Quadro 09 – Pautas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias no CES/PA – 2001/2009

Quadro 10 – Perfil dos conselheiros – Biênio 2002/2004

Quadro 11 – Perfil dos conselheiros – Biênio 2004/2006

Quadro 12 – Perfil dos conselheiros – Biênio 2006/2008

Quadro 13 – Perfil dos conselheiros – nova composição em 2009

Quadro 14 – Presenças e ausências no CES/PA – 2002/2009

Quadro 15 - Pauta por segmento e assuntos das reuniões ordinárias – 2003/2009

Quadro 16 – Conferências Estaduais de Saúde – 2001/2009

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b>	
<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZANDO O TEMA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO BRASIL - DA DÉCADA DE 60 A DÉCADA DE 90</b> .....	20
1.1	DÉCADA DE 60 E O REGIME MILITAR.....	21
1.2	DÉCADA DE 70 – O COMEÇO DAS RUPTURAS E ABERTURA POLÍTICA NO BRASIL.....	23
1.3	DÉCADAS DE 80 E 90 – O DESPERTAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.....	26
1.3.1	Considerações históricas dos termos, noções, conceitos da Participação e do Controle Social na saúde brasileira....	30
1.3.2	O conceito de Participação na realidade histórica social brasileira.....	33
1.3.3	O Controle Social dos clássicos a concepção pós Constituição Federal de 1988.....	43
<b>2</b>	<b>O CONTROLE SOCIAL E A RELAÇÃO QUE SE ESTABELECE ENTRE: ESTADO E SETORES DA SOCIEDADE CIVIL – CONCEPÇÕES EM MARX E GRAMSCI</b> .....	50
2.1	CONTROLE SOCIAL: ESTADO E SOCIEDADE CIVIL - CONCEPÇÕES EM MARX.....	50
2.2	CONTROLE SOCIAL: ESTADO E SOCIEDADE CIVIL - CONCEPÇÕES EM GRAMSCI.....	53
2.3	A REFORMA SANITÁRIA E OS SUJEITOS QUE DERAM FORMA E VIDA AO MOVIMENTO SOCIAL EM SAÚDE....	56
2.3.1	O Movimento Sanitário.....	60
2.3.2	O Movimento Popular em Saúde.....	61
2.3.3	O Movimento Médico.....	65
<b>3</b>	<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ</b> .....	69
3.1	A MUDANÇA NO FORMATO DOS CONSELHOS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	72
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO POLÍTICO NO ESTADO DO PARÁ NO PERÍODO DE 2001 ATÉ 2009.....	76
3.3	O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/PA A PARTIR DE 2001.....	77
3.4	COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ DE 2001 ATÉ 2009.....	82
3.4.1	Análise dos Resultados – Composição do CES/PA.....	83
3.5	ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE	90
3.5.1	Análise dos Resultados – Organização do CES/PA.....	92
3.6	FUNCIONAMENTO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE.....	100
3.6.1	Análise dos Resultados – Funcionamento do CES/PA.....	104
<b>4</b>	<b>PROTAGONISMO DOS SUJEITOS SOCIAIS NAS</b>	

	<b>DECISÕES E ATIVIDADES DO EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL.....</b>	113
<b>4.1</b>	<b>PERFIL DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DO CES/PA – 2001/2009.....</b>	114
4.1.1	Análise dos Resultados – Perfil dos conselheiros do CES/PA.....	117
<b>4.2</b>	<b>PROTAGONISMO DOS CONSELHEIROS NA PARTICIPAÇÃO DAS REUNIÕES DO CES/PA.....</b>	122
4.2.1	Análise dos Resultados – Protagonismo dos conselheiros na participação das reuniões do CES/PA.....	124
<b>4.3</b>	<b>PROTAGONISMO DOS CONSELHEIROS E SUAS PAUTAS.....</b>	129
4.3.1	Análise dos Resultados – Protagonismo dos conselheiros e suas pautas.....	130
<b>4.4</b>	<b>AGENDA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – 2001/2009.....</b>	132
4.4.1	Análise dos Resultados – Agenda do CES/PA – 2001/2009.....	134
<b>4.5</b>	<b>ESTRATÉGIAS E BANDEIRAS DE LUTA NO CES/PA – 2001/2009.....</b>	136
4.5.1	Análise dos Resultados – Estratégias e Bandeiras de luta no CES/PA – 2001/2009.....	140
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	144
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	154
<b>7</b>	<b>ANEXOS.....</b>	160

## INTRODUÇÃO

A identificação com a temática - Participação e Controle Social - surgiu durante o período em que exerci a função de conselheira no Conselho Estadual da Criança e do Adolescente – CEDCA/Pará, no mandato de 2004 até 2006, representando uma Organização Não Governamental no referido Conselho.

Na condição de conselheira, tive a oportunidade de visitar alguns Conselhos Municipais da Criança e do Adolescente no interior do Estado do Pará e constatar as dificuldades naqueles colegiados das mais simples as mais complexas, desde a falta de recursos humanos, falta de estrutura física para funcionamento do Conselho, dificuldades no entendimento do que era a participação e o controle social, equívocos na administração pública que muitas vezes era orientada por amadores, ausência de orçamento para esta área, dentre outras fragilidades observadas nas visitas.

Diante desta experiência, senti necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o tema que é extremamente complexo, e final de 2005, fiz uma Especialização em Direito Especial da Criança e do Adolescente, no Instituto Esperança de Ensino Superior - IESPES, Santarém/PA.

Finalizei a Especialização com a monografia em 2006, com o título: “A participação social e o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente: uma contextualização em municípios do sul do Pará”.

Neste percurso, fui aprovada em concurso público em 2006 da Secretaria de Estado e Saúde Pública – SESPA e trabalhei inicialmente em programas e unidades de saúde sendo que em abril de 2008 solicitei transferência para o Conselho Estadual de Saúde – CES/PA, uma vez que tenho interesse nesta área e grande identificação com este tema.

Ao iniciar minhas atividades naquele colegiado, percebi que meus conhecimentos sobre a temática eram pequenos diante da complexidade e profundidade daquele universo, e neste sentido, decidi avançar nos meus estudos para poder dar respostas aos novos desafios, pois naquele momento não estava mais na condição de conselheira, e sim como técnica de Serviço Social trabalhando no CES/PA. Desta forma, resolvi participar da seleção de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará – UFPA, em 2009, na qual fui aprovada com o projeto

intitulado: “O Conselho Estadual de Saúde - CES/PA – em foco: uma análise sobre a Participação e o Controle Social”.

O interesse em estudar a Participação e o Controle Social no CES/PA, se deu, pois, ao chegar naquele espaço, imaginei encontrar uma realidade totalmente diferente da que encontrei nos Conselhos Municipais da Criança e do Adolescente. Porém, com o passar do tempo e vivência naquele colegiado, a essência daquele cotidiano foi se desnudando e se apresentando com as mesmas dificuldades encontradas à experiência que havia sido observada em outros Conselhos que não da área da saúde.

Para entender melhor estes dois conceitos - Participação e Controle Social, decidi que o objeto de estudo a ser investigado na pesquisa seria o Conselho Estadual de Saúde no Estado do Pará fazendo um recorte do período que compreendeu os anos de 2001 até 2009. Este recorte se deu, pois se identificou que em 2001 havia ocorrido uma significativa alteração na legislação daquele colegiado motivada pela interferência do gestor estadual que acabou implementando (a revelia) a Lei Estadual Nº. 6.370/01, que, junto com a Lei Estadual Nº. 5.751/93 passaram a regulamentar o CES/PA.

Na Lei Estadual Nº. 6.370/01, foi eliminado o direito de participação da população paraense no processo de escolha de novas entidades e conselheiros nas Conferências de Saúde e por conta disso, a lei em tela, contrariava o princípio básico de participação para constituição e composição do Conselho, não respeitando inclusive o que preconizava a Constituição do Estado do Pará de 1989, que garantia este direito de participação a setores da sociedade civil organizada nestes processos. Porém, apesar de terem ocorrido três Conferências no período estudado, em nenhuma delas foi realizada a escolha de novas entidades para composição daquele colegiado.

Com as alterações empreendidas na legislação do Conselho, em 2001, duas situações passaram a ser alvo de investigação na pesquisa: a primeira foi verificar que a Lei Estadual Nº. 6.370/01 listava explicitamente em seu art. 3º, incisos I, II, III e IV as entidades que poderiam ter assento no referido colegiado, motivo que justificou a permanência das mesmas por mais de oito anos. Além disso, identificou-se que seus membros eram substituídos e nomeados apenas por meio de Decretos que o gestor entendesse necessários.

A segunda situação foi tentar entender por que ironicamente a sociedade paraense passou a chamar o CES/PA de “Conselho Biônico”, a partir de 2001.

Em 2009, nova inflexão na legislação daquele colegiado pode ser observada, motivo pelo qual foram ampliados os conceitos de participação e controle social, colocando por terra a legislação que vetava e tolhia a participação de setores da sociedade civil organizada naquele espaço, trazendo de volta perspectivas de mudanças que se deram pela Lei Estadual Nº. 7.264/09 que dentre as mudanças não feriu mais a legislação inerente a estes espaços.

Nesta direção, com base na Constituição Federal de 1988, Lei Federal Nº. 8.142/90 e Constituição do Estado do Pará de 1989, que garantem a participação dos setores da sociedade civil organizada como princípio básico na gestão do Sistema Único de Saúde por meio dos Conselhos e Conferências, o problema investigado e para o qual se buscou uma resposta, foi desvendar e analisar na pesquisa, qual o tipo de Participação e Controle Social foi exercido no CES/PA, uma vez que, a Lei Estadual Nº. 6.370/01 juntamente com a Lei Estadual Nº. 5.751/93, contrariavam e eliminavam este princípio básico da participação e controle social de setores da sociedade civil organizada no processo de escolha de entidades a cada dois anos no CES/PA.

Diante do exposto e do problema a ser investigado, estabeleceram-se três objetivos específicos para desenvolver a pesquisa. O primeiro objetivo foi buscar na literatura e bibliografia existente sobre o tema, autores que pesquisam e discutem os termos, conceitos, noções ou categorias de Participação e Controle Social que poderiam contribuir na identificação daquele exercido no período pesquisado de 2001 até 2009 no CES/PA.

O segundo objetivo foi verificar qual a relação que se estabeleceu entre o Estado e os setores da sociedade civil organizada, uma vez que, nos anos de 2001 até 2009, as nomeações e posse dos conselheiros ocorriam apenas por meio de Decretos sem que existisse um processo aberto de consulta popular por meio das Conferências para a escolha de novas entidades e sujeitos sociais para composição daquele colegiado. Este objetivo abriu a possibilidade de ser verificado se na relação que se estabeleceu houve o predomínio do controle social do Estado sobre a sociedade civil ou se foi o controle social da sociedade civil sobre o Estado.

E por fim, o terceiro objetivo foi identificar como se deu o protagonismo dos setores da sociedade civil organizada nos processos decisórios e nas atividades do exercício da Participação e do Controle Social no CES/PA. Este objetivo além de contribuir para responder ao problema proposto, auxiliou a identificar se aquele colegiado tinha ou não poder de força para intervir na agenda do governo, na fiscalização, no controle e acompanhamento da Política Pública de Saúde no Estado do Pará.

Para que fosse possível o empreendimento desta investigação no Conselho Estadual de Saúde – CES/PA, estabeleceu-se inicialmente a metodologia como o levantamento do arcabouço teórico que foi realizado pela pesquisa bibliográfica que contribuiu para a obtenção de informações e aprofundamento do tema com relação ao referencial teórico, mas adotou-se também a pesquisa documental, pois segundo May (2004), este tipo de pesquisa contribui consideravelmente para o desenvolvimento do tema que esteja em estudo. Para tanto, foram consultadas e lidas as 130 (cento e trinta) atas confeccionadas no período mencionado, realizada consulta as 656 (seiscentos e cinquenta e seis) resoluções daquele período, leitura de relatórios, decretos, portarias, leis, planilhas, cartilhas, jornais de circulação local, consultas ao Diário Oficial do Estado do Pará/DOE-PA, dentre outros, que serviram como fonte de dados, gerando também a construção de quadros onde as informações foram sendo compiladas e organizadas de acordo com as interpretações e análises.

Nesta direção, a contribuição de Vergara (2006, p. 48) define a pesquisa documental, como aquela:

[...] realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas, registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balancetes, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, videoteipe, informações em disquete, diários, cartas pessoais e outros.

A partir da compilação dos dados, foi necessário organiza-los e analisa-los utilizando-se também a pesquisa qualitativa com a *análise de conteúdo*, pois foram extraídos relatos de conselheiros das Atas enriquecendo este estudo e que de acordo com Berelson (1952 apud MINAYO, 2004, p. 200) define a pesquisa qualitativa como a: “técnica de pesquisa para *descrição*

*objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los*". Nesta direção o trabalho foi organizado em quatro capítulos.

No primeiro buscou-se fazer a contextualização do tema da Participação e do Controle Social nas décadas de 60 até a década de 90, resgatando-se como os termos, noções, categorias e conceitos de Participação e de Controle Social foram sofrendo mudanças ao longo do tempo, trazendo-se as contribuições e interpretações dos pesquisadores fazendo a relação com os termos que foram objeto de nossa pesquisa.

No segundo capítulo procurou se aprofundar o termo Controle Social e indicar as relações que se estabelecem entre o Estado e os setores da sociedade civil organizada com base nas concepções de Marx e Gramsci, trazendo em seguida o cenário dos sujeitos sociais que contribuíram para que mudanças na área da saúde fossem empreendidas e consolidadas na Constituição Federal de 1988.

Os aspectos relacionados aos antecedentes históricos do Conselho Estadual de Saúde – CES/PA bem como as mudanças empreendidas a partir da Constituição Federal de 1988 nestes colegiados, ou seja, os Conselhos e as Conferências foram discutidos no capítulo terceiro. Ainda neste capítulo os aspectos como sua composição, organização e funcionamento foram objeto central de reflexão.

Finalmente no quarto capítulo discute-se o protagonismo dos conselheiros, em seus aspectos como o perfil, suas intervenções nos processos decisórios e nas atividades do exercício da Participação e do Controle Social no espaço do Conselho relacionando este protagonismo com a sua agenda, estratégias e bandeiras de luta.

## 1 - CONTEXTUALIZANDO O TEMA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO BRASIL – DA DÉCADA DE 60 A DÉCADA DE 90

O golpe de 1964 constituiu-se ponto de partida desta pesquisa, pois foi a partir daquele momento que ocorreu na história brasileira, uma verdadeira inflexão no formato do Estado, da sociedade, dos direitos, apenas para citar alguns, e lembrar que esta inflexão teve implicações marcantes na vida das pessoas, ou como afirma Carvalho J.M. (2010) aquele período pôde ser considerado como um “passo atrás” na história da sociedade brasileira, que teve seus direitos negados e que de acordo com Nogueira (2005), o regime ditatorial, foi bem mais complexo, na imposição de uma ideologia, pois,

Colocou em prática uma política econômica voltada para a produção de bens de consumo duráveis, favoreceu as grandes empresas nacionais e estrangeiras, capitalizou e reprivatizou a economia, reduziu salários e estimulou um verdadeiro ‘inchaço’ do sistema financeiro. Modernizou o país, mas não de forma sustentada ou consciente, na medida em que recheou de artificialismo a estrutura produtiva e implicou um elevado custo social. (NOGUEIRA, 2005, p.19)

Porém é salutar destacar que ao delimitar-se como ponto de partida o contexto do golpe de 64, não coube aqui entrar com todos os pormenores, que constituíram este momento, nem os períodos seguintes, mas analisar como pontua Junior (2006, p.19),

[...] o momento ou aspecto dela que interessa, porque todos os momentos e aspectos não são senão partes, por si só incompletas, de um todo que deve ser sempre o objetivo último do *pesquisador* (grifo nosso), por mais particularista que seja. Tal indagação é tanto mais importante e essencial que é por ela que se define, tanto no tempo como no espaço, a individualidade da parcela de humanidade que interessa ao pesquisador: povo, país, nação, sociedade, seja qual for a designação apropriada no caso. É somente aí que ele encontrará aquela unidade que lhe permite destacar uma tal parcela humana para estudá-la a parte.

De acordo com os apontamentos acima, o destaque deste período histórico contribuiu para que entendêssemos como a realidade é dinâmica, auxiliando, para a análise do objeto de pesquisa que foi identificar o tipo de Participação e Controle Social exercido no CES/PA no período de 2001 até 2009, bem como ajuda a explicar comportamentos, hábitos, modos de

governar, dentre outros, presentes no cotidiano de uma sociedade e que muitas vezes explicam este presente pelo passado.

## 1.1 – DÉCADA DE 60 E O REGIME MILITAR

O golpe de 64 constituiu-se um elemento importante para a compreensão da formação econômica, política e social brasileira, pois este regime de governo implantado no Brasil foi para Netto (1996, p. 16), uma *contra-revolução preventiva* em escala planetária adotada pela autocracia burguesa que defendia uma ideologia de base capitalista abrindo a economia para o capital estrangeiro. É importante lembrar que naquele momento o Brasil estava sob forte jugo norte americano, que era a potência imperialista no mundo e que temia a onda do socialismo – vale lembrar o período da Guerra Fria.

Se de um lado o regime militar segundo Nogueira (2005), não era “reacionário” com a economia e as eleições, apenas para citar duas características, a postura adotada pelo regime militar daquela época era extremamente “reacionário” com os partidos políticos, os movimentos populares e os sindicatos que de certo modo vinham se organizando.

Com relação à permanência dos processos eleitorais no período da Ditadura, segundo Nogueira (2005), este foi um dos momentos da história do Brasil em que mais cresceram o número de eleitores. Porém, se de um lado era permitida a expressão política dos cidadãos no ato do voto, do tipo controlado, por outro, foi negado totalmente o direito de organização. Assim, não tendo como reivindicar, somado a situação econômica difícil que atravessava o país, fez com que setores da sociedade civil cada vez mais assolada pela miséria, temendo a violência, que não acreditavam mais na justiça militar que julgava crimes civis, dentre outras formas de repressão e controle, contribuíram para que a sociedade se voltasse contra este Estado como aponta Nogueira (2005). Todo este contexto de instabilidades e tempos difíceis impulsionou setores da sociedade civil, mesmo que vigiados e controlados, a organizar-se na clandestinidade de forma fragmentada, corporativista, presos a interesses particulares o que segundo o autor, mesmo ganhando força, ampliando a participação, esta sociedade não conseguiu

estabelecer “vínculos orgânicos com a sociedade política” (p.21). E o autor reforça que inexistiam “[...] instâncias capazes de agregar e organizar em nível superior (político-estatal) os múltiplos interesses sociais e, especialmente, de dar vazão e operacionalidade às reivindicações populares” (NOGUEIRA, 2005, p.21).

Nesta direção, concorda-se com Gohn (2003) e Carvalho, J.M. (2010) que defendem que o processo de cidadania no Brasil não pode ser considerado linear, mas sim caracterizado por momentos de avanços e retrocessos. Carvalho, J.M. (2010) avaliou aquele período da história, como “um passo atrás”, pois a sociedade brasileira foi submetida ao regime militar por dezenove anos e segundo ele, foi dado um verdadeiro golpe nos direitos civis e políticos por conta da repressão instalada no país. O autor levantou alguns questionamentos que valem à pena ser apresentados.

Qual seria o significado para estes milhões de eleitores do ato de votar, se outros direitos eram negados? Seria o ato de votar visto como exercício de um direito político? Qual seria o significado de escolher representantes que deveriam ser a maioria do governo e que acabavam se tornando meros instrumentos do poder executivo?

Conforme os questionamentos destacados concorda-se com Carvalho, J.M. (2010) mas também com Nogueira (2005), de que não foi em vão que a sociedade se colocou de costas para o Estado e que levou a sociedade a odiar política, a hostilizar partidos e instituições de representação, pois como também contribui Sader (2010, p.20), “as lutas populares no Brasil foram obrigadas a encarar um novo desafio, o de enfrentar a ditadura, a dominação externa, as oligarquias internas e ainda reivindicar a questão democrática.”

Porém, a Ditadura começa a ruir, a partir de 1974, de acordo com Netto (1996) por conta da crise do “milagre” econômico não só pela conjuntura internacional como pela crise estrutural do capitalismo no Brasil bem como pela ação dos movimentos populares e também a resistência democrática que confluíram na crise do regime autocrático burguês. Entretanto para o autor, o fim do ciclo autocrático burguês não significou a desarticulação com o Estado nem a emergência de um regime político democrático. Mas o que marcou de forma inédita o fim do ciclo autocrático foi:

[...] a incapacidade de a ditadura *reproduzir-se como tal*: em face do acúmulo de forças de resistência democrática e da ampla vitalização do movimento popular (devida, decisivamente, ao reingresso aberto da classe operária urbana na cena política), a já estreita base de sustentação da ditadura experimentou um rápido processo de erosão que a compeliu a empreender negociações a partir de uma *posição política defensiva*. (NETTO, 1996, p. 34 – 35)

De acordo com o exposto, concorda-se com Gramsci, citado por Simionatto (1995), quando o pensador afirma que é por meio da ideologia da classe dominante que ela impõe sua necessidade caindo no terreno do senso comum esta ideologia, pois como ela detém os principais instrumentos privados de hegemonia como a organização do sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa, etc.) o eco desta ideologia acaba sendo reproduzida pela sociedade como se fosse de todos.

De acordo com este pensador, o senso comum é explorado e utilizado pelas classes dominantes para cristalizar a passividade popular, bloquear a autonomia que poderia ser para as massas o acesso a uma filosofia superior.

Contudo, o processo de aceleração da redemocratização se deu cada vez mais rápido quando em junho de 1978 é extinto o AI 5 (Ato Institucional nº5), que dava amplos poderes ao Presidente da República de cassar mandatos, censurar a imprensa, fechar o Congresso e outros. Foi naquele período que os movimentos populares passaram a se articular com outros também excluídos facilitando o alcance de algumas transformações e que naquela época nasceu a:

Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Partido dos Trabalhadores (PT), o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), além da mobilização popular que precedeu a Assembléia Constituinte – uma expressão da força então adquirida pelo movimento democrático. (SADER, 2010, p. 22)

## 1.2 – DÉCADA DE 70 – O COMEÇO DAS RUPTURAS E ABERTURA POLÍTICA NO BRASIL

Numa conjuntura de intensas mudanças que foi a década de 70, o Brasil começou a sentir os efeitos da crise, que teve início, nos Estados Unidos, Potência Imperialista – que em finais dos anos 60 viu sua economia despencar

por conta dos gastos que eram investidos em armamento, no auge da Guerra do Vietnã e os efeitos desta crise se expandiram mundialmente aos países periféricos atingindo também o Brasil.

Enquanto os EUA se afogavam em dívidas e *déficits* orçamentários, outras potências que estavam emergindo economicamente como o Japão e a Alemanha, segundo Mota (2008, p. 52), “tornavam-se competidoras eficazes”.

Os EUA ao perceber estas movimentações decidem, segundo Mota (2008, p.52), “decretar a inconvertibilidade do dólar em relação ao ouro, em 1971”. Enquanto o dólar inflacionava-se, pois era emitido em grande quantidade para cobrir o rombo orçamentário, esta posição depreciou as exportações de países periféricos e em contrapartida valorizava as exportações americanas fato que acabou gerando um grande processo de inflação mundial.

Se não bastasse isso, segundo Mota (2008), os cartéis dos exportadores de petróleo resolveram aumentar significativamente o preço do produto em 1973, manobra realizada pelas transnacionais petroleiras e os EUA, para tentar derrubar as economias japonesa e alemã, que não eram produtoras deste bem.

Concomitante a estes fatos, estava em processo, conforme Mota (2008 - p.53), a intensificação de *internacionalização do grande capital*. Ou seja, a competição pela conquista de mercados e de avanços tecnológicos, foi a característica da nova ordem do capital que segundo Alves (1996, p. 117) se materializava na “[...] manifestação da lógica da valorização, entendida como sendo a reposição de valores mercantis, considerados como únicos capazes de alocar, de modo racional, a riqueza produzida”.

Apesar do grande esforço empreendido para superação desta crise, que atingiu não só países periféricos, mas países centrais, estes tiveram muitas dificuldades, pois não conseguiram encontrar um ritmo de nível para escoar a sua própria produção, pois além do consumo ter diminuído, as taxas de desemprego continuavam crescendo, a renda não aumentava e, além disso, as dívidas dos países periféricos aumentavam consideravelmente, com isso os países centrais também sentiram os efeitos da crise que se espalhou pelo mundo.

Foi naquele contexto que a proposta do neoliberalismo, encontrou terreno fértil, de acordo com Teixeira (1996, p. 195), e que nasceu logo após a II Guerra Mundial em países centrais como:

[...] uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado, que passou a se constituir, desde então, na principal força estruturadora do processo de acumulação de capital e de desenvolvimento social.

Embora esta manifestação tenha surgido como uma forma de “reação localizada ao Estado intervencionista e de bem-estar, ele nasceu como um fenômeno de alcance mundial” segundo Teixeira (1996, p. 196). Foi nesta lógica que os defensores do neoliberalismo encontraram argumentos para sua tese de que somente o mercado teria condições de dar conta dos problemas sociais fossem eles de cunho econômico ou político. Defendiam ainda que “o mercado é o único meio para a obtenção da liberdade política” (TEIXEIRA, 1996, p. 229).

Na esteira desta discussão, o desdobramento deste pensamento baseado na lógica do mercado e da diminuição do Estado, a reação neoliberal iria encontrar seu ponto máximo de desenvolvimento com a *mundialização do capital* conforme Antunes (2008, p.41), onde o trânsito tanto do capital financeiro, como de produção de mercadorias deveria ser totalmente livre das interferências do Estado.

Este contexto propiciou o surgimento de uma racionalidade instrumental que avançou paralelamente com a crise e que para resolver os seus problemas, acusou o Estado como se ele fosse o responsável pela desordem econômica em que os países se encontravam mergulhados.

O Estado brasileiro, não ficava de fora das exigências do novo modelo de “acumulação flexível” assim chamado pelo geógrafo norte americano, David Harvey (1983 – p.119), na década de 70, no qual se cobrava mesmo de países periféricos a modernização dos seus setores de produção de bens de capital (máquinas, equipamentos, instalações, etc.).

Segundo Teixeira (1996), no Brasil ao final da década de 60 e 70, se assistiu uma situação em que a classe dominante industrial pressionada pelo capital estrangeiro não conseguiu atender as necessidades do modelo de acumulação emergente e recorreu para o Estado que acabou não só tendo que criar o mercado de trabalho, mas resolver o problema do financiamento deste novo modelo de produção. Prática comum vista no período do Brasil Colônia

quando da superprodução do café. Nasceu assim segundo Teixeira (1996), o Estado interventor que justamente contra este Estado que a racionalidade instrumental iria colocar limites responsabilizando-o mais tarde pelas crises econômicas.

Na década de 70, de acordo com Antunes (2008, p. 42), ocorreu na Inglaterra do governo de Margareth Thatcher e nos EUA com Ronald Reagan a vitória do neoliberalismo com relação à “chamada reestruturação produtiva do capital”, onde surgiu uma nova orientação ou novo desenho ideo-político em substituição do *welfare state*, ou Estado de Bem-Estar.

Nesta conjuntura, a força do capital era sempre mais emergente e exigente e o Brasil não teve pernas suficientes para acompanhar o ritmo deste processo acelerado de modernização e o Estado interventor brasileiro entrou numa verdadeira crise fiscal caindo no descrédito de setores políticos da direita populista que atribuíram à inflação, a corrupção e a ineficiência como culpa única do Estado.

### 1.3 – DÉCADAS DE 80 E 90 – O DESPERTAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

Embora a adoção de políticas de cunho neoliberal no Brasil tenha se dado tardiamente, somente na década de 90 e sob uma ofensiva político-ideológica do capitalismo internacional, segundo Alves (1996), as orientações neoliberais já estavam em pleno vapor no resto da América Latina. É importante destacar que este fato se deu uma vez que, os anos 80 foram considerados para Alves (1996 – p. 132) de a *década de resistência* no Brasil, pois não só a sociedade civil como também a classe trabalhadora, conseguiu se posicionar de forma a conter o avanço das propostas neoliberais naquela década.

Segundo Teixeira (1996), em novembro de 1989 ocorreu em Washington uma reunião com funcionários do governo norte-americano e organismos financeiros internacionais com sede na mesma cidade, com o FMI - Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o BIRD - Banco Interamericano de Desenvolvimento, a fim de avaliar as reformas praticadas na América Latina. A

avaliação deste grupo, conhecido como *Consenso de Washington*, avaliou as reformas positivamente e necessárias.

As propostas deste grupo abrangiam dez áreas conforme sinalizou Teixeira (1996, p. 224), a saber:

[...] disciplina fiscal; priorização dos gastos públicos; reforma tributária; liberalização financeira; regime cambial; liberalização comercial; investimento direto estrangeiro; privatização; desregulação e propriedade intelectual.

Diante das propostas sugeridas pelo *Consenso de Washington* aos países da América Latina, Teixeira (1996, p. 225), resume-os em dois pontos: “a redução do Estado e abertura da economia”.

Assim, entender como agem os Organismos Internacionais e como suas decisões influenciavam nas reformas empreendidas no Estado nos sistemas de Seguridade Social e como estas decisões afetaram as políticas públicas de modo geral, é extremamente importante. Porém, é importante apresentar sumariamente quais as recomendações destas agências e o que estava por trás desta aparente preocupação com os países periféricos.

Mota (2008) pontua que de modo geral, os organismos internacionais não alteraram os princípios da seguridade social estabelecidos na Constituição Federal de 1988, entretanto se forem analisadas as propostas dos setores que tinham relação com o grande capital, estes sugeriam a separação das fontes de custeio desvinculando a previdência, da saúde e da assistência, o que dava margem para que o setor privado se apropriasse dos filões e demandas da saúde e da previdência em especial. -

Com relação às recomendações do Banco Mundial, inscritas no Relatório de 1990, apresentado por Mota (2008), este recomendava que a pobreza devesse ser reduzida nos países pobres e que para enfrentar esta situação eles deveriam seguir as seguintes recomendações:

[...] a busca de um modelo de crescimento que garanta o uso produtivo do trabalho dos pobres e o provimento amplo de serviços sociais básicos aos pobres, sobretudo de educação, assistência médica básica e planejamento familiar. (MOTA, 2008, p. 203)

Diante do exposto, Mota (2008) afirma que as agências não levavam em consideração as peculiaridades locais, regionais, ou mesmo nacionais recomendando ações como se fossem modelos facilmente aplicáveis em qualquer parte do mundo. A retórica se dava sempre voltada para a garantia do desenvolvimento do mercado, separado do social. Baseado neste discurso identificou-se que as decisões e a racionalidade destas agências não era algo refletido, mas sim algo já pré-estabelecido e fechado. Ou seja, quando se diz algo não refletido, se quer dizer que as propostas não eram discutidas com aqueles sujeitos interessados no assunto, mas eram já decididas pelos grupos com interesses econômicos e políticos procurando levar já prontas as propostas para os que fariam uso dos serviços e programas, fazendo com que elas se parecessem as melhores alternativas.

Além disso, as recomendações para a parcela da população desprovida de necessidades básicas eram dadas como se elas tivessem todos aptos a buscar oportunidades no mercado de trabalho e que só dependesse delas. Nesta direção, percebe-se que o poder da força política e de convencimento de grupos mais fortes política e economicamente, prevalecem.

Compreendeu-se assim que, se os países periféricos não atendessem as recomendações das Agências Internacionais, eles estariam fadados a viver em permanente estado de guerra como se referia Hobbes no século XVII (RIBEIRO, 2006), necessitando um mercado forte e com poderes para administrar não só o setor econômico, político, mas também o social.

Além disso, ficou explícita a imposição das exigências de reformas em países periféricos, até porque, se buscarmos na história, fato semelhante ocorreu no Brasil quando da exigência imposta pela Inglaterra da libertação dos escravos no século XIX. A imposição se dava não exatamente pela preocupação com o ser humano, mas a Inglaterra precisava de mercados para expandir sua produção.

Como se pode constatar, as crises se originam por dentro da própria dinâmica do capital e ao mesmo tempo precisam encontrar alternativas para sua superação. Esta superação de acordo com a ideologia neoliberal, à globalização ou mundialização do capital mais as recomendações das Agências Internacionais, refletiu nas realidades de países centrais como também periféricos. Além disso, o mundo do trabalho passou a sofrer grandes

transformações com a alteração dos sistemas de Seguridade Social dos países, modificando também o formato das políticas públicas, a forma de intervenção do Estado e sua relação com a sociedade.

De acordo com Dagnino (2002), neste contexto de significativas mudanças, a sociedade brasileira da década de 80 foi marcada por muitas lutas e reivindicações, das quais se destaca: as eleições diretas para governadores dos estados brasileiros em 1982; a mobilização do movimento Pró-Constituinte, que exigiu a criação de uma nova Constituição Federal, mas que tivesse garantida a participação da sociedade; as emendas populares na nova Constituição Federal de 1988, que garantissem mecanismos de participação da sociedade civil organizada na gestão e no controle de atividades públicas de interesse da coletividade; o Movimento da Reforma Sanitária, dentre outros.

Foi na década de 80 que os movimentos populares apresentaram-se mais fortalecidos com a implantação da Constituição Federal de 1988 e a sociedade brasileira marcada profundamente pela experiência do Regime Militar, surgiu opondo-se a este Estado autoritário, de forma que esta postura foi analisada, “como sendo de fato a fundação efetiva da sociedade civil no Brasil”, conforme destaca Avritzer (1994 apud DAGNINO, 2002, p.9).

Nesta conjuntura de mudanças ocorridas no formato da sociedade brasileira, e das políticas públicas na área da saúde, as ações das agendas governamentais, passaram a ter relevância pública e o Estado passou a ter obrigações sem ter que, para isso, ser solicitado. Foi na área da saúde que final da década de 70, surgiu o Movimento Sanitário denunciando o modelo de saúde existente e defendendo uma proposta de Reforma Sanitária. Foi naquele período da história brasileira marcado pelas mobilizações que os sujeitos sociais começaram a exigir a sua participação nos processos decisórios de planejamento e acompanhamento da gestão de políticas sociais. Naquele contexto, o Movimento Social em Saúde, de acordo com Gerschman (2004), que inclui o Movimento Sanitário, com suas pressões e reivindicações garantiu algumas conquistas que passaram a ser expressas na Constituição Federal de 1988, e no caso da saúde, emplacaram dois dispositivos que o ampararam. O art. 196 que garantiu que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

E o art. 198 da Constituição Federal garantiu em seu texto a participação da comunidade, entendida como uma forma de exercício do controle social que possibilitou a população, por meio de seus representantes, a definição do acompanhamento da execução e fiscalização das políticas de saúde, a saber:

[...] as ações e serviços públicos de saúde que serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: I) a descentralização com direção única em cada esfera de governo; II) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e III) a participação da comunidade.

Assim, segundo Dagnino (2002), com a noção de cidadania inscrita na Constituição Federal de 1988, as bases constitucionais da Participação e do Controle Social foram asseguradas por meio de “espaços públicos” tanto dos que visavam promover o debate amplo no interior da sociedade civil de assuntos que a partir da Constituição Federal entraram nas pautas das agendas públicas, quanto daqueles espaços de democratização da gestão estatal que se constituíram espaços como os Conselhos, os Fóruns, Câmaras Setoriais, Orçamento Participativo, etc.

1.3.1 – Considerações históricas dos termos, noções, conceitos de participação e do controle social na saúde brasileira.

Tanto a noção de Participação quanto a de Controle Social, na saúde, estão intimamente ligadas às relações de Estado e sociedade de acordo com Carvalho, A.I. (1995), Correia (2004), Nogueira (2005), Souza (2006), Gerschamn (2004), dentre outros. Embora muitos conceitos originem-se no interior de determinadas tradições teóricas, estes acabam muitas vezes sendo apropriados por outras tradições perdendo seu significado original e aparecendo com novas configurações nas mais diversas áreas do conhecimento. E o seu uso acaba sendo empregado em muitos debates cujos temas distanciam-se das discussões especializadas e originais.

Neste sentido, de acordo com a extensa diversidade do uso das noções, conceitos ou categorias de Participação e Controle Social, conforme Alvarez (2004) é difícil uma revisão minuciosa dos inúmeros trabalhos que empregam tais expressões. No entanto, será feito o resgate de alguns dos significados do termo Participação e também do termo Controle Social destacando as alterações sofridas ao longo dos contextos históricos destes conceitos.

Foi dado especial destaque a introdução destes conceitos, pois foi objetivo deste trabalho a identificação das modalidades de Participação e de Controle Social que mais se aproximavam das exercidas no Conselho Estadual de Saúde do Estado do Pará no período de 2001/2009.

Recuperar a noção ou conceitos de determinadas categorias sobre as quais se pretendeu pesquisar foram importantes, pois como afirma Ianni (1990, p.94),

A realidade social é um objeto em movimento. As suas configurações estáveis, normais, estáticas, sincrônicas representam momentos, sistemas, estruturas da mudança, dinâmica, modificação, transformação, historicidade, devir.

E ainda, para completar o pensamento de Ianni (1990), foi importante lembrar aqui Karl Marx, citado por Lukács (1978), de que não devemos partir de análises da realidade social imediatamente dada, mas fazer o movimento dialético, isto é, o homem deve ser capaz de percorrer dois caminhos:

[...] da realidade concreta dos fenômenos singulares às mais altas abstrações, e destas novamente à realidade concreta, a qual – com a ajuda das abstrações – podem agora ser compreendidas de um modo cada vez mais aproximativamente exato. (LUKÁCS, 1978, p.103)

Nesta direção, apesar de não encontrarmos a expressão *Controle Social* – *ipsis litteris* - na Constituição Federal de 1988, nem mesmo nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, Lei Federal N.º 8.080/90 e Lei Federal N.º 8.142/90, a categoria tem sido usada, para definir “à forma de participação da população na elaboração e fiscalização das políticas públicas” conforme Souza (2006), mas também outros autores têm defendido este entendimento.

Porém, aqui cabe esclarecer que, apesar de encontrarmos autores na literatura que se dedicam a estudar o tema da Participação e do Controle

Social empregando a definição de Controle Social realizado pela população na **elaboração** (grifo nosso) de políticas públicas, discorda-se desta forma como é definido, pois cabe lembrar que a Lei Federal Nº. 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade nos Conselhos, expressa em seu artigo 1º, § 2º que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente [...], 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.

Conforme a citação expressa na lei, deve ficar claro que a participação de setores da sociedade civil organizada nos Conselhos, tem competência para formular estratégias de controle, de fiscalização e acompanhamento da coisa pública. A **elaboração** (grifo nosso) das políticas públicas é competência da gestão e não pode ser confundida como competência dos conselheiros. Seria contraditório se a competência dos membros de um conselho fosse ao mesmo tempo elaborar políticas públicas para que eles mesmos exercessem o controle e a fiscalização destas ações.

Assim, quanto ao emprego da categoria do Controle Social, segundo Carvalho, A.I. (1995, p. 8), é recente no Brasil, pois ela “compreende a moderna relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Por outro lado, encontramos um autor que discorda com o emprego indiscriminado da categoria Controle Social, da forma como vem sendo conceituado. Este autor é Carvalho, G. (2007, p.45), e para ele deve ser resgatado o “*termo-mãe*, Participação da Comunidade” conforme consta na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, pois para este autor “o controle social trata apenas de uma das funções da participação”. Para o autor, *Participação da Comunidade* tem conteúdo muito mais amplo, profundo e abrangente do que o simples controle social. Para Carvalho, G. (2007) confunde-se Participação com Controle Social, o que ele diz estar errado.

Carvalho, G. (2007, p. 45) defende o uso correto inscrito na Constituição Federal de 1988, ao invés de se usar Controle Social. Chama a atenção que o

cidadão político quando participa na sociedade, tem três funções ou três maneiras de participar que são: “pela ação, a proposição e o controle”, reforçando que controle social é apenas uma forma, os instrumentos de participação dos sujeitos. Concorda-se com a preocupação do autor Carvalho, G. (2007), com relação aos termos que em muitos casos acabam tendo seu sentido desvirtuado. Entretanto, discorda-se do autor em querer resgatar o termo mãe “participação da comunidade”, uma vez que ele nos remete a década de 1950/60 em que à categoria “comunidade”, de acordo com Carvalho A.I. (1995) era de origem funcionalista pautada no desenvolvimento de comunidade. Além disso, o termo “participação da comunidade” está em dissonância com a realidade atual, necessitando inclusive de alteração e discussão do termo na própria Constituição Federal de 1988.

### 1.3.2 – O conceito de Participação na realidade histórica social brasileira

Apesar das controvérsias, Souza (2006, p. 167) diz existir na atualidade uma novidade firmada na ideia de “*participação social*” **como** (grifo nosso) sendo o controle do Estado realizado por meio da sociedade, por dois grandes *fóruns* que são as Conferências e os Conselhos. Ou seja, há uma inflexão do sentido de controle social que nos primórdios da saúde no Brasil era realizado pelo Estado sobre a sociedade e que a partir da Constituição Federal de 1988 passa a ser realizado pelo conjunto dos setores da sociedade civil sobre as ações executadas pelo Estado.

Segundo Souza (2006), que tem como referência a discussão das três concepções de participação em Carvalho, A.I. (1995), a saber: a *participação comunitária*, a *participação popular* e a *participação social* que assumem significados distintos de acordo com os contextos da realidade sociopolítica brasileira, no campo das políticas sociais, em particular na área da saúde, defende acumularem uma longa tradição.

Para Souza (2006), de modo geral, a participação possui objetivos ou reivindicações que se almejam alcançar, tendo a vantagem de fazer o homem se descobrir como sujeito político, pois ao participar da vida social e política, passa a enfrentar desafios que lhe conduzem a tomar decisões e a agir em prol

de melhorias sociais. Portanto, para Souza (2006, p. 170), trata-se de uma questão social<sup>1</sup>, como esclarece:

A participação pode ser entendida como processo social, no qual o homem se descobre enquanto sujeito político capaz de estabelecer uma relação direta com os desafios sociais. Não se trata de uma questão dos grupos marginalizados; deve ser pensada e discutida por todos os grupos sociais, por dizer respeito às decisões relativas às suas condições básicas de existência. Por isso, a participação deve ser observada enquanto questão social, e não como política de reprodução da ordem vigente. Na condição de questão social, a participação é constituída de contradições, que desafiam o homem, fazendo-o assumir, dependendo da conjuntura, posições de enfrentamento ou a elaboração de posições políticas de vida e trabalho da população.

De acordo com o entendimento de Souza (2006), a participação deve ser pensada e discutida por todos os grupos sociais presentes na sociedade civil tomando o cuidado de entender esta participação de grupos não no sentido de grupos marginalizados nem pensar a participação como política de reprodução da ordem vigente.

No cerne desta discussão, vale destacar o que o autor Bordenave (1994, p. 18), trabalhou em seu livro - o conceito de “marginalidade” como o contrário de participar que é “ficar de fora de alguma coisa, às margens de um processo sem nele intervir”, antes de conceituar o que seria participação.

O autor chama a atenção que: os defensores da teoria da “marginalidade” defendem a existência de grupos marginais reais, mas que não se pode atribuir a culpa a eles, nem mesmo aos seus *déficits educativos*, ou de seu “atraso”, mas para esta teoria, a marginalidade destes grupos esta associada somente à lógica capitalista que se volta quase que exclusivamente para o desenvolvimento econômico moderno, e que por sua vez “o acesso aos benefícios está desigualmente repartido” (BORDENAVE, 1994, p.19 -20).

Ao contrário do que defendem os teóricos da marginalidade, Bordenave (1994), e Souza (2006), concordam que não é possível atribuir apenas ao determinismo econômico a marginalização de determinados grupos, pois seria

---

<sup>1</sup> Questão Social “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto *disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais*”. (IAMAMOTO, 2001, p. 16 – 17)

uma avaliação simplificada. Bordenave (1994) vai um pouco além a seu trabalho apontando três aspectos da Participação, a saber: fazer parte, tomar parte e ter parte. Por esta orientação, o autor comunga e defende o conceito de participação social, que também é defendido pela autora Safira Bezerra Ammann, citada por ele que define Participação Social como:

[...] o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tem parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada. Ammann (apud BORDENAVE, 1994, p. 25)

Ao defender este conceito de participação, Bordenave (1994) é categórico ao afirmar que: se a população só produz, mas não usufrui o que é produzido ou se ela produz e usufrui, mas não toma parte, para ele não existe a participação de fato ou real. O autor atribui este mesmo entendimento à participação política. Ou seja, o cidadão que toma parte dos processos eleitorais escolhe seus representantes, mas que não possui os meios de produção nem os administra, conclui que a construção de uma sociedade participativa neste contexto acaba sendo uma participação fictícia, falaciosa ou utópica.

Nesta mesma direção, ao conceber uma participação plena somente aquela em que os sujeitos sociais podem ter parte, usufruir e produzir é o mesmo que ter cidadania plena, para os autores Coutinho (2008) e Carvalho, J.M. (2010). A cidadania plena para estes autores, seria o acesso e a apropriação de todos os bens que foram socialmente criados e sempre atualizados quando necessário pela via social, em cada contexto historicamente determinado.

Diferentemente do autor Bordenave (1994), o autor Carvalho, A.I. (1995), faz uma análise da categoria participação à luz da realidade histórico-social do Brasil, e de acordo com o autor, percebeu-se que ele localizou tipos de participação no país que foram evoluindo a partir dos contextos. Neste sentido, estudou-se o primeiro tipo de participação em Carvalho, A.I. (1995), que foi a participação comunitária.

A participação comunitária foi entendida no Brasil, sobretudo, nas décadas de 1950/60, como a “colaboração da sociedade na execução das

políticas sociais por meio do voluntariado e do apelo à solidariedade dos cidadãos.” (SOUZA, 2004, p. 173).

Esse tipo de participação segundo o autor, teve suas raízes na ideologia e prática dos centros comunitários norte-americanos do início do século XX, que realizavam assistência social aos mais pobres, transmitindo informações sobre autocuidado, estimulando a solidariedade entre outras questões.

A participação comunitária ganhou destaque nos anos 50, quando surgiu a proposta de desenvolvimento de comunidade, pensado por organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas – ONU e o Fundo Monetário Internacional – FMI. Foram postos em prática programas de desenvolvimento econômico e social direcionados a países subdesenvolvidos no contexto da Guerra-Fria, principalmente nas áreas de educação e agricultura.

Segundo Carvalho, A.I. (1995, apud SOUZA, 2006, p.173), a categoria comunidade é de origem funcionalista e significa: “Um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo meio ambiente [...] compartilham o que deveria chamar de condições ecológicas de existência, independente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem”.

Todavia, a noção de participação que se evidenciou estava voltada à noção de papéis sociais, envolvimento de pessoas visando ajudar a manter a ordem econômica e política vigente, assim os interesses das classes dominantes eram difundidos como se fossem de todos. Esta visão não aceitava críticas ao sistema capitalista, mas a valorização do esforço em ajudar comunitariamente sem questionar e buscar mudanças na estrutura de classes e nas relações de produção e dominação.

Por sua vez, a participação popular significou “o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas opositoras ao sistema dominante”, segundo Carvalho, A.I. (1995). No contexto da sociedade brasileira esta modalidade representou um meio de luta contra o terror do Estado, implantado com o Regime Militar de 1964, principalmente com os movimentos de resistência que se estruturaram naquela época. De certo modo, a participação popular veio substituir a categoria da participação comunitária que, na prática, vinha apresentando resultados insatisfatórios.

No campo teórico, substituiu-se a categoria comunidade pela categoria povo, uma visão muito próxima da tradição marxista, compreendendo-se que as diferenças de classes explicavam os problemas sociais.

Ao iniciar a década de 80, com o processo de democratização, que originou novas relações entre Estado e sociedade, o predomínio da participação social, foi entendido como o:

[...] reconhecimento e acolhimento da diversidade de interesses e projetos colocados na arena social e política. A essa nova modalidade de participação dá-se o nome de participação social. Sua categoria central não é mais comunidade nem povo, mas sociedade. E a participação que se pretende não é mais a de grupos excluídos, mas sim a do conjunto da sociedade, formado por diversos interesses e projetos, conformando a disputa pelo poder do Estado. Seu objetivo é a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a interferência da sociedade no aparelho estatal. (SOUZA, 2004, p.175).

A participação social na citação acima, possui um conceito mais amplo, resultado da diversidade de interesses, direitos e deveres caracterizando a sociedade na atualidade, como aquele que quer participar nas decisões governamentais.

Outro autor que discute a categoria da participação é Teixeira (2002), e adota um conceito de *participação cidadã*, em seu livro *O local e o global - limites e desafios da participação cidadã*, considerando limitadas as noções de Participação Social e Comunitária ou ainda a Participação Popular. Para ele, a Participação Cidadã, é muito mais que “mera prestação de serviços à comunidade ou a sua organização isolada (referindo-se a participação Social e Comunitária) ou ainda o grande caráter reivindicativo de Movimentos Sociais (referindo-se a participação popular) respectivamente”. Este autor acrescenta que:

Tampouco se trata de simples participação em grupos ou associações para defesa de interesses específicos ou expressão de identidades. Tais elementos podem estar presentes no processo, porém, seus objetivos são mais amplos. Embora essencialmente política, constituindo-se numa atividade pública e de interação com o Estado, distingue-se da atividade política *stricto sensu*, uma vez que se sustenta na sociedade civil e não se reduz aos mecanismos institucionais nem busca o exercício do poder. Teixeira (2002, p.31)

Teixeira (2002, p. 30) defende a ideia, de que a participação cidadã em nosso país está ainda em processo de construção tratando-se de fenômeno complexo e contraditório que envolve a sociedade civil, o Estado e o mercado, pois: “os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações”.

Para ele, a participação cidadã é aquela que interfere, que interage e que tem o poder de influenciar as racionalidades de ordem pública baseada nos princípios de equidade e justiça. O autor completa que é preciso encontrar uma redefinição da “participação como exercício da cidadania ativa” (TEIXEIRA, 2002, p.30).

O autor Nogueira (2005), parece contribuir com Teixeira (2002), quando afirma que nem toda ação coletiva tem cunho político, nem mesmo entra necessariamente em confronto com o poder ou as relações de dominação e de hegemonia. Nogueira (2005) destaca que a *participação cidadã* defendida por Teixeira (2002) seria uma participação “específica diferenciada” e que poderia ser combinada com as quatro modalidades de participação do mundo moderno por ele trabalhadas como a *participação assistencialista*, de natureza benemérita e filantrópica que predominou em períodos que antecedem à afirmação dos direitos de cidadania.

A *participação corporativa*, do tipo fechado em si, adotada na origem do sindicalismo moderno que acabou de acordo com Nogueira (2005), quase sempre com um apelo econômico e identificando-se com a classe proletária e camadas populares.

A *participação eleitoral*, segundo Nogueira (2005), teria um alcance de toda a coletividade e uma consciência mais clara do poder político, apesar de muito condicionado ainda por atos individuais, particulares e que se dariam em momentos episódicos no contexto histórico. E por fim a *participação política*, aquela em que:

[...] indivíduos e grupos interferem para fazer com que diferenças e interesses se explicitem num terreno comum organizado por leis e instituições, bem como para fazer com que o poder se democratize e seja compartilhado. (NOGUEIRA, 2005, p. 133)

De acordo com as concepções de Nogueira (2005), a existência de diferentes modalidades de participação na sociedade, expressou os diferentes

graus da consciência política coletiva e que significaram a maturidade ou não destes grupos.

Para Nogueira (2005), a *Participação Cidadã*, citada por Teixeira (2002), interage e compartilha decisões governamentais, busca a garantia de direitos, contribui no planejamento dos orçamentos, mas está mais centrada na obtenção de vantagens e de resultados do que na alteração da correlação de forças. Completa que mais do que participação política ela se constitui em *Participação Cidadã* (Teixeira, 2002).

Neste aspecto Marco Aurélio Nogueira em seu livro *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática* parece sugerir para Teixeira (2002), que a modalidade de participação cidadã que ele trabalhou dizendo que precisava ainda de uma redefinição de “participação como exercício da cidadania ativa”, estaria se constituindo em outro tipo de participação, que ele denominou de “participação gerencial”, pois de acordo com o autor, esta participação teria dois elementos distintos na dinâmica política. No primeiro, os sujeitos sociais querem interferir no processo político social, fazendo valer seus valores e interesses particulares e no segundo expressam o elemento cidadania, no sentido da universalização, da igualdade de direitos, responsabilidades e deveres.

É por isso que Nogueira (2005) sinaliza para este tipo de participação defendida por Teixeira, em que estão imbricados vários fatores com focos de ação que vão do Estado ao mercado e à sociedade civil, do particular ao geral e da ética ao interesse.

O autor chama a atenção para duas questões: a primeira foi a abertura dos espaços ditos democráticos de participação que permitiram a entrada de setores da sociedade civil organizada nos aparelhos do Estado por meio dos Conselhos contribuindo nas decisões da coisa pública e a segunda foi a evolução histórica que sofreu a participação política.

Estes fatores fizeram com que sujeitos sociais levantassem a bandeira de uma nova modalidade de participação. Participação esta por meio dos Conselhos chamada por muitos autores de institucionalizada. Nesta direção e segundo Nogueira (2005, p. 139), esta nova modalidade de participação provocou uma espécie de ‘invasão do Estado pela sociedade’. De acordo com as argumentações do autor, é possível afirmar que esta modalidade de

participação mais estaria se convertendo em recurso (gerencial) para resolver problemas, administrar bens públicos ou viabilizar e legitimar a reprodução política e eleitoral de governos ou partidos a produzir efeitos éticos políticos superiores ou uma participação política.

Nogueira (2005) defende que todo o processo de participação corre o risco de ser manipulado ou servir de instrumento àqueles grupos ou segmentos mais fortes (não significando necessariamente àqueles que possuem mais recursos) que estiverem no comando do poder. Mas a mudança se dará de fato quando se modificarem as correlações de força, no sentido da mudança de mentalidade dos sujeitos sociais que participam e quando estes se dispuserem politicamente a decidir coletivamente. Dependendo ainda da transformação do cidadão ativo em submeter-se a processos políticos educativos qualificando-se. Deste pensamento comunga também Bordenave (1994, p. 73) que diz: “a participação não é um *conteúdo* que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente.” Nogueira (2005, p. 164), completa que *cidadãos ativos*, são aqueles:

[...] portadores de direitos e de deveres, mas, concomitantemente, construtores de ‘bons governos’ e da ‘boa sociedade’, dependem tanto de instituições políticas e de marcos jurídicos adequados quanto de condições adequadas de participação na esfera pública. Requerem, em suma, procedimentos e atos participativos.

Para a autora Gohn (2007, p. 14), os processos participativos da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas significam a democratização da sociedade brasileira, além disso, para ela, “[...] o resgate dos processos de participação leva-nos, portanto, a lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania”.

Esta autora explica que dependendo do período ou da conjuntura histórica, a participação foi relacionada com termos como: democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade, exclusão, etc. Faz ainda uma divisão em três níveis básicos para análise da participação: o conceitual, o político e o da prática social. O primeiro mais ambíguo variando segundo o paradigma que o fundamenta. O segundo mais geral relacionado a processos democráticos ou utilizado como integração social

de indivíduos e o terceiro seria o processo social propriamente dito, onde a participação deve se dar.

Gohn (2007), explica que existem várias formas de participação: a liberal, a autoritária, a democrática e outras acrescentando que estes entendimentos não se constituem monolíticos, pois cada um destes possui ramificações no interior de cada uma destas interpretações.

Segundo a autora, a concepção liberal é aquela que nos pressupostos básicos busca sempre a manutenção da ordem social que assegure a liberdade do indivíduo e que:

A participação liberal se baseia, portanto, em um princípio da democracia de que todos os membros da sociedade são iguais, e a participação seria o meio, o instrumento para a busca da satisfação dessas necessidades. (GOHN, 2007, p.15 – 16)

Para Gohn (2007) a participação liberal objetiva fortalecer a sociedade civil, mas não para participar na vida do Estado, mas para que o Estado não interfira na vida dos indivíduos. Destaca dois derivativos desta concepção. A participação corporativa e a comunitária.

A participação corporativa segundo a autora é aquela onde há um sentimento do “bem comum”, e este bem comum é o que motiva o grupo.

A participação comunitária seria aquela que fortalece a sociedade civil, integrando-a aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado. Chama a atenção que estes dois tipos de participação teriam como característica - a tendência à institucionalização, pois, segundo ela, estas duas formas de participação são derivativas da concepção liberal. Desta concepção segundo Gohn (2007), foram pensados os conselhos na década de 80 onde grupos organizados participariam das decisões no interior do aparelho do Estado. Esta modalidade de participação se parece com a participação comunitária da década de 50/60, trabalhada por Carvalho, A.I. (1995), no entanto se difere, pois na participação liberal a sociedade civil é chamada para fazer parte no interior dos aparelhos do Estado.

Na concepção autoritária, a participação ocorre conduzida numa perspectiva de integração, controle social da sociedade e da política. Este tipo de participação se desenvolveu tanto em regimes de esquerda como em

regimes socialistas, mas também em regimes de direita, como o fascismo. A autora afirma que a cooptação ocorre tanto em regimes de ditaduras, quanto em “regimes democráticos representativos como um derivativo, que é a participação de natureza cooptativa”, (GOHN, 2007, p.17). Ou seja, esta modalidade de participação não está isenta desta prática.

Na concepção de participação democrática, “a soberania popular é o princípio regulador da forma democrática” (GOHN, 2007, p.17). E por fim, a forma de participação do tipo democrático-radical é aquela com objetivos de fortalecer a sociedade civil para combater as injustiças e as desigualdades, sendo o pluralismo sua marca. Segundo a autora, no Brasil do século XX esta modalidade de participação foi a que inspirou as várias experiências como o Orçamento Participativo, a Reforma Sanitária e os Fóruns de participação popular.

De acordo com Gohn (2007), dentro das teorias sociopolíticas a participação pode ser estudada no universo da política, da ciência política, das ciências sociais, na sociologia e na área do conhecimento.

No universo da política o autor G.H.D. Cole (apud GOHN, 2007) sustenta que a participação deve se dar pela vontade e não pela força que dá a base da organização social e política e defende que esta participação só seria democrática, se o indivíduo participasse em nível local, pois só assim este aprenderia o que é a democracia.

Na concepção marxista, segundo Gohn (2007), o conceito de participação, não se localiza de forma isolada, mas ele está vinculado as categorias de lutas e movimentos sociais. A participação seria por dentro dos movimentos sociais onde as lutas são travadas para a transformação da realidade social e as camadas subordinadas lutam pela ruptura desta ordem.

No universo da ciência política, dentre os vários autores citados por Gohn (2007) como Pizzorno, Dalmo Dalari, Giacomo Sani e Norberto Bobbio, será ilustrada brevemente a perspectiva de Bobbio. Para, este autor, a terminologia Participação Política pode designar várias atividades como:

[...] o ato do voto, a militância num partido político, a participação em manifestações, a contribuição para uma certa agremiação política, a discussão de acontecimentos políticos, a participação num comício ou numa reunião de seção, o apoio a um determinado candidato no decorrer da campanha eleitoral, a pressão exercida sobre um

dirigente político, a difusão de informações políticas e por aí além. (BOBBIO, 2009, p. 888).

De acordo com a definição de Participação Política, o autor em tela acrescenta que além da expressão designar várias atividades, ela pode significar práticas, orientações ou mesmo processos que são típicos de democracias ocidentais. Baseado nesta concepção, Bobbio (2009) defende ser difícil à aplicação destes paradigmas em realidades com altos *déficits* de analfabetismo e realidades carentes de infra-estruturas políticas. Para o autor, a participação pode ser interpretada de formas diferentes que vão de uma participação de “simples espectador a de um protagonista de destaque”. (BOBBIO, 2009, p.888)

Para Bobbio (2009), o ideal democrático de participação política só será possível a partir do momento em que os cidadãos estiverem atentos a evolução política da coisa pública, informados das situações políticas e forem capazes de escolher seus representantes. Lamenta que o interesse pela política seja ainda pequeno e restrito a um grupo definido de pessoas, justificando que em geral as pessoas estão mais informadas sobre acontecimentos esportivos e ao mundo do espetáculo e outros fatos diários do que política. Para ele a participação de fato só ocorre no processo eleitoral, no ato do voto.

Gohn (2007) esclarece que, no âmbito das ciências sociais, a participação é discutida como: termo, noção, categoria ou conceito. Segundo a autora, participação neste universo teria conceitos ambíguos e como exemplo cita o período pós ditadura no Brasil quando o conceito voltou a ser usado com o sentido de participação da sociedade civil.

### 1.3.3 – O Controle Social dos clássicos a concepção pós Constituição Federal de 1988

Apesar de o termo Controle Social ser de uso recente identificado por Carvalho, A.I. (1995), foi estudado e pesquisado conforme aponta Correia (2004, p. 149), “com sentidos diferentes a partir da concepção de Estado e sociedade civil adotada e da interpretação diferenciada da relação entre essas esferas”.

A partir desta perspectiva, a contribuição do filósofo clássico Thomas Hobbes<sup>2</sup> (1588-1679) foi trazida para o debate. Apesar deste não ter usado em seus escritos a terminologia ou categoria de controle social nas análises sobre a origem do Estado e/ou da sociedade ficava subentendido que a relação entre estas duas esferas seria selada por meio de um contrato. Em outras palavras, para este pensador, deveria existir uma limitação do agir individual na sociedade em que estes indivíduos fossem súditos do Estado.

Hobbes, ao estudar a teoria do Estado afirmava que a finalidade deste seria proteger a vida dos indivíduos bem como garantir a paz, e para que isto ocorresse, os homens que segundo ele, estariam em permanente estado de guerra ou em *estado de natureza*, chegariam a um determinado momento de suas vidas em que sentiriam a necessidade de firmar “um pacto entre eles, estabelecendo as regras de convívio social e de subordinação política”. (RIBEIRO, 2006, p.53).

Para Hobbes (RIBEIRO, 2006) a verdadeira liberdade se daria quando os indivíduos delegassem poderes ao soberano. Ao defender estas ideias afirmava que o Estado e a sociedade teriam se originado de um contrato. Para este autor, não teria alternativa:

[...] ou o poder é *absoluto*, ou continuamos na condição de guerra, entre os poderes que se enfrentam. [...] É desta instituição do Estado que derivam todos os *direitos* e *faculdades* daquele ou daqueles a quem o poder soberano é conferido mediante o consentimento do povo reunido. (RIBEIRO, 2006, p. 63).

Como pode ser observado, Hobbes foi o grande defensor do Estado com poderes absolutos, pois era o povo quem delegava estes poderes ao soberano em troca de paz que se daria por meio de um contrato, em outras palavras, cabiam ao Estado os poderes de controle sobre a sociedade.

Outro teórico clássico que contribuiu para a discussão é Émile Durkheim (1858-1917), e que segundo Alvarez (2004) podem ser encontradas as raízes do termo *Controle Social*, associadas à questão da ordem e da integração social, ou seja, para a Sociologia de Durkheim era necessário que a sociedade fosse entendida como um organismo vivo nos mesmos moldes das ciências biológicas e qualquer “anomia” deveria ser corrigido para manter a ordem

---

<sup>2</sup> Thomas Hobbes mais conhecido como o *contratualista* do século XVI e XVII (RIBEIRO, 2006, p. 53)

social. Mesmo que Durkheim tenha focalizado suas reflexões em fenômenos como o crime e a pena, foi possível entender o tipo de racionalidade que fundamentava a análise deste teórico influenciando tanto mecanismos gerais de manutenção da ordem social, como de instituições específicas que ao sentirem-se ameaçadas buscavam fortalecer a integração da sociedade e reforçar a ordem social. Alvarez (2004, p. 169) completa a afirmação dizendo que:

[...] a unidade de análise nas discussões de Durkheim e de outros autores do século XIX era o conjunto da sociedade, e o problema principal consistia, de modo mais geral, em como estabelecer um grau necessário de organização e de regulação da sociedade de acordo com *determinados princípios morais, mas sem o emprego excessivo da pura coerção*. (apud COHEN; SCULL, 1985. p.5)

Segundo Alvarez<sup>3</sup> (2004), foram às reflexões de Durkheim que anteciparam as questões relativas ao *Controle Social*, mas foi na Sociologia norte-americana do século XX, que o termo teria sido usado com mais frequência.

O autor destaca que *Controle Social*, era usado pelos sociólogos americanos para apreender os *mecanismos de cooperação e de coesão voluntária* na sociedade. Segundo Alvarez (2004), a preocupação deles era encontrar na própria sociedade as raízes da coesão e harmonia social ao invés de propor uma transformação ou mudança social.

Mesmo assim, a categoria seguiu por caminhos variados e como apontou Alvarez (2004), de análises macro, migrou para análises micro como foi o caso do encontro da categoria pela Psicologia Social da Escola de Chicago.

Nos anos 60 do século XX, o termo foi adotado de forma mais crítica acerca dos mecanismos de controle social presentes na sociedade moderna, nesse sentido, segundo Alvarez (2004, p.171) - “Michel Foucault foi um autor de fundamental importância para a construção de novas formas críticas de pensar a questão do controle social contemporâneo.”

---

<sup>3</sup> O autor destaca George Herbert Mead (1863 – 1931) e Edward Alsworth (1866 – 1951), sendo este último, o primeiro a utilizar a expressão *Controle Social* em inglês.

Foucault<sup>4</sup> analisou as práticas punitivas que ocorreram na sociedade moderna, a partir de suas pesquisas realizadas em prisões na França da época clássica ao século XIX. Neste estudo analisou as relações de saber e de controle do sistema carcerário (instituições estatais) em relação aos presos e que segundo Santos (2005, p.2), constituiu a *microfísica do poder*, isto é “a estratégia das classes dominantes para produzir a alma como *prisão do corpo* do condenado – a forma acabada da *ideologia de submissão* de todos os vigiados, corrigidos e utilizados na produção material das sociedades modernas”.

Na conjuntura atual, o Controle Social, segundo Correia (2005), foi utilizado com sentidos distintos na ciência política, ou seja, neste contexto, o Controle Social se constituiu no eixo da relação que se estabelece entre o Estado e a sociedade civil.

Desta perspectiva, Correia (2005), aponta existirem duas concepções dentro deste debate. Uma que concebe o Controle Social realizado pelo Estado sobre a sociedade civil, ficando evidente a concepção “restrita”, ou seja, o Estado que fica a disposição dos negócios da classe dominante. Nesta concepção, a autora destaca a perspectiva de Marx, em que o Estado estaria a serviço da burguesia.

Na segunda concepção da qual Correia (2005) faz menção é a do Controle Social realizado pela sociedade civil sobre as ações do Estado. Para a autora, esta é a concepção “ampliada” de Estado. Mesmo o Estado representando os interesses da classe econômica e política dominante, que tenha controle sobre a sociedade por meio das políticas públicas que se localizam num campo contraditório, ele incorpora demandas das demais classes que compõe a sociedade civil. Nesta segunda concepção a autora se fundamenta na perspectiva gramsciana.

Correia (2005) defende que foi no contraditório campo das políticas sociais que nasceu o novo conceito de Controle Social. Segundo ela, foi neste contexto que os diversos setores da sociedade civil organizada reclamavam uma participação direta na gestão estatal para poder fiscalizar as ações e gastos do Estado, mas também participar das deliberações e decisões em

---

<sup>4</sup> Filósofo francês, nascido no século XX autor do livro *Vigiar e Punir*.

colegiados, garantindo que suas demandas e necessidades entrassem para as pautas dos governos. Com a criação legal dos Conselhos e das Conferências, instâncias vinculadas a estrutura dos órgãos da administração pública municipal, estadual ou federal passaram a ser chamados por muitos autores, dentre eles Correia (2011), de espaços de participação “institucionalizada”.

Na esteira desta discussão, para Correia (2005), a concepção de Estado “ampliado” é o que melhor traduz o Controle Social exercido atualmente nos Conselhos e nas Conferências, pois envolve a capacidade dos setores da sociedade civil organizada de interferir na gestão pública, orientando e controlando as ações do Estado em prol da melhoria de vida da população. No entanto, ela admite que as fragilidades e limitações existentes nestes colegiados são de todas as ordens e por mais que a participação tenha se institucionalizado pelas conquistas e pressões das lutas sociais, podem ao mesmo tempo se constituir em mecanismos de legitimação de quem está no comando naquele momento e de cooptação dos movimentos sociais, mas ao mesmo tempo podem se constituir em espaços de ampliação da democracia.

Nesta direção, é possível afirmar que o controle social exercido pelo Estado sobre a sociedade civil, foi uma característica nos primórdios da saúde no Brasil, ou seja, o Estado era detentor do controle de suas ações sobre a população. Basta verificar na história quando da chegada da Corte Portuguesa ao país em 1808. Uma das primeiras providências foi criar duas instâncias de saúde pública: a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor, conforme destaca Escorel e Teixeira (2008, p.334). O objetivo da primeira era a fiscalização do exercício da medicina, aplicando multas aos que não fossem habilitados para a arte da cura e a segunda deveria fiscalizar a salubridade dos navios, impedindo a chegada de doenças nas cidades costeiras.

Em 1828, extintas estas duas instâncias, a responsabilidade foi assumida pelas Câmaras Municipais, que segundo Escorel e Teixeira (2008, p.335), se dedicavam apenas na aplicação de vacinas para impedir a varíola, o controle da entrada de escravos doentes e a expulsão de pessoas acometidas de doenças contagiosas das cidades.

Nos anos de 1849 e 1851, foi criada a Junta Central de Higiene Pública com a responsabilidade de desenvolver um papel de *polícia sanitária*. Esta Junta tinha algumas atribuições como: a aplicação da vacina antivariólica,

fiscalização do exercício da medicina, a inspetoria dos Portos, internação de doentes graves em lazarentos em tempos de epidemia e a internação de loucos no Hospício Pedro II, criado em 1841. (SCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 336)

O termo, *polícia sanitária*, surgiu no século XVII na Europa - época do mercantilismo e em Estados alemães. O termo *polícia*, designava vários ramos da administração pública, e a administração da saúde ficava designada a uma *polícia médica*. No século XVIII, com o advento da medicina social, a polícia médica, de acordo com Scorel e Teixeira (2008, p. 336), se tornou uma política de Estado em relação à saúde se configurando em política sanitária.

Nestes mesmos moldes, estas ideias foram introduzidas no Brasil, materializando-se no chamado modelo campanhista<sup>5</sup>.

As campanhas desenvolvidas por este modelo campanhista conhecido também por sanitarismo campanhista, adotado nos primórdios da saúde do século XIX em nosso país, foi alvo de controvérsias entre os profissionais de saúde, pois criticavam as campanhas defendendo que estas deveriam ocorrer de fato **rotineiramente na saúde** (grifo nosso) e não apenas em momentos de crise. Isto segundo Carvalho, A.I. (1995, p. 12), comprova que a relação Estado-sociedade na área da saúde ocorreu de forma política e técnica, isto é:

[...] onde não há sujeitos senão entre os executores da ação sanitária, ou seja, onde ao Estado cabe o papel, por suposta delegação da sociedade, de intervir em pessoas e grupos em nome da saúde de todos.

Na afirmação, percebe-se que o *Controle Social* nos primórdios da saúde no Brasil se caracterizava como o controle exercido pelo Estado sobre a sociedade, pois era ele (o Estado) conforme apontou Carvalho, A.I. (1995, p. 12), o “portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo. A participação não chega a ser passiva; é como alvo”.

Assim, entender Participação e Controle Social na relação que se estabelece entre o Estado e a sociedade civil dependerão das interpretações diferenciadas destas duas esferas nos dizeres de Correia (2004, p. 149).

---

<sup>5</sup> Ações especializadas com o objetivo de controle de determinadas doenças, as campanhas sanitárias se caracterizaram pela autonomia frente às práticas rotineiras de saúde, por sua curta duração e, em diversos momentos, por assumirem um perfil análogo ao das operações militares (SCOREL & TEIXEIRA, 2008, p. 348).

Segundo a autora, o Controle Social sofreu uma inflexão no Brasil tomando vulto “a partir do processo de democratização na década de 80”, pois foi o momento de mobilização de setores da sociedade civil organizada que reivindicavam a participação nas decisões da gestão estatal por dentro dos aparelhos do Estado, participação esta que adquiriu um caráter institucionalizado, e que mais tarde, isto é, década de 90 foi materializado nos Conselhos e nas Conferências.

Desta forma, o marco divisor, que legitimou esta afirmação foi a Constituição Federal de 1988. Pois a partir deste documento mudanças foram efetuadas e o Controle Social foi condicionado a garantia da participação da população na definição e deliberação de estratégias e no controle da execução, acompanhamento e na fiscalização da Política Pública de Saúde.

## **2 – O CONTROLE SOCIAL E A RELAÇÃO QUE SE ESTABELECE ENTRE: ESTADO E SETORES ORGANIZADOS DA SOCIEDADE CIVIL – CONCEPÇÕES EM MARX E GRAMSCI**

Como foi possível constatar, o Controle Social, dependendo do contexto histórico sofreu interpretações que variaram em seu sentido desde os clássicos até pensadores contemporâneos. Assim, o Controle Social que se caracterizou nos primórdios na área da saúde no Brasil foi aquele que o Estado tinha o poder do controle das ações de saúde sobre a sociedade civil o que ajuda a explicar a frágil participação da população e neste aspecto à figura de um Estado coercitivo se fez mais evidente. A partir da Constituição Federal de 1988, apesar de não existir esta expressão, o sentido de Controle Social migrou para outro patamar de entendimento, o de que a sociedade civil precisava participar e controlar as ações do Estado nos processos decisórios. Nogueira (2005, p. 54) ilustra esta situação quando aborda sobre o processo de democratização no Brasil e diz que:

As demandas e reivindicações sociais apontavam para uma expansão do processo de “socialização” do Estado, que se traduzia em maior disposição “cívica” de entrar no aparelho estatal e de direcioná-lo.

No destaque acima, Nogueira (2005) identifica que a vontade geral da sociedade civil era participar da agenda governamental e ser também o protagonista que toma decisões junto com o Estado. Nesta direção, a escolha de pensadores marxistas nesta pesquisa foi importante, pois sua teoria crítica e método dialético contribuem nas explicações e análises de situações da realidade, mesmo que estes pensadores tenham diferenças quanto ao conceito de sociedade civil e quanto à função do Estado o que para Correia (2004), implica perspectivas diferentes quanto à interpretação do controle social.

### **2.1 – CONTROLE SOCIAL: ESTADO E SOCIEDADE CIVIL - CONCEPÇÕES EM MARX**

Coutinho (2008, p. 13) em seu ensaio *A dualidade de poderes: Estado e Revolução no pensamento marxista*, contribui para que se compreenda, dependendo do modo de conceber o Estado em “restrito” ou “amplo”, as implicações dos diferentes modelos de revolução como a “explosiva” ou a “processual”.

O foco do autor foram as primeiras pesquisas que Marx empreendeu ao estudar o Estado moderno tomando por base Hegel que afirmava ser a sociedade civil o campo das relações econômicas e o Estado à constituição do campo da universalização. De acordo com Coutinho (2008), Marx foi categórico ao criticar a universalização defendida por Hegel, afirmando ser uma “aparência”, pois velava a dominação de uma classe que defendia apenas seus interesses.

Marx, segundo Coutinho (2008) avança nesta discussão quando ele descobre a importância ontológico-social da economia política, com a ajuda de Engels que escreveu um artigo que se chamava o *Esboço de uma crítica da economia política* e que fora publicado em 1844. A partir deste escrito, Marx analisou os fundamentos materiais dessa divisão da “sociedade civil” traduzindo-os em interesses particulares (COUTINHO, 2008, p.19). Os resultados que Marx chegou foram os de que na sociedade civil existiam duas classes: os donos dos meios de produção e os que necessitavam vender sua força de trabalho para sobreviver.

Para Marx, a noção de Estado e sua teoria social propõe a despolitização da sociedade civil, utilizando-se da coerção e da cooptação para validar sua “autoridade” perante as classes sociais subalternizadas, materializando-se estes mecanismos controladores por meio das políticas sociais. O Estado de acordo com esta noção garantiria a dominação dos que possuem os meios de produção sobre os que não os possuem definindo sua natureza de classe e deixando claros os interesses que representa.

Coutinho (2008) destacou que esta nova abordagem dada ao Estado a qual Marx e Engels haviam chegado estava formulada nos escritos *A ideologia alemã* de 1845. Neste documento, Marx e Engels defendem a concepção de um Estado “ao lado e fora da sociedade civil”. Para os dois, o Estado era formado por indivíduos de uma mesma classe, os que dominam os demais e

que por meio do Estado se apropriam de todas as decisões que dizem respeito ao que é comum ou como defendia Hegel – universal.

Marx e Engels mostraram que a função política do Estado era “restrita”, pois não permitia que a sociedade civil fosse politizada. Segundo Coutinho (2008), foi no *Manifesto Comunista* de 1848 que Marx e Engels afirmavam ser:

O poder político do Estado moderno nada mais é do que um comitê para gerir os negócios comuns de toda a burguesia [...] O poder político é poder organizado de uma classe para a opressão de outra. (Marx e Engels apud COUTINHO, 2008, p. 20)

De acordo com o exposto, e segundo Coutinho (2008) estaria formulada a essência da concepção “restrita” de Estado. Não foi a toa que os pensadores desta concepção de Estado vão defender a “revolução permanente” e que mais tarde será combatida por Gramsci. Marx e Engels vão defender a luta armada da classe trabalhadora, entendendo que só pela derrubada violenta da classe dominante por parte dos trabalhadores se chegaria ao poder.

Porém, Coutinho (2008), traz um dado interessante a respeito de Engels que falece doze anos mais tarde que Marx. Engels teria conseguido perceber algumas mudanças na sociedade e por conta desta percepção este pensador teria feito uma autocrítica na Introdução do texto escrito por ele e Marx chamado *As lutas de classe na França* de 1850. Movido por estas mudanças formulou novas propostas de estratégias para o movimento operário.

Coutinho (2008) passa a chamar as novas propostas de Engels de “concepção processual” da transição ao socialismo. Isto tanto é real que o próprio Engels reconheceu não ser mais possível motivar revoluções ou incitar a violência. Mas para Engels deveria ocorrer um “trabalho longo e perseverante” com as massas. Na nova formulação que Engels fez do Estado, este não foi mais concebido como o “comitê das classes dominantes”, mas para ele, conforme Coutinho (2008, p.27) passou a ser fruto de um “contrato” ou “pacto”.

Engels se deu conta que a classe dominante não agia apenas pela coerção, mas ela se legitimava pelo consenso dos governados e que Engels entendeu como “contrato”. Ele foi mais adiante, percebendo que as demandas das classes operárias se inscreviam no coração dos aparelhos do Estado

exemplificando o parlamento eleito pelo sufrágio universal, os partidos políticos legais e de massa. Por conta desta inflexão no pensamento deste marxista, que conseguiu perceber as novas determinações do Estado, Coutinho (2008, p.28), define “o Engels tardio” como o “primeiro marxista a empreender o processo de “ampliação” da “teoria do Estado”, que será a próxima discussão, mas em outro pensador – Gramsci.

Coutinho (2008, p. 50) cita que além de Engels, tiveram também outros pensadores como Rosa Luxemburgo e outros que possuíam uma visão ampliada de teoria do Estado, mas para ele quem de fato melhor sistematizou esta formulação foi o italiano Antonio Gramsci em ‘Os Cadernos do cárcere’ que demarca o “verdadeiro ponto de inflexão no desenvolvimento da teoria marxista do Estado e de revolução”.

## 2.2 – CONTROLE SOCIAL: ESTADO E SOCIEDADE CIVIL – CONCEPÇÕES EM GRAMSCI

Ao contrário de Marx, Gramsci (1891 - 1937) viveu várias experiências de um período histórico desde a Revolução Russa de 1917 a sua prisão pelo regime fascista na Itália. Assistiu ao fracasso da revolução socialista nos países da Europa Ocidental e Central, a derrota do proletariado por conta dos regimes fascistas e a adesão da burguesia a estes regimes que era atraída pelo poder capitalista que se impunha cada vez mais, além disso, assistiu o esvaziamento e fracasso dos “conselhos de fábrica” (COUTINHO, 2008, p. 50) em 1920 na Itália.

No entanto, apesar de assistir a estes acontecimentos, que se caracterizam também de repressão, Gramsci observou o outro lado desta intensa movimentação e conquistas que foram sendo ampliadas dentro da sociedade civil junto ao Estado. Na avaliação de Coutinho (2008, p. 52), Gramsci percebeu a “socialização da política”<sup>6</sup>.

Nesta direção a percepção de Gramsci o fez reformular a teoria “restrita” da esfera política de Estados oligárquicos e autoritários migrando para outro

---

<sup>6</sup> Conquista do sufrágio universal, da criação de grandes partidos políticos de massa, da ação efetiva de numerosos e potentes sindicatos profissionais e de classe. Não só os liberais, mas até mesmo os conservadores e a nova direita, para pretender eficácia, tiveram então de se apoiar em amplos movimentos de massa.

entendimento de uma esfera pública, no sentido “ampliado” (COUTINHO, 2008, p. 53).

Para Correia (2005), Gramsci teve como eixo de análise a realidade como princípio da totalidade, eliminou princípios que consideram apenas o determinismo econômico, político, o individualismo e o ideologismo e considerou uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura – como a economia, a política e a cultura concluindo que a realidade era a síntese de múltiplas determinações. Coutinho (2008) também concorda fazendo uma observação importante a de que Gramsci não descartou em hipótese alguma, o núcleo fundamental da teoria ‘restrita’ de Marx e Engels que foi o de considerar “o caráter de classe e o momento repressivo de todo poder de Estado”. Gramsci, segundo Coutinho (2008, p. 53), acrescentou novas determinações a esta perspectiva. Assim, para este pensador o conceito de Estado foi à soma da “sociedade civil” mais a “sociedade política”. Sendo a “sociedade política”:

[...] o conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante detém e exerce o monopólio legal ou de fato da violência; trata-se, portanto, dos aparelhos coercitivos do Estado, encarnados nos grupos burocrático-executivos ligados às forças armadas e policiais e à imposição das leis.

Sociedade civil ao contrário de Marx e Engels que a entendiam como de “base material” ou de “infra estrutura”, para Gramsci seria o momento da “superestrutura”, ou mais detalhadamente:

[...] o conjunto das instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias; ela compreende assim o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, as organizações profissionais, os meios de comunicação, as instituições de caráter científico e artístico etc. (COUTINHO, 2008, p.53-54)

Baseados no conceito de sociedade civil de Gramsci, Simionatto (1995, p. 67) contribui e complementa que:

[...] sociedade civil é o espaço onde se organizam os interesses em confronto, é o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e as contradições. Nele, a sociedade civil é um momento da superestrutura ideológico-política e não, como em Marx, da base real. Essas esferas, contudo, não são independentes, pois estrutura

e superestrutura se relacionam dialeticamente. Tal relação é a chave do marxismo gramsciano.

Correia (2004) acrescenta que para Gramsci, o Estado e sociedade civil não são distintos, mas uma unidade orgânica na diversidade e que o Estado ampliado na esfera ideológica para manter sua hegemonia, de uma classe sobre a outra se ampara na conquista do consenso para incorporar as demandas das classes subalternas, mantendo-se também como classe dirigente. Assim, não só a classe economicamente forte, mas também as classes subalternas buscam espaços na sociedade civil para criar a contra-hegemonia por meio da “guerra de posições” (CORREIA, 2004, p.164) na perspectiva de Estado ampliado.

Assim, de acordo com Coutinho (2006, p. 36 - 37), embora Gramsci insista sobre a diversidade estrutural e funcional das duas esferas da superestrutura (sociedade política + sociedade civil), não perde de vista o momento unitário, pois para ele sociedade civil e Estado se identificam. O fato novo observado por este pensador foi de que nas sociedades capitalistas avançadas e complexas a sociedade civil ganhou uma “autonomia *material* (e não só funcional) em relação ao Estado em sentido estrito”. Como passou a ter uma independência material é também dotada de legalidade própria conforme Coutinho (2006) funcionando como mediadora entre “a estrutura econômica (que Gramsci chama muitas vezes de “sociedade econômica”) e o Estado-coerção (ou “sociedade política”)”.

Neste sentido, com base na reflexão gramsciana de um conceito de Estado ampliado nas sociedades capitalistas mais complexas, a teoria crítica deste pensador possibilita analisar a relação estabelecida entre Estado e sociedade civil no período das mobilizações e pressões que ocorreram no Brasil, pré - Constituição a favor da uma reforma no setor saúde, culminando com o Projeto da Reforma Sanitária, isto é, a correlação de forças entre Estado e setores da sociedade civil organizada foi estabelecida com uma proposta transformadora de um projeto coletivo de saúde pública universal e igualitária a todos os cidadãos brasileiros e não mais uma saúde de “mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social” (TEIXEIRA e MENDONÇA, 2006, p.214).

É neste sentido que se pode afirmar que em Gramsci conforme Coutinho (2006), não só a sociedade civil “é um momento da superestrutura político-ideológica, mas condicionada “em última instância” pela base material da sociedade (que é o local onde tem a gênese das classes)”, Coutinho (2006, p. 41).

Nesta direção para que fosse possível analisar o tipo de controle social exercido no Conselho Estadual de Saúde – CES/PA, foi necessário entender como os setores da sociedade civil organizada em nosso país juntaram forças para que a saúde fosse entendida um direito universal e como foram conquistados os espaços dos Conselhos e das Conferências para debater assuntos relativos a esta política numa dimensão coletiva. Nesta perspectiva, é importante apresentar os sujeitos que foram se organizando na sociedade, dando forma e vida a um grande “Movimento Social em Saúde” (GERSCHMAN, 2004) tendo como foco a reformulação do setor o que culminou com a proposta do projeto da Reforma Sanitária no Brasil.

### 2.3 – A REFORMA SANITÁRIA E OS SUJEITOS QUE DERAM FORMA E VIDA AO MOVIMENTO SOCIAL EM SAÚDE

A autora Gerschman (2004) em seu livro: *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*, analisou e estudou o Movimento Popular em Saúde e o Movimento Médico. Porém, não deixou de mencionar o Movimento Sanitário. A autora Sarah Escorel é quem analisa o Movimento Sanitário. Todavia, as autoras concordam que todos estes sujeitos sociais fizeram parte da totalidade do Movimento Social em Saúde, cada qual com as suas contribuições.

É importante pontuar mesmo que cada grupo tenha se constituído de forma diferenciada, no sentido de ter um grau de articulação diferente do outro, diferenças na sua composição, apenas para citar algumas, todos estes sujeitos contribuíram para as mudanças empreendidas na área da saúde. Isto ocorreu na democratização do país, envolvendo na prática as relações entre Estado e Sociedade por meio dos diversos interesses destes grupos que foi composto o Movimento Social em Saúde com o objetivo de luta para a concretização do projeto da Reforma Sanitária brasileira denunciando dentre outros problemas, o

combate “a hegemonia da política de mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social” (TEIXEIRA e MENDONÇA, 2006, p.214).

Nesta perspectiva, a Reforma Sanitária se originou da necessidade de ampliar o conceito de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Segundo Gerschman (2004), um dos fatores mais impactantes foi à alta concentração de renda nas mãos de poucos, resultado das políticas econômicas que acirravam ainda mais as diferenças sociais da população brasileira. A autora completa que por conta deste contexto:

Um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza se traduziu em propostas políticas que se concentraram na redefinição de políticas sociais. (GERSCHMAN, 2004, p.53)

De acordo com a autora, foi naquele contexto que as áreas como a educação, assistência social, habitação, e outras, incluindo a saúde, passaram a ser alvo de pressões por parte da sociedade que começou a cobrar do Estado mudanças no sistema de saúde, mas também cobrou abertura política dando início assim, o processo de construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Apesar de Gerschman (2004), não se dedicar ao Movimento Sanitário, não deixou de mostrar sua importância e considerá-lo como o mentor do processo de reformulação do setor saúde destacando que foi no interior dele, a construção dos primeiros impulsos do projeto reformulador na década de 70, com a criação dos departamentos de medicina preventiva nas faculdades ligadas à área, quando então é difundido o pensamento crítico na área da saúde.

Para Gerschman (2004), a crítica se dava ao modelo de saúde que prevalecia no país, no qual o setor privado era financiado pelo setor público, e segundo a autora (2004, apud Oliveira & Teixeira, 1986, p. 54) foi isto que, “levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público”.

Para ilustrar como a saúde era conduzida em nosso país na primeira década da ditadura militar (1964 – 1974), Oliveira e Teixeira (1986 apud Escorel, 2008, p. 390), que apontam cinco características desta área neste período:

- a extensão da cobertura previdenciária abrangendo todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos;
- o privilegiamento da prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo;
- o estímulo à criação de um complexo médico-industrial com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos, em decorrência da modalidade de atenção à saúde que foi privilegiada;
- o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, devido à atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo de serviços de saúde, por intermédio da previdência social e
- a organização da prática médica em moldes mais capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela, tornada possível pela interferência estatal no setor saúde.

Como destacado por Escorel (2008), a saúde pública estava sendo sucateada o que dificultava para a população pobre acessá-la, uma vez que era desprovida de recursos para pagar a saúde privada, em contrapartida, este setor crescia significativamente. A luta pelo projeto da Reforma Sanitária não foi apenas a luta por um Sistema Único de Saúde, mas contemplava uma democratização da saúde. Nesta direção Escorel (2008) defendeu que a saúde não deveria ser somente um bem de todo o ser humano, mas deveria ser acima de tudo, um direito.

Apesar das mobilizações dos movimentos sociais em saúde nos grandes centros urbanos do país terem surgido na década de 70 e dado início a construção do projeto da Reforma Sanitária, com propostas envolvendo os vários sujeitos sociais no processo, foi somente na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1986, a definição do projeto da Reforma Sanitária brasileira que expressava:

[...] uma conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um 'direito do cidadão' e, conseqüentemente, um 'dever do Estado'. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e à melhoria das condições de vida geradoras de doenças (GERSCHMAN, 2004, p.55).

De acordo com a definição acima, observou-se que tanto Escorel como Gerschman entendiam a saúde como um conceito ampliado não apenas como

um bem maior de todo o ser humano, mas como um direito de todo o cidadão e dever do Estado. Segundo Gerschman (2004), para que o projeto fosse efetivado, mudanças nas políticas públicas foram reivindicadas pela sociedade como:

[...] a criação de um sistema único de saúde com notável predomínio do setor público; descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde; participação e controle da população na reorganização dos serviços e readequação financeira do setor (GERSCHMAN, 2004, p.55).

As mudanças propostas pelos movimentos sociais foram construídas no interior destes movimentos na área da saúde, mobilizando também outros grupos que não só da saúde. Neste sentido, os autores Gallo e Nascimento (2006), defendem que o projeto da Reforma Sanitária:

[...] ainda que tenha partido de intelectuais do setor, visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde. Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país. (GALLO e NASCIMENTO, 2006, p.93)

Para Gerschman (2004), apesar de ter ocorrido no país forte mobilização e luta dos movimentos sociais na área da saúde no final da década de 70 e início de 80, de partidos políticos que se identificavam com a causa, de sindicatos, da igreja, dentre outros sujeitos que se manifestavam por melhores condições de vida nesta área, as dificuldades nos dias atuais persistem no que se refere à implementação do que foi expresso na Constituição Federal de 1988.

Segundo a autora, apesar de muitas demandas terem sido consolidadas neste documento, não se converteu em transformações totais, mas em “reformas” parciais. A autora explica que estas dificuldades são frutos de políticas econômicas de ajuste à crise, cortes nos gastos destinados as políticas sociais, diminuição dos recursos do Tesouro destinados principalmente ao setor saúde, o aumento das contribuições de empregados e empregadores, a criação de novos fundos sociais, que ao invés de financiar os setores sociais destinavam-se a suprir a crise fiscal.

Como já sinalizado, os movimentos sociais em saúde surgiram em ambientes diferentes, porém todos tinham em comum a luta pela democratização do país, o fim da ditadura e uma saúde de fato pública, gratuita e universal.

### 2.3.1 - O Movimento Sanitário

Este movimento surgiu na década de 70 e foi composto “de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor” (ESCOREL, 2008, p. 407).

Para Escorel (2008), o movimento pode ser dividido em três vertentes: o Movimento Estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); o Movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica e por fim a vertente que compõe os profissionais das áreas de docência e pesquisa - a academia.

A primeira vertente caracterizou-se por defender a teoria da medicina social, ou seja, despertar a consciência sanitária entre os sujeitos envolvidos; reforçar a ideia pela luta de democratização do país e combater a privatização e comercialização da saúde. A segunda vertente diferenciou-se da primeira, atuando politicamente na arena concreta do mundo do trabalho. Esta vertente se direcionava “para a conquista dos instrumentos de luta dos trabalhadores: os sindicatos” (ESCOREL, 2008, P. 409).

E por fim, a terceira vertente do Movimento Sanitário foi constituída pela “academia” construindo o marco teórico e o referencial ideológico do movimento.

Escorel (2008) aponta que o Movimento Sanitário se orientou de duas diretrizes. A primeira baseava-se na luta pela “saúde e democracia”. E a segunda, objetivava a entrada dos sujeitos mais qualificados do movimento nos aparelhos de Estado, com o objetivo de “tentar dar uma outra *direcionalidade* à política pública” (ESCOREL, 2006, p.186).

A autora defende que a característica positiva deste movimento foi a de ter a capacidade de estabelecer alianças com os diversos setores fossem eles progressistas, populares ou não, desde que estivessem comprometidos com a

luta. Para ela, este foi o motivo pelo qual o movimento conseguiu se manter em direção a um projeto global de sociedade.

Porém, verificou-se no artigo de Sarah Escorel (2006) que ela defende que o Movimento Sanitário não se constitui de um movimento corporativo, nem elitista e nem de interesses próprios. No entanto, não aponta quem seriam os possíveis autores que fazem a crítica ao movimento, amparando-se em Carlos Nelson Coutinho, Gramsci e outros autores, na perspectiva de que “todos os espaços conquistados são imediatamente ‘abertos’ (no sentido de permitir e propiciar a ação)” (ESCOREL, 2006, p. 187).

A autora pontua que o movimento seria no contexto da sociedade, um bloco histórico “alternativo” ao dominante, pois tinha a capacidade de selar alianças mantendo-se na luta pela melhoria da saúde da população. Porém, Escorel (2006), faz duas críticas ao movimento que; ao privilegiar como estratégia o aparelho do Estado como palco de luta estaria relegando a um segundo plano à atuação sobre as próprias condições de saúde. E a segunda crítica foi o fato dele ter optado por uma luta “técnico-política institucional” o que teria distanciado o movimento de um trabalho mais próximo a classe trabalhadora.

Por conta destes aspectos, Escorel (2006), atribuiu a dificuldade do movimento de se colocar e ser visto como sujeito ou intelectual orgânico do proletariado e de ter credibilidade no meio de outros intelectuais setoriais.

### 2.3.2 - O Movimento Popular em Saúde

Ao contrário do Movimento Sanitário que teve sua origem na academia, o Movimento Popular em Saúde se originou em bairros pobres das grandes periferias das cidades e favelas que se localizavam nos grandes centros urbano-industriais de acordo com Gerschman (2004). Segundo a autora, o surgimento deste movimento se deu por volta da década de 70, com a presença também de médicos, profissionais e agentes de saúde, que se posicionavam de forma paternalista e que os muitos políticos que lá transitavam, eram aqueles que tinham a finalidade exclusiva de angariar votos para as eleições.

A autora sinaliza que este momento inicial do movimento tinha como característica reivindicações “pontuais”, isto é, melhores condições de vida como saneamento, postos de saúde, água, esgoto, escolas, dentre outras. De acordo com Gerschman (2004), o movimento popular deixa de ser virtual, e passa a adquirir realidade no instante em que ele passa a ter como alvo suas manifestações exigindo a presença do Estado. Nesta dinâmica caracteriza-se a relação entre o Estado e a sociedade, de tensão permanente, contraditória e constituinte.

A autora divide a evolução do movimento em três fases: a “fase reivindicativa”, a de “politização do Movimento Popular em Saúde” e a de “acesso a formas orgânicas da política” ou da “institucionalização” do movimento.

A “fase reivindicativa” discutia problemas de nível local, como as dificuldades dos bairros e comunidades rurais, por exemplo, “o atendimento médico, os remédios caseiros, as parteiras, a formação dos agentes de saúde”, (GERSCHAMN, 2004, p. 101) este era o cotidiano dos movimentos e esta a concepção da “medicina comunitária”, o que justificou a presença de sujeitos sociais como médicos com posturas paternalistas e políticos a caça de votos presentes nesta primeira fase do movimento.

Este foi o motivo pelo qual o Movimento Popular em Saúde - MOPS estava inicialmente ligado à medicina comunitária composta não apenas por pessoas da comunidade, mas médicos-sanitaristas, religiosos, membros de partidos políticos, dentre outros. De acordo com a autora, o movimento se localizava principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo estendendo-se mais tarde para outros Estados.

Na formação inicial do movimento à Política Nacional de Saúde não era ainda debatida, pois uma das marcas do movimento era o seu afastamento das políticas estatais por temer que sua independência e autonomia pudessem ser abaladas.

O movimento se reuniu pela primeira vez em 1979, quando a discussão se baseou em relatos de experiências locais de medicina comunitária. No segundo encontro ocorreu um direcionamento para os debates no acompanhamento de propostas institucionais começando a despertar no movimento que a assistência médica deveria ser considerada dever do Estado

e o sistema de saúde deveria ser universal e igualitário. Sobre o terceiro encontro a autora não faz menção.

No quarto encontro, em 1983, foi abandonada a medicina comunitária, uma vez que a saúde passou a ser compreendida como direito do cidadão e dever do Estado e a não institucionalização do movimento, pois seus membros entendiam que com a obtenção de personalidade jurídica, o movimento seria facilmente cooptado perdendo sua autonomia política.

Conforme Gerschamn (2004), no quarto encontro, em nível nacional, se deu o ponto de inflexão do movimento, pois passou a se caracterizar pela marca política desvincilhando-se das lideranças religiosas e técnicas, buscando articulações com lideranças populares de federações estaduais e federais de associações de moradores de bairros e favelas. Os encontros nacionais tiveram dois grandes pontos.

O primeiro foi convidar especialistas no tema, que tivessem comprometimento com o movimento popular e objetivo de formar e informar lideranças populares, momento que iniciou a análise de conjuntura política nacional e dos serviços de saúde. O segundo foi a definição da estratégia política do movimento em relação às políticas de saúde.

No quinto encontro, o MOPS fez um balanço geral de seus avanços, de sua trajetória histórica e deu especial atenção a Política Nacional de Saúde, mas o debate mais importante foi o da transformação do movimento em personalidade jurídica. Os defensores desta ideia, segundo Gerschman (2004), argumentavam que seria melhor para o movimento, pois daria independência financeira, de forma que poderiam buscar outras fontes de recursos que não só as do Estado e que tendo *status* jurídico teriam mais rapidez em suas decisões com apoio de assessorias para fortalecer o trabalho de formação das bases do movimento. Em contrapartida, havia defensores de “posições ideológicas de autonomia extrema” (GERSCHAMN, 2004, p. 100), que entendiam que a não institucionalização era uma forma de preservação e não dissolução do movimento popular.

A fase de “politização do Movimento Popular em Saúde”, para Gerschman (2004), se deu quando em seu sexto encontro, em 1986, o MOPS decidiu representar o movimento na VIII Conferência Nacional de Saúde com a elaboração de um documento que pode ser dividido em duas partes. O primeiro

abordava temas previstos e relativos à Conferência e o segundo referia-se à questão do direito à saúde e como ele deveria ser garantido na Constituição Federal.

Segundo a autora foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde que o MOPS “se estabeleceu como força política no cenário da política nacional de saúde, tendo seu projeto inserido na proposta mais ampla de mudança nesse setor no País” (GERSCHAMN, 2004, p. 105).

Em 1987, último encontro em nível nacional, o MOPS se estabeleceu em nível estadual e municipal, por conta do próprio direcionamento que o projeto da Reforma Sanitária tomou no país recomendando que a reformulação da política de saúde se desse de forma descentralizada. A esta orientação o movimento investiu nos estados e municípios, a fim de incentivar a criação dos Conselhos de Saúde, pois de acordo com as diretrizes do processo de descentralização a população local teria mais poder de influência nos espaços decisórios como os Conselhos de Saúde.

A terceira fase que Gerschman (2004) denominou de “acesso a formas orgânicas da política” ou da “institucionalização” foi o momento mais difícil e complexo ocorrendo após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Foi o momento que as resoluções decorrentes da Conferência foram encaminhadas aos órgãos governamentais atrasando a implantação da Reforma Sanitária e descreditando o movimento que havia criado grande expectativa nas propostas aprovadas no evento. E o outro problema foi a divisão interna que se instalou no movimento. De um lado, os que eram a favor de uma política de caráter estatal ou institucional do movimento, e de outro, os defensores de uma política própria e independente do movimento.

Os defensores da independência e autonomia do movimento eram contrários à participação nos Conselhos de Saúde bem como em outros espaços e instâncias governamentais, pois acreditavam que ocorreria a cooptação do movimento por parte do governo e isto resultaria na dissolução do mesmo.

Um dos encaminhamentos da VIII Conferência Nacional de Saúde foi à criação de uma Comissão Nacional pela Reforma Sanitária a qual foi composta por integrantes do governo e da sociedade. Uma das brigas que se instalou dentro do movimento começou, segundo Gerschman (2004), justamente

porque uma parte achava que a Reforma Sanitária era de cunho estatal e não resolveria o problema da saúde, e a outra parte acreditava que mesmo com as dificuldades existentes era possível promover mudanças na saúde.

Esta cisão interna podia ser somada a outra que foi o caso da defesa por parte do movimento, pela estatização do setor saúde, em contrapartida à proposta de um sistema único de saúde com a presença do setor privado, desde que não subvencionado pelo Estado. A autora faz uma observação sobre o MOPS que ao defender a estatização absoluta dos serviços de saúde, por outro lado se colocava numa posição anti-Estado. Outra observação nesta mesma perspectiva foi que o MOPS defendia a criação de Conselhos Populares de Saúde não atrelados ao governo, em contrapartida foi a favor da criação de Conselhos Municipais de Saúde. Esta instabilidade e dificuldade de traçar estratégias políticas mais firmes demonstraram a fragilidade interna de divisão do movimento, como sinalizou Gerschamn (2004).

A autora faz algumas considerações em relação ao MOPS, defendendo que este movimento foi atuante em momentos de crise do setor saúde e que afetavam diretamente a população mais pobre. Identificando que as crises se situavam no campo das necessidades sociais básicas da população. Além disso, a atuação do MOPS foi marcada pela insuficiência e ausência do Estado no cenário da saúde, e neste sentido, o movimento acabou encurtando a “distância entre a esfera privada – social – e a esfera pública - ordem pública – incidindo marcadamente na formulação das políticas de saúde” (GERSCHAMN, 2004, p.134).

### 2.3.3 - O Movimento Médico

Ao contrário da localização e dos sujeitos que compunham o Movimento Popular em Saúde, o Movimento Médico se configurou no seio da classe médica, no conjunto das entidades médicas que tinham uma dinâmica diferente conforme Gerschamn (2004, p. 135), em que o interesse deste movimento voltava-se principalmente “a representação sindical, a regulação da profissão médica e a reprodução, informação e difusão da informação técnico-científica”.

O estilo do Movimento Médico se diferenciou do MOPS, pois algumas entidades como foi o caso dos Conselhos Regionais de Medicina e os

Sindicatos dos Médicos até início da década de 80 eram atrelados ao Estado, via Ministério do Trabalho - criados com vínculos estatais.

Isto demonstrou a grande distância que separou o Movimento Popular em Saúde do Movimento Médico. O MOPS dependeu inicialmente de apoio e incentivo da igreja, de partidos políticos, que os auxiliaram na organização, formação e atuação política, a fim de buscarem melhorias principalmente na área saúde. O que não foi observado no Movimento Médico.

Gerschman (2004, p. 143) dividiu o movimento em dois períodos. O primeiro – década de 70 – caracterizando-se pela atuação política dos médicos em “oposição à ditadura militar, às políticas de saúde implementadas naquele período e a intervenção militar nas entidades médicas”. No segundo, ocorreu uma mudança significativa na atuação do movimento na segunda metade dos anos 80. Este período foi marcado, pela atuação profissional e corporativa dos médicos, com caráter profissional e/ou sindical. A autora associa este segundo período de mudança a forte crise que se estabeleceu no país, fazendo com que os médicos tivessem que ter dois ou mais empregos, a fim de evitar o seu empobrecimento.

O resultado desta situação foi à depreciação da qualidade dos serviços, a falta de tempo para os estudos, o aumento dos erros médicos, dentre outros problemas que afetaram a profissão e levou a categoria representada pelo movimento, a lutar por melhores salários e se voltar “à defesa dos interesses econômico-corporativos dos médicos, [...] à revalorização do exercício liberal da profissão médica e à readequação das agendas e questões das entidades médicas” (GERSCHAMN, 2004, p. 149).

Gerschamn (2004) pontua que o movimento teve uma atuação importante na década de 70 e primeira metade da década de 80, quando questionava às políticas de saúde que predominavam no país e teve a sua importância na elaboração de uma proposta de reformulação do sistema que culminou com a Reforma Sanitária.

Entretanto, chama à atenção que ao analisar o material da VIII Conferência Nacional de Saúde, ficou explícito na atuação das entidades médicas, duas questões.

A primeira foi que as entidades colocavam como prioridade a discussão da isonomia salarial da categoria tomando força esta reivindicação em 1983

passando a discussão a ter mais relevância que a própria Reforma Sanitária. E a segunda questão, mais polêmica foi à discussão que tratava do emprego único, com salário único e tempo integral de trabalho. Porém, neste quesito, a maioria da categoria médica colocou-se resistente e contrária, ficando evidente que a categoria colocou limites à interferência do Estado sobre o trabalho médico, para que a prática liberal pudesse ser garantida. Por outro lado, segundo Gerschamn (2004), era exigida a interferência do Estado para o favorecimento de questões do interesse da categoria, por exemplo, a não obrigatoriedade de tempo integral, a isonomia salarial dentre outras.

Nesta direção, a autora aponta alguns fatores que favoreceram a desmobilização do Movimento Médico. Mudanças políticas conjunturais ocorridas nacionalmente e na saúde, no mercado de trabalho da categoria médica, aumento de empresas privadas de seguros de saúde, o crescimento de convênios e a deterioração do setor público, dentre outros. Por todos estes fatores foi que a luta pela política de saúde pública acabou sendo o alvo e objetivo da categoria médica – através de entidades que os representavam – para que estes pudessem fazer a mediação por reivindicações econômico-corporativas, demonstrando nesta situação a importância que a categoria se dava como profissional no sistema de saúde. Por esta perspectiva, a autora esclareceu que a década de 70,

[...] foi marcada pela oposição política ao regime autoritário, através de uma modalidade eminentemente plural da representação dos interesses da corporação médica, já a década de 80 apresenta traços singulares da atuação política da categoria. (GERSCHAMN, 2004, p. 173)

De acordo com o exposto, a desmobilização do movimento passou a ser expresso conforme a inserção dos médicos no mercado de trabalho, o que foi diferente na década de 70, em que as entidades principalmente dos Sindicatos dos Médicos - SinMed “representavam a categoria enquanto assalariados” (GERSCHAMN, 2004, p.173).

Entender como a sociedade civil foi se mobilizando ao longo da história com lutas e manifestação por melhores condições de vida da população na área da saúde pode ser considerada uma vitória, mas ser também um protagonista que participa diretamente na gestão estatal só foi possível com a

Constituição Federal de 1988, quando foram abertos os canais de participação e controle social por meio dos Conselhos e das Conferências.

### **3 – ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ**

De acordo com a pesquisa realizada em documentos da Assembléia Legislativa do Estado do Pará – ALEPA e do Diário Oficial do Estado do Pará – DOE/PA, a criação do Conselho Estadual de Saúde no Estado, ocorreu no dia 15.12.1971, no governo de Fernando José de Leão Guilhon, por meio da Lei Estadual N.º 4.373<sup>7</sup>. Mas em documentos do Conselho Estadual de Saúde – CES/PA, conforme *Relatório dos 15 anos de Existência do CES/PA – 2008*, segundo Klein, Carvalho, Ferreira e Santos (2008), o único registro que se teve acesso foi um “Livro de Posses” do ano de 1972, com informações apenas dos nomes de conselheiros que compunham o Conselho daquele período.

Segundo expresso na Lei Estadual N.º 4.373/71, em seu art. 1º, o CES/PA tinha como finalidade “orientar e fixar a política sanitária do Estado, bem como assim as atividades afins”. Apenas para lembrar, naquele período, a organização da saúde no país era orientada por Emendas Constitucionais, Decretos, pelo Código Nacional de Saúde aprovado pelo Decreto N.º. 49.974 de 21.01.1961 e só mais tarde, isto é, em 17.07.1975 é que a saúde no país foi organizada pelo Sistema Nacional de Saúde, por meio da Lei Federal N.º. 6.229/75, revogada pelas atuais Leis Orgânicas da Saúde – LOS, Lei Federal N.º. 8.080/90 e a Lei Federal N.º. 8.142/90.

O CES/PA quando de sua criação em 1971 no Estado do Pará era composto por quinze membros. De acordo com a Lei Estadual N.º. 4.373/71 art. 2º poderia fazer parte do referido colegiado, profissionais de “ilibada reputação e saber comprovado no campo da saúde”. A seguir a composição do CES/PA daquela época.

---

<sup>7</sup> Lei Estadual N.º 4.373 de 15.12.1971 – ver anexo

Nº.	Me mbr.	Composição do CES/PA em 1971	Sigla
01	01	Secretário de Estado de Saúde Pública	SESPA
02	01	Delegado Federal de Saúde	-
03	01	Diretor Regional de Saúde da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública	FSESP
04	01	Coordenador Regional da Superintendência das Campanhas de Saúde Pública do Ministério de Saúde	SUCAM
05	01	Representante da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia	SUDAM
06	01	Representante da Universidade Federal do Pará	UFPA
07	01	Representante das Forças Armadas sediadas em Belém	FFAA
08	01	Representante da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará	-
09	01	Coordenador do Projeto Rondon	Projeto Rondon
10	01	Representante do Fundo de Assist. e Previ. do Trabalhador Rural	FUNRU RAL
11	05	Membros - livre escolha do Governador, preferentemente médicos ou engenheiros sanitaristas.	-

Quadro 1 - 1ª Composição do CES/PA em 1971  
Fonte: Diário Oficial do Estado do Pará.

O CES/PA em 1971, tinha como membros permanentes os representantes do quadro dos itens nº. 01, 02, 03, 04 e 09. Sendo os demais indicados pelos órgãos correspondentes e nomeados pelo governador. A Lei Estadual Nº. 4.373/71, dava amplos poderes ao governador do Estado em escolher os cinco membros do item nº. 11 preferencialmente entre médicos e engenheiros sanitaristas que fossem de sua confiança e interesse, ficando a Presidência do Conselho sempre no exercício do Secretário de Estado de Saúde Pública. O mandato dos conselheiros naquela época era de quatro anos.

Ao contrário do que consta em lei hoje, o trabalho do conselheiro considerado de relevância pública e por isto não remunerado, na Lei Estadual Nº. 4.373/71 eram fixados em seu art. 6º, valores anuais denominados “jetons”, que remuneravam os conselheiros mensalmente. Podiam ser criadas Comissões no Conselho sempre que houvesse necessidade para tratar de assuntos que merecessem sua criação, prevalecendo este entendimento ainda nos dias atuais.

Na lei em tela, a Secretaria do Conselho era organizada com pessoal da Secretaria de Estado de Saúde Pública, ou se necessário, poderia ser formada por outros servidores de outras repartições do Estado. A lei permitia a criação de cargos para trabalhar na Secretaria do Conselho. Atualmente a organização

da Secretaria Executiva do CES/PA é diferente, pois os servidores que lá atuam devem pertencer preferencialmente a própria Secretaria Estadual de Saúde Pública - SESPA. O primeiro valor de crédito autorizado de acordo com a Lei Estadual Nº. 4.373/71 em seu art. 12, para o funcionamento do Conselho foi de Cr\$ 60.000,00 (Sessenta mil cruzeiros).

E por fim, segundo constava na Lei Estadual Nº. 4.373/71, eram oito as atribuições e competências do Conselho, a saber:

a) colaborar na execução do Plano Estadual de Saúde; b) colaborar na elaboração de Orçamentos e Planos de aplicação dos recursos destinados à Saúde Pública, no Estado do Pará; c) decidir sobre o Código Estadual de Saúde; d) coordenar e controlar, pelos modos e maneiras a seu alcance, todas as atividades sanitárias desenvolvidas no Estado; e) propor e deliberar sobre medidas de auxílios a entidades, bem assim quanto à efetivação de contratos, convênios, etc.; f) opinar sobre a realização, através de órgãos do Estado, de pesquisas médico-sanitárias e programa de aperfeiçoamento de pessoal, em quaisquer níveis; g) apreciar e emitir manifestação sobre assunto que lhe for submetido pelo Governador do Estado ou pelo Secretário de Saúde Pública; h) apreciar e deliberar sobre quaisquer assuntos que, direta ou indiretamente, estejam ligados à saúde pública.

Foi possível detectar na primeira lei de criação do Conselho Estadual de Saúde no Estado do Pará que este colegiado era conduzido de acordo com os apontamentos discutidos no livro de Carvalho, A.I. (1995) - *Conselhos de Saúde no Brasil*. Segundo este autor, a saúde era tratada de forma muito característica nos primórdios do país. Ou seja, o Estado além de deter um forte controle social sobre a sociedade, era também “o portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo” de todas as suas ações (CARVALHO, I., 1995, p. 12). Com esta postura, os setores organizados da sociedade civil não tinham representação nos Conselhos e nas discussões que interessavam à saúde da população em geral, tinham como dever acatar as decisões vindas do governo.

Na Lei Estadual Nº. 4.373/71, era definido que só podiam participar do CES/PA aquelas pessoas que faziam parte da grande cúpula do governo e demais pessoas da área da saúde, indicados e conhecidos do governador. Setores organizados da sociedade civil sequer eram cogitados. Não esquecendo que neste período em que foi criado o CES/PA, o país estava mergulhado, de acordo com Carvalho, J. M. (2010) nos anos mais sombrios da história do país de um regime de governo – a Ditadura Militar. E segundo o autor, foi:

[...] o domínio dos militares mais truculentos, reunidos em torno do general Garrastazu Médice [...] período que combinou a repressão política mais violenta já vista no país com índices também jamais vistos de crescimento econômico. Em contraste com as taxas de crescimento, o salário mínimo continuou a decrescer. (CARVALHO, J.M., 2010, p. 158)

Segundo Raggio, Barros e Rodrigues (2009), o Conselho Nacional de Saúde foi instituído pela Lei Federal Nº. 378, de 13.01.1937 e a primeira Conferência Nacional de Saúde ocorrida no país foi em 1941, no governo Vargas. No entanto, os Conselhos e as Conferências de saúde só assumem o caráter de espaço público efetivo, somente a partir da Constituição Federal de 1988, pois no período anterior conforme Raggio, Barros e Rodrigues (2009) estes espaços eram ocupados estritamente por gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado caracterizando-se espaços de articulação intergovernamental.

### 3.1 – A MUDANÇA NO FORMATO DOS CONSELHOS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

De acordo com a pesquisa realizada no Diário Oficial do Estado do Pará, Assembléia Legislativa do Estado do Pará e CES/PA, a Lei Estadual Nº. 4.373/71, vigorou até a Constituição Federal de 1988, quando então não só no Estado do Pará, mas em todo o país, ocorreram mudanças significativas na política, no formato do Estado, da sociedade, nos direitos e outras mudanças compreendidas com a implantação da Constituição Federal de 1988.

Segundo Simões (2008, p. 112), os Conselhos, a partir da Constituição Federal de 1988 são considerados:

[...] órgãos de deliberação colegiada de caráter permanente, de composição paritária entre governo e sociedade civil, vinculados à estrutura dos órgãos da administração pública municipal, estadual ou federal, responsáveis pela coordenação da política do respectivo Poder Executivo (conselhos federais, estaduais e municipais) e com funcionamento orgânico regulado por regimento interno.

O autor citado destaca que os Conselhos, colegiados que fazem parte da estrutura básica dos ministérios, secretarias estaduais e municipais ou órgãos equivalentes têm sua organização, composição e competência fixadas pelas respectivas leis municipal, estadual ou federal. Por terem vínculos com o

Executivo, caracterizam-se por exercer autoridade de cunho político e não de personalidade jurídica (equivoco sendo cometido por alguns Conselhos).

Uma vez estabelecido na Constituição Federal, e estendido as Leis Orgânicas da Saúde – LOS, que a participação da comunidade se daria por meio de dois grandes *fóruns*, os Conselhos e as Conferências, estes espaços só começaram a ser criados a partir da década de 90. Isto ocorreu em função de que foi iniciado no país o chamado processo de descentralização preconizado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 que explicita a necessidade de que as ações e serviços de saúde ocorram de forma descentralizada, isto é:

Ao dispor sobre a 'descentralização, com direção única em cada esfera de governo', o texto constitucional reforça o disposto em seu artigo primeiro, no qual é atribuída ao Município a condição de ente federado, [...] de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Nesta direção, apesar da Lei Federal Nº. 8.142/90, expressar em seu artigo 4º que: municípios, estados e o Distrito Federal, para receberem recursos, deveriam implantar e ter em funcionamento o Fundo de Saúde, o Conselho, o Plano de Saúde e os Relatórios de Gestão, dentre outros instrumentos de controle, isto só ocorreu com a orientação da Resolução Nº. 33 do Conselho Nacional de Saúde - CNS de 1992 e também em 1993 quando da publicação da Norma Operacional Básica - NOB - SUS 01/93 - que determinava que estados, municípios e o Distrito Federal só poderiam receber recursos se cumprissem com as obrigações determinadas na respectiva norma. De acordo com estas orientações e obrigações, se assistiu no país a partir daquele momento uma verdadeira corrida em massa dos entes federados para a criação dos Conselhos.

É fato que, foi preciso à força da lei e a ameaça de corte de recursos públicos na área da saúde, para que gestores se mobilizassem para a criação dos Conselhos pelo país, além disso, a nova diretriz determinada pela Constituição Federal de 1988 sobre a descentralização e municipalização das ações de saúde, foi uma inovação na gestão pública, pois muitos gestores culturalmente habituados a centralizar o poder, tiveram de enfrentar um novo desafio – a socialização, a transparência dos atos públicos, a prestação de contas, dentre outras novidades.

A partir destas exigências, e passados cinco anos da implantação da Constituição Federal de 1988, em 13.07.1993, no Estado do Pará, o Conselho Estadual de Saúde – CES/PA é regulamentado por meio da Lei Estadual Nº. 5.751<sup>8</sup>, em consonância com o art. 265, inciso VI, alíneas “a” e “e” da Constituição do Estado do Pará de 1989.

Cinco anos mais tarde a Lei Estadual Nº. 5.751 sofreu a primeira alteração no seu artigo 3º pela Lei Estadual Nº. 6.110<sup>9</sup> de 19.01.1998. A mudança foi à retirada de três parágrafos deste artigo. Os parágrafos (1º e 3º) retirados tratavam da nomeação dos conselheiros que seria por meio de Decreto e o parágrafo 2º eliminou a Secretaria Executiva do Conselho permanecendo assim por mais de oito anos. Uma segunda alteração na Lei Estadual Nº. 5.751 se deu em 2001, novamente no art. 3º que foi pela Lei Estadual Nº. 6.370<sup>10</sup> de 10.07.2001 revogando a Lei Estadual Nº. 6.110/98. É importante destacar que a segunda alteração na Lei Estadual 5.751/93 aconteceu durante o governo de Almir José de Oliveira Gabriel do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB.

O teor da segunda mudança no art. 3º da Lei Estadual Nº. 5.751/93, pela Lei Estadual Nº. 6.370/01, foi maior em relação à primeira: eliminou a escolha de conselheiros por meio de Conferências, deixando este ponto em aberto; obrigou que somente entidades legalmente constituídas pudessem ter assento no Conselho devendo estar em consonância com o preconizado na Lei Federal Nº. 6.015/73 – que “Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências.” E por fim, a Lei Estadual Nº. 6.370/01 listava explicitamente em seus incisos I, II, III e IV, quem poderia ter assento no Conselho, permanecendo as mesmas entidades por mais de oito anos, mesmo tendo ocorrido três Conferências Estaduais no período pesquisado de 2001 até 2009. Assim, o Conselho daquela época foi regulamentado por duas leis até o ano de 2009, a saber: a Lei Estadual Nº. 5.751/93 e a Lei Estadual Nº. 6.370/01.

O quadro a seguir, apresenta todas as leis estaduais que regulamentaram o CES/PA.

---

<sup>8</sup> Lei Estadual Nº 5.751 de 13.07.1993 – ver anexo

<sup>9</sup> Lei Estadual Nº 6.110 de 19.01.1998 – alterou art. 3º da Lei Estadual Nº 5.751 - ver anexo

<sup>10</sup> Lei Estadual Nº 6.370 de 10.07.2001 – alterou art. 3º da Lei Estadual Nº 5.751 - ver anexo

DATA/ANO	LEI	OBSERVAÇÕES
15/12/1971	Nº. 4.373	1ª lei do CES/PA
13/07/1993	Nº. 5.751	2ª lei do CES/PA
19/01/1998	Nº. 6.110	Lei que altera o art. 3º da Lei 5.751
10/07/2001	Nº. 6.370	Lei que altera art. 3º da Lei 5.751 e revoga a Lei n. 6.110
24/04/2009	Nº. 7.264	3ª lei do CES/PA – revogou a Lei 5.751 e Lei 6.370

Quadro 2 - Legislação do CES/PA

Fontes: CES/PA, ALEPA e DOE.

Decorridos dezesseis anos da regulamentação da Lei Estadual Nº. 5.751/93, o Conselho Estadual de Saúde no Estado do Pará passou novamente por processo de alteração de suas leis de criação que ocorreu no ano de 2009, penúltimo ano do governo do Partido dos Trabalhadores – PT no Pará, da governadora Ana Júlia de Vasconcelos Carepa. A Lei Estadual Nº. 7.264<sup>11</sup>, em vigor, aprovada em 24.04.2009, revogou todas as outras conforme demonstrado no Quadro 2.

Atualmente o CES/PA é composto de cinquenta e seis conselheiros entre titulares e suplentes, divididos em trinta e um homens e vinte e cinco mulheres. De acordo com o artigo 4º da Lei Estadual Nº. 7.264/09, a proporção dos segmentos representados no Conselho é a seguinte:

[...] 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de gestores, [...] de prestadores de serviços de saúde filantrópicos ou privados conveniados com o SUS, e de representantes da comunidade científica da área da saúde.

A representação dos segmentos no período 2009/2011, segundo a Lei Estadual Nº. 7.264, está demonstrado no Quadro 3 a seguir.

<sup>11</sup> Lei Estadual Nº 7.264 de 24.04.2009 – em vigor – ver anexo

<b>SEGMENTO – GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE</b>	
01 - Secretaria de Estado de Saúde Pública	SESPA
02 - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde	COSEMS
03 - Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará	HEMOPA
04 - Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Pará	SINDESSPA
05 - Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Pará	AHCSEP
<b>SEGMENTO - TRABALHADORES DE SAÚDE</b>	
01 - Conselho Regional de Enfermagem do Pará	COREN
02 - Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará	SENPA
03 - Sindicato dos Médicos do Pará	SINDMEPA
04 - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde Pública do Estado do Pará	SINTESP
05 - Sindic. dos Prof. de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Estado do PA	SINTHOSP
06 - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará	SINDSAUDE
<b>SEGMENTO - USUÁRIOS</b>	
01 - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil	CTB
02 - Central Única dos Trabalhadores no Pará	CUT
03 - União Geral dos Trabalhadores do Pará	UGT/PA
04 - Feder. dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura do Estado PA	FETAGRI
05 - União Brasileira de Mulheres	UBM
06 - Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará	GEMPAC
07 - Movimento Popular de Saúde	MOPS
08 - Pastoral da Criança Organismo de Ação Social da CNBB	-
09 - Associação Paraense das Pessoas com Deficiência	APPD
10 - Força Sindical do Estado do Pará	-
11 - Sindic. dos Trabalhadores nas Indústrias de Bebida em Geral e Águas Minerais do Estado do Pará	SITIBEGAM
12 - Confederação Nacional das Associações de Moradores	CONAM
13 - Federação dos Trabalhadores no Comércio do Estado do Pará e Amapá	FETRACOM
14 - Ação Comunitária de Belém	ACEBEL
15 - Sindicato dos Bancários do Pará e Amapá	SEEB PA/AP
16 - Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase	MORHAN
17 - Associação Afro-Religiosa e Cultural - <i>ILÉ IYABA OMI</i>	ACIYOMI
18 - Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará	ARCT
19 - Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental	ABES/PA

Quadro 3 – Composição do CES/PA – Biênio 2009/2011

Fonte CES/PA.

### 3.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO POLÍTICO NO ESTADO DO PARÁ NO PERÍODO DE 2001 ATÉ 2009

Neste trabalho, enfatizou-se o funcionamento e dinâmica do CES/PA concentrando-se nos anos de 2001 até 2009, período significativo na história daquele colegiado, uma vez que este recorte retratou e concentrou momentos particulares na história daquele Conselho. São exemplos destes momentos, a alteração na Lei Estadual Nº. 5.751 em 2001 que suprimiu pontos que não permitiam a participação ampliada da sociedade civil paraense no processo de escolha de novas entidades para o referido colegiado; a utilização de Decretos pelo governo para nomeação (a revelia) e composição do Conselho, desrespeitando a legislação inerente a estes espaços e a forte interferência dos

gestores estaduais nas decisões e encaminhamentos específicos do Conselho. Em contrapartida, em 24.04.2009 (com a Lei Estadual Nº. 7.264) quando no CES/PA ocorreu novo processo de alteração em sua legislação, mudanças puderam ser identificadas. Isto é, com as mudanças foram ampliados os conceitos de participação e controle social; a lei em vigor não feriu mais o princípio básico de participação de setores da sociedade civil organizada para composição do Conselho; a Constituição Federal de 1988, a Constituição do Estado do Pará de 1989 e as Leis Orgânicas da Saúde - LOS não mais foram desrespeitadas. Porém, esta ampliação do conceito de participação e controle social ocorrida no CES/PA, será analisada a luz de referencial teórico, para que se verifique se o expresso em lei estava de acordo com a prática exercida no Conselho.

É importante destacar que o período estudado teve três gestões de governos estaduais. No ano de 2001, a gestão estadual daquele governo compreendeu apenas os dois últimos anos 2001/2002, do governo do Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB, do governador Almir José de Oliveira Gabriel. Conforme dados pesquisados em documentos do Tribunal Regional Eleitoral do Pará – TRE/PA, este governador foi eleito pela coligação dos seguintes partidos: “*Coligação União pelo Pará* - formado pelo PT do B, PSDB, PV, PSD, PMN, PPS, PL, PSC, PTB e PPB”.

A gestão seguinte foi sucessora do governo Almir José de Oliveira Gabriel também do PSDB, com o governador Simão Robison Oliveira Jatene que governou o Estado do Pará de 2003 até 2006, tendo este candidato os seguintes partidos coligados da “*Coligação União pelo Pará* - formado pelo PPB, PTB, PSC, PL, PPS, PMN, PSD, PV, PSDB e PT do B”.

E por fim, os três primeiros anos do governo seguinte do Partido dos Trabalhadores – PT, Ana Júlia de Vasconcelos Carepa governou de 2007 até 2010. Lembrando que a pesquisa só considerou os dados até 2009. Esta candidata teve como partidos coligados da “*Frente popular muda Pará* - formado pelos partidos PRB, PT, PTN, PSB e PC do B”.

Diante do exposto, a pesquisa foi desenvolvida no espaço do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Pará foco deste trabalho.

### 3.3 – O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/PA A PARTIR DE 2001

De acordo com o expresso na Lei Estadual Nº. 5.751/93, em seu artigo 4º, inciso III, o mandato dos conselheiros do CES/PA que era de dois anos, terminaria em 30 de novembro de 2000, contudo a Resolução Nº. 043 de 22.11.2000, prorrogava o mandato destes conselheiros até a realização da V Conferência Estadual de Saúde agendada para os dias 11 a 14.03.2001, para eleger os novos membros do Conselho. De acordo com o planejado e o registrado no documento pesquisado no CES/PA denominado - “Relatório das Entidades Participantes – Relatório de Denúncia (2001)<sup>12</sup>” - confeccionado durante a V Conferência e assinado por doze entidades, a V Conferência Estadual de Saúde teve início no dia 11 de março com a abertura do evento no Auditório do Centro de Convenções Tancredo Neves - CENTUR na cidade de Belém.

Estiveram presentes no evento 779 (setecentos e setenta e nove) delegados, sendo que 392 (trezentos e noventa e dois) do Segmento Usuário, 194 (cento e noventa e quatro) do Segmento Trabalhadores de Saúde e 193 (cento e noventa e três) do Segmento Gestor e Prestador de Serviços. Dos 143 (cento e quarenta e três) municípios do Estado do Pará, 138 (cento e trinta e oito) estiveram presentes.

Entretanto, não só no “Relatório das Entidades Participantes – Relatório de Denúncia” (2001), mas também nos meios de comunicação de imprensa escrita pesquisados como, no jornal “O Liberal” dos dias 12, 13 e 15.03.2001, como no jornal “Amazônia” do dia 15.03.2001, foi registrado que além da V Conferência Estadual de Saúde no Estado do Pará não ter sido encerrada, a Conferência não teria passado da leitura do Regimento Interno e do Regimento Eleitoral, pois o impasse se deu entre o que seria “entidade constituída” e “entidade legalmente constituída”.

A primeira votação sobre o que seria “entidade constituída” e “entidade legalmente constituída” se deu no dia 11 de março onde o resultado foi a aprovação de composição do CES/PA somente com “entidades legalmente constituídas”, porém no dia seguinte, nova eleição foi realizada vencendo “entidades constituídas”. De acordo com reportagem publicada no jornal “Diário” de 19.03.2001, existiriam duas “facções” no CES/PA. Aquela formada

---

<sup>12</sup> Relatório das Entidades Participantes – Relatório Denúncia (2001) – ver anexo

pelo segmento gestor/prestador que estavam a favor de composição do CES/PA somente com “entidades legalmente constituídas” e a outra “facção” seria aquela formada pelos trabalhadores e usuários que eram a favor de “entidades constituídas”.

Segundo consta no “Relatório das Entidades Participantes – Relatório de Denúncia” (2001), ao final do penúltimo dia da Conferência, 13.03.2001, teria ocorrido uma reviravolta daqueles que saíram perdedores na primeira votação e que eram a favor de “entidades legalmente constituídas”, rompendo com o acordo estabelecido entre as partes e tomando a liberdade de destituir a Comissão Organizadora da V Conferência Estadual de Saúde. Além disso, ocorreu da parte deste grupo a tentativa de instalação de uma nova Mesa de coordenação dos trabalhos. Os poucos presentes e os que estavam começando a ir embora acabaram permanecendo no evento tentando impedir a instalação da nova Mesa que segundo o Relatório, era “ilegal”.

Segundo o “Relatório das Entidades Participantes – Relatório de Denúncia” (2001), por conta do tumulto que se formou, e pela postura irreduzível do Secretário Estadual de Saúde da época, Sr. Eduardo Luiz da Silva Loureiro, de desfazer o acordo, uma vez que seu grupo havia perdido a votação, este acionou os parlamentares da base governista da Assembleia Legislativa do Estado, os soldados do Batalhão de Choque, o Batalhão da Cavalaria e Canil da Polícia Militar do Estado e que segundo o documento se postaram em torno do prédio onde o evento estava ocorrendo. E ainda segundo o Relatório, o Secretário Estadual de Saúde teria acionado o Ministério Público Estadual para intermediar os impasses. Conforme registros do Relatório, por conta do tumulto e da hora, os trabalhos foram encaminhados para o dia seguinte.

Iniciados os trabalhos no dia seguinte, 14.03.2001 que seria o último dia da V Conferência Estadual de Saúde e com apoio do Ministério Público Estadual, estava em processo ainda a votação de quais as entidades que fariam parte do CES/PA e assim foram encaminhadas três formas de votação sendo a terceira por fim aceita: “voto aberto”. O resultado da votação segundo o Relatório, saiu vencedora a opção “Legalidade” – ou seja, entidades apenas com reconhecimento na comunidade, de acordo com a nova nomenclatura estabelecida pelo Ministério Público Estadual que conduziu os trabalhos,

contra a outra opção “Legalidade e Legitimidade” – entidades com registro legalmente constituídas e que saiu perdedora na votação.

Nova polêmica, de acordo com o Relatório, se instalou com o resultado da votação. No entanto o Ministério Público Estadual foi categórico ao assinar a Ata do Processo Eleitoral, anunciando oficialmente o resultado final, vencendo a opção – “Legalidade”. Neste momento, ocorreu a retirada de todos os representantes do governo, permanecendo no plenário apenas doze conselheiros estaduais de saúde e mais de quatrocentos delegados que teriam aprovado as seguintes propostas:

1. Convocação de uma Plenária Estadual de Saúde, em Belém, para aprovação do Relatório Final da V Conferência Estadual de Saúde e Eleição do novo CES/PA, gestão 2001 e 2002;
2. Prorrogação do mandato dos atuais conselheiros e conselheiras;
3. Convocação de reunião extraordinária do Conselho Estadual de Saúde para o dia 27/03/01. Relatório das Entidades Participantes – Relatório de Denúncia (2001, p. 4).

Contudo, não foi suficiente a soberania do plenário da V Conferência Estadual de Saúde que deliberou os encaminhamentos acima destacados, acompanhados inclusive pelo Ministério Público Estadual, pois o governo do Estado, não respeitando as deliberações aprovadas na Conferência, baixou em 23.03.2001 um Decreto<sup>13</sup> s/nº no Diário Oficial do Estado, alegando ser necessária a alteração da composição do CES/PA para que a população do Estado do Pará não fosse prejudicada com cortes nos repasses de recursos do governo federal.

Todavia, segundo reportagem do jornal “O Liberal” de 26.03.2001, uma representante do antigo CES/PA que concedeu entrevista, se manifestou revoltada com a postura do governo do Estado que teria sido “autoritária”, pois estaria ferindo a Lei Estadual Nº. 6.110/98, homologada pelo próprio governador onde a escolha dos conselheiros era definida em Conferência de acordo com o art. 3º da referida lei. Outra reportagem foi publicada na imprensa pelo jornal “O Liberal” no dia 28.03.2001, em que os antigos conselheiros do CES/PA, se posicionaram pela entrada de ação na justiça para anular a nomeação decretada pelo governador.

Já na reportagem do jornal “Diário”, de 31.03.2001, cinco entidades representantes dos trabalhadores de saúde no Estado entraram com mandato

---

<sup>13</sup> Decreto s/nº de 23.03.2001 – ver anexo

de segurança com pedido de liminar solicitando a anulação do ato baixado pelo governador do Estado, que destituiu o CES/PA, designando novos membros para compô-lo. De acordo com a reportagem do jornal “Diário”, o ato do governador, implicava quatro grandes equívocos, a saber: 1º - feria os princípios constitucionais e de acordo com a Lei Estadual N.º. 6.110/98 que rezava em seu art. 3º, a definição e eleição dos conselheiros teria que se dar na Conferência; 2º - A V Conferência Estadual de Saúde não teria sido encerrada oficialmente, uma vez que não haviam sido eleitos novos membros para compor o CES/PA, nem mesmo os encaminhamentos das propostas aprovadas no plenário da Conferência não teriam sido respeitados; 3º - o governador não teria respeitado e esperado a realização de nova convocação de Conferência nomeando sem consulta da sociedade civil organizada para composição do Conselho; e 4º - segundo o advogado Walmir Brelaz que assinou o mandato de segurança e que concedeu a entrevista:

[...] o ato do governador vai muito além de uma simples interferência de competência, pois, ‘interfere na autonomia de um conselho que possui o papel, entre outras atribuições, de fiscalizar a atuação do próprio governo, o que agrava ainda mais essa indistigável intervenção’. (DIÁRIO, Caderno Atualidades – 31.03.2001)

Mesmo diante de todos os argumentos, protestos e mobilizações dos setores organizados da sociedade civil, da contribuição do Ministério Público Estadual, do Tribunal de Justiça do Estado do Pará que foi acionado pelas seguintes entidades: SINDSESPA, SINTESP, SINTPREVS, SINDMEPA, CUT/PA E FETAGRI e outros representados pelos seus advogados que impetraram Mandato de Segurança contra o governador do Estado do Pará por meio do Processo n.º. 2001301176 datado de 10.04.2001, ficou claro no processo que não ocorreu o encerramento da V Conferência Estadual de Saúde, tudo isto não foi suficiente para impedir que o governador do Estado do Pará daquela época se intimidasse e baixasse Decreto<sup>14</sup> s/nº no DOE/PA, datado de 11.04.2001 nomeando a revelia novos conselheiros para composição do CES/PA.

Além disso, os atos do governador em 10.07.2001, não foram impedidos que entrasse em vigor a Lei Estadual N.º. 6.370/01 e que revogou a Lei

---

<sup>14</sup> Decreto s/nº de 11.04.2001 – ver anexo

Estadual Nº. 6.110/98. Não foi em vão que o Conselho empossado a revelia pelo governador do Estado do Pará foi chamado ironicamente pela sociedade paraense de “Conselho Biônico”<sup>15</sup>, fazendo um trocadilho com situação semelhante que ocorreu no país em 1978 quando o general Geisel criou senadores eleitos indiretamente para conservar o controle do Senado e que a malícia popular, segundo Carvalho J.M. (2010, p. 166), denominou de Senadores “biônicos”. Esta postura do governador no Estado do Pará, tal qual como ocorreu em 1978, não levou em consideração a participação da sociedade como garantia a legislação sendo baixados tantos decretos que o gestor entendeu necessários. A Lei Estadual Nº. 6.370/01, que vigorou a partir daquele momento, trouxe explicitamente em seus incisos I, II, III e IV os nomes das entidades que poderiam ter assento no CES/PA devendo estar legal e legitimamente constituídas em consonância com a Lei Federal Nº. 6.015 de 31.12.1973, que dispõe sobre os registros públicos.

Assim, levando em consideração o histórico apresentado, o item a seguir tratará dos elementos que constituem o CES/PA na perspectiva de sua composição, organização e funcionamento.

### 3.4 – COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ NO PERÍODO 2001/2009.

No Quadro 4, interessou-nos expressar o total referente as entidades e o total de conselheiros que compunham o colegiado do CES/PA no período investigado 2001/2009.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de Conselheiros - Titulares e Suplentes	40	40	40	40	40	40	40	40	56
Total de Entidades	18	18	18	18	18	18	18	18	30

Quadro 4 – Total de conselheiros e Entidades no CES/PA – 2001/2009.  
Fonte: CES/PA, 2010.

Verificou-se que durante mais de oito anos o Conselho permaneceu com sua composição numericamente a mesma, seja quanto ao número de conselheiros, seja quanto de entidades não havendo enfrentamentos daquele

<sup>15</sup> De acordo com a Ata da 9ª Reunião Ordinária de 04.12.2001, após a participação dos conselheiros do CES/PA na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde em Brasília (18 a 20.11.2001), estes começam a ser cobrados sobre a legitimidade da composição do CES/PA.

colegiado em ampliar ou abrir o espaço a novos setores organizados da sociedade civil paraense que também militavam na área da saúde. Este aumento no número de conselheiros e de entidades só ocorreu em 24.04.2009, quando foi alterada a legislação do Conselho.

Apenas para ilustrar, a representatividade do segmento dos trabalhadores de saúde, de acordo com a Lei Estadual Nº. 6.370/01 que vigorou até 2009, em seu art. 3º, inciso III, definia como representantes do segmento, somente profissionais pertencentes à categoria dos médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos – bioquímicos e um representante de entidade estadual do serviço público da área da saúde.

O mesmo ocorreu no segmento usuário constituído pelos seguintes representantes: Associação de Pais e Amigos de Excepcionais - APAE, Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - GAPA, Força Sindical, Associação Amazônica Evangélica - AAME, Pastoral da Criança, Associação Voluntariado de Apoio a Oncologia - AVAO, Federação das Sociedades Benéficas do Estado do Pará - FESBEP, Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental - ABES/PA, Federação das Associações de Aposentados e Pensionistas do Estado do Pará - FAAPA e Federação de Centros Comunitários e Associações de Moradores do Estado do Pará - FECAMPA. Foram estas as entidades listadas na Lei Estadual Nº. 6.370/01 em seus incisos I, II, III e IV que tiveram assentos garantidos no CES/PA por mais de oito anos.

Conforme os dados apresentados, no item a seguir serão analisadas estas informações para que possam ser interpretadas.

#### 3.4.1 – Análise dos Resultados – Composição do CES/PA

Fazendo a comparação entre a Lei Estadual Nº. 6.370/01 e a primeira lei de criação do CES/PA, a Lei Estadual Nº. 4.373/71, constatou-se que foi utilizada a mesma lógica para a composição daquele colegiado em 2001 até 24.04.2009, quando a partir da referida data foi alterada a legislação do CES/PA. As duas leis comparadas cerceavam uma participação ampliada de setores da sociedade civil organizada, limitando-se apenas aqueles que tinham seus nomes inscritos na lei para composição do Conselho. Ou seja, durante mais de oito anos conforme demonstrado no Quadro 4, e na Lei Estadual

6.370/01, permaneceram as mesmas entidades. Em relação ao Segmento dos Trabalhadores da área de saúde, citado no item 3.4, não foi permitido a inserção de outros profissionais e seus respectivos conselhos de classe, pois a Lei Estadual Nº. 6.370/01, limitava este aspecto. O mesmo ocorria com as entidades de representantes do Segmento dos usuários, listados anteriormente.

O que se percebeu no Quadro 4, nas leituras das Atas e na análise da própria Lei Estadual Nº. 6.370/01 foi a manutenção tanto do número de conselheiros quanto das entidades no Conselho, mesmo que no período estudado tenham sido registradas a realização de três Conferências Estaduais de Saúde: a VI Conferência Estadual de Saúde que ocorreu nos dias 15 a 17.10.2003, a VII Conferência Estadual de Saúde que ocorreu nos dias 13 e 14.12.2005 e a VIII Conferência Estadual de Saúde que ocorreu nos dias 04 e 05.10.2007.

O que chamou a atenção, nesta situação foi o que teria levado e convencido o grupo de conselheiros e entidades (nomeados a revelia pelo governador em 2001) de aceitar este tipo de composição para o Conselho, por meio de Decreto, enquanto outros setores da sociedade civil organizada que ficaram de fora do processo, tentavam mostrar ao grupo nomeado as falhas e ilegalidades cometidas. Além das entidades que ficaram de fora do processo, órgãos como o Ministério Público Estadual, Tribunal de Justiça do Estado e os meios de comunicação de imprensa escrita contribuíam para informar a população paraense do que estava ocorrendo no Conselho. No entanto, não foi identificado qualquer tipo de contraposição ou enfrentamento das entidades nomeadas no Conselho. Este silêncio colaborou com a materialização da questão podendo ser compreendido por situar elementos como benefícios sejam eles diárias, viagens, dentre outros, o poder que o conselheiro passa a ter perante a sociedade, facilidades da entidade em acessar recursos do Estado, livre trânsito pelos projetos, programas e serviços desenvolvidos pelo Estado, dentre outros.

Os dados expressos no Quadro 4, evidenciaram que não se teve uma preocupação quanto à representatividade no CES/PA que fosse baseada na proporcionalidade entre o número de seus membros e a população do Estado do Pará.

Vigorava no país a Resolução Nº. 33/92 do Conselho Nacional de Saúde<sup>16</sup>, que era uma orientação nacional, mas que no Estado do Pará não foi levada em consideração devido aos atos do governador que revogou a Lei Estadual Nº. 6.110/98, passando a valer a Lei Estadual 6.370/01 que desconsiderou esta orientação.

Por conta do ato do governador em 2001, que revogou a Lei Estadual Nº. 6.110/98, a escolha dos conselheiros que acontecia em Conferência, acabou ficando em aberto, pois a Lei Estadual Nº. 6.370/01 não mais especificou como seria esta escolha. Este fato fez com que durante mais de oito anos não ocorresse no Conselho Estadual de Saúde do Estado do Pará a escolha de novas entidades, motivo pelo qual o CES/PA foi chamado ironicamente pela sociedade paraense de “Conselho Biônico”.

Estes fatos foram confirmados pelas Atas e Decretos. Para a composição do Conselho em 2001, foi determinado no Decreto s/nº publicado no DOE/PA do dia 23.03.2001, a nomeação das entidades que iriam compor o CES/PA como abordado anteriormente neste trabalho, sem a consulta aos setores da sociedade civil organizada. Para o biênio 2002/2004 o processo de nomeação dos conselheiros foi o mesmo utilizado em 2001, ou seja, o Conselho enviou apenas um Ofício de Nº. 013/2002 ao Gabinete do Governador do Estado para que os conselheiros fossem nomeados pelo Decreto s/nº no DOE/PA - Edição Nº. 029646 datado de 01.03.2002 - mudando novamente apenas os nomes dos membros das entidades. A nomeação para o biênio 2004/2006 seguiu o mesmo ritual de acordo com a Ata da Reunião Extraordinária do dia 10.02.2004, em que a fala do Presidente do CES/PA foi a seguinte:

[...] as providências já estão sendo tomadas, como este Conselho foi criado por um Decreto Governamental, o setor jurídico esta analisando se existe algum impedimento legal para permanência das mesmas entidades, não tendo este impedimento, o Secretário mandará um ofício às entidades solicitando indicação dos membros e será encaminhado ao Governador para que seja feito o novo Decreto.

Diante do exposto constatou-se que esta prática foi “naturalizada” pelos conselheiros, pois aceitaram pacificamente a condução do processo de

---

<sup>16</sup> Orientava no item II sobre a composição dos Conselhos nas três esferas de governo devendo ser respeitada a representatividade baseada na paridade e nos percentuais de cada segmento. Isto é, 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (públicos e privados).

composição do colegiado sem questionamentos ou oposições. Isto ficou ainda mais claro quando se extraiu da fala destacada, que a questão da permanência das entidades estava sendo analisada pela assessoria jurídica, e não pelo plenário do CES/PA. Ou seja, o poder de decisão não era o do plenário do CES/PA, mas sim, do governo via assessoria jurídica. Neste aspecto concorda-se com Benevides (1994, p. 9) que diferencia dois tipos de cidadania. Para ela a *cidadania passiva* é aquela “instituída pelo Estado” como pôde ser observado na citação acima em que o Presidente naturalmente determinava como se daria a nomeação dos membros do Conselho e os conselheiros “naturalmente” a aceitavam. A *cidadania ativa* defendida pela autora seria aquela que se origina do “fruto da conquista da sociedade civil organizada, que não só reconhece direitos e deveres, mas constrói direitos.”

A nomeação para composição do biênio 2006/2008, seguiu os mesmos moldes dos biênios anteriores. Conforme registrado na Ata da Reunião Ordinária de 16.01.2006 pode-se ter uma ideia como isto ocorria “naturalmente” no CES/PA pelo relato do Presidente:

[...] sobre o parecer da prorrogação do mandato dos conselheiros passou a palavra para a assessoria jurídica que informou da possibilidade legal de ocorrer à recondução do mandato e que para isso será necessário algumas modificações no regimento interno, e que para isso ocorra, as entidades que estão aqui representadas precisam se manifestar quanto ao interesse ou não da recondução do conselheiro [...].

Na citação exposta confirma-se que as nomeações no CES/PA, se materializavam por Decretos sem que fossem registradas manifestações contrárias dos conselheiros. Assim, é possível afirmar que a cidadania que se caracterizou neste colegiado, segundo Benevides (1994) foi a do tipo - *cidadania passiva*.

O fim do biênio 2006/2008 terminou em 11.05.2008, por este motivo, os conselheiros começaram a se manifestar em março de 2008 para a nova composição do biênio 2008/2010. Na Reunião Extraordinária de 11.03.2008, um dos assuntos de pauta foi o término do mandato do Conselho e na fala de alguns conselheiros pode ser observada a “naturalização” cultural em permanecer naquele colegiado da forma como vinha sendo realizado o processo. Para exemplificar esta prática o destaque de um conselheiro confirma o registrado na Ata da Reunião Extraordinária de 11.03.2008:

[...] acredita que o Conselho deve se posicionar a respeito do mandato, no seu entendimento deve ser encaminhado documento as entidades que hoje compõe o Conselho para indicação de seus novos representantes conforme preconiza a lei de criação e o regimento interno do Conselho Estadual de Saúde em vigor. [...] deve sair um encaminhamento da reunião para que as entidades que compõe este Conselho Estadual enviem seus representantes e encaminhe para o Governador para nomeação do novo mandato do Conselho.

Narrativa semelhante destaca a postura de outro conselheiro manifestando o mesmo desejo de acordo com a Ata supracitada:

[...] acredito que devam seguir a lei de criação e o regimento em vigor, encaminhar para as entidades documento solicitando seus novos representantes.

Nos relatos extraídos das Atas, constatou-se que esta prática no CES/PA deixava as entidades numa posição bastante confortável, pois nestes mais de oito anos não foi preciso competir com nenhuma outra ou dar espaço para outras, pois os nomes das entidades estavam garantidos na Lei Estadual Nº. 6.370/01. A partir destas posições é possível confirmar que existia uma grande preocupação na defesa e permanência das entidades no CES/PA, em contrapartida estas atitudes não permitiam que novas entidades oxigenassem este colegiado. Nesta perspectiva cabe o que é discutido por Gohn (2007, p. 108), quando ela diz que os Conselhos são espaços realmente carregados de contradições no:

[...] processo de participação sociopolítica de grupos organizados, como estagnar o sentimento de pertencer de outros – se monopolizados por indivíduos que não representem, de fato, as comunidades que os indicaram/elegeram.

A argumentação de Gohn (2007) se assemelha com o que Benevides (1994, p.3) discute sobre cidadania ativa que implica na 'ampliação dos direitos políticos na participação direta do cidadão no processo das decisões de interesse público', permitindo que outros sujeitos sociais possam acessar estes espaços para juntos construir direitos. Porém, verificou-se que o CES/PA daquela época não tinha esta posição política.

Nesta direção, uma das deliberações da reunião do dia 11.03.2008 foi a Resolução Nº. 002 da mesma data, que solicitava das entidades do CES/PA a indicação dos nomes dos representantes das entidades para a nova

composição do biênio 2008/2010. Porém, a Resolução Nº. 002 não surtiu efeito, pois na reunião seguinte a discussão sobre a alteração na legislação do Conselho entrou no ponto de pauta e com isto foram dados outros encaminhamentos.

Na Reunião Extraordinária de 25.03.2008 o assunto do mandato do CES/PA foi novamente pautado. Contudo, nas exposições dos conselheiros identificou-se dificuldades no entendimento de que já tramitava na Assembleia Legislativa do Estado do Pará, projeto de lei que alteraria as leis do CES/PA. Inclusive uma Comissão havia sido criada pela Resolução Nº. 11 de 18.03.2008, para acompanhar e trabalhar na análise e reformulação da legislação daquele colegiado. Mesmo assim constatou-se que persistia no plenário a ideia de que mesmo alterando a lei o cenário não mudaria, tanto que na reunião desse dia foi aprovado Minuta, para que as entidades encaminhassem ao CES/PA os nomes de seus representantes. Contudo, a Minuta acabou sem efeito, pois na reunião seguinte o encaminhamento tomado foi à prorrogação do mandato dos conselheiros.

Outro fato observado na Ata da Reunião Extraordinária de 25.03.2008 foi o relato de uma conselheira que reconhecia a necessidade do processo de alteração na legislação do Conselho, mas ela não se percebia como sujeito político fazendo parte daquele espaço, nem mesmo o fato de exercer a função de conselheira se percebia investida de competências que a permitiam por lei, participar das mudanças no Conselho. A exposição a seguir confirma o distanciamento desta perspectiva política da conselheira ao mesmo tempo em que fica explícito que a mesma reconhecia que o poder não estava nas mãos dos conselheiros, mas sim do governo.

[...] não se pode negar que isso depende de cada governo, se é mais ou menos democrático, e diz também que não adianta querer se iludir, dizendo que são os conselheiros, ou esse juntamente com aquele outro segmento que vão deliberar as mudanças, pois não há poder em nossas mãos, para tanto, quem tem *poder* é o *governo*, cabe a nós tentar participar do processo (ATA de 25.03.2008)

A manifestação da conselheira foi no mínimo contraditória, pois a mesma demonstrou passividade e falta de autonomia diante do fato, em contrapartida tinha na sua fala a afirmação de que era necessário “tentar participar do processo”. Diante desta assertiva, dois aspectos chamam a

atenção nesta postura. O primeiro revelou à falta de autonomia que os conselheiros daquela época tinham, fato que se justificava pela forma como havia ocorrido o processo de nomeação e posse daqueles conselheiros no ano de 2001.

Nesta direção, pode-se afirmar o que Carvalho J. M. (2010, p. 35) trabalhou em relação ao voto nos primórdios do Brasil Colônia e que se assemelha ao ocorrido no Conselho. Segundo o autor, o ato de votar não se tratava do exercício do autogoverno, do direito de participar na vida política do país. Ao contrário o ato de votar estava estritamente relacionado com as lutas locais, ou seja, aquele que votava não agia como parte de uma sociedade política, de um partido político, mas como “dependente de um chefe local, ao qual obedecia [...] O voto era um ato de obediência forçada ou, na melhor das hipóteses, um ato de lealdade e de gratidão.” Assim, pode-se afirmar que os conselheiros não ousavam afrontar aquele a quem deviam sua gratidão, por isto, não tinham autonomia.

Com relação ao segundo aspecto, cabe o que Bordenave (1994, p. 23) discute sobre à participação passiva e a participação ativa. Para ele, mesmo na participação ativa em que as pessoas “tomam parte”, existem diferenças na qualidade desta participação, pois “*a prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte, mas como se toma parte.*”

Na Reunião Extraordinária de 07.05.2008, faltando quatro dias para o fim do mandato dos conselheiros foi emitida Resolução Nº. 023 com a mesma data, prorrogando o mandato das entidades do Conselho até a promulgação da nova lei. O Conselho funcionou de acordo com o preconizado na Resolução Nº. 023 até o dia 17.03.2009, pois em 24.04.2009 entrou em vigor a Lei Estadual Nº. 7.264/09. Mesmo definida a nova legislação, o CES/PA só iniciou suas atividades a partir da Reunião Extraordinária de 11.08.2009, ou seja, quatro meses após a promulgação da referida lei.

A Lei Estadual Nº. 7.264/09, regulamentou este espaço de acordo com o que preconizava a Resolução 333/2003 do CNS<sup>17</sup>, passando a respeitar as Leis Orgânicas da Saúde - LOS, a Constituição Federal de 1988 e a Constituição Estadual do Pará de 1989. Desta forma os nomes de entidades

---

<sup>17</sup> [...] da organização dos Conselhos de Saúde – Terceira Diretriz – inciso II ainda em vigor hoje.

não mais constaram na lei, garantindo-se a participação ampliada das entidades por meio de percentuais de representatividade e paridade.

Diante do exposto, constatou-se que as mudanças empreendidas na legislação do Conselho constituíram-se avanços importantes, mesmo que o colegiado não entendesse e reconhecesse este diferencial ocorrido na legislação, pois como revelado na pesquisa a prática de nomeação por meio de decretos era “naturalizada”. De fato a mudança trazida pela Lei Estadual 7.264/09 abriu a possibilidade se não imediata, mas a médio ou longo prazo de mudanças por parte dos sujeitos sociais que participam daquele espaço.

Nos nove anos pesquisados no Conselho, identificou-se a existência de dois Regimentos Internos<sup>18</sup>.

Com base nestes documentos e também na legislação inerente a este colegiado, a discussão do próximo item irá tratar da organização do CES/PA para que se possa mostrar pelos dados pesquisados, como este colegiado estava organizado.

### 3.5 – ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

O CES/PA se organizava de acordo com o Regimento Interno de 2004<sup>19</sup>, art. 3º em: “Presidente” e art. 8º, em: “I – Plenário; II – Comissões Especiais e III – Secretaria Executiva”. Apesar de o Regimento Interno conflitar com a Lei Estadual Nº. 5.751 e a Lei Estadual Nº. 6.370 que alterou o art. 3º da Lei Estadual Nº. 5.751/93, a Lei Estadual Nº. 6.370/01 suprimiu no § 2º a Secretaria Executiva do CES/PA. Além disso, a Lei Estadual Nº. 5.751/93 não fazia menção sobre as Comissões Especiais e nem mesmo sobre o Plenário, isto constava apenas em Regimento Interno, ou seja, mais um dado que conflitava com a Lei, e as situações permaneceram desta forma, por mais de oito anos sem correção.

De acordo com o Regimento Interno, a Presidência do CES/PA de 2001 até 24.04.2009 foi exercida pelo Secretário Estadual de Saúde que também era considerado membro nato. Mesmo quando ocorreu alteração na legislação em

---

<sup>18</sup> Um datado de 15.05.2001 (Resolução Nº 008 de maio de 2001) e mais tarde outro de 10.02.2004 (Resolução Nº 004 de fevereiro de 2004).

<sup>19</sup> Regimento Interno de 10.02.2004 – ver anexo

24.04.2009, pela Lei Estadual Nº. 7.264/09 em seu art. 11 § único em que a Presidência passou a ser revezada a cada dois anos, os conselheiros não ousaram em eleger outro segmento que não o gestor estadual para Presidente.

O Plenário do Conselho era composto por todos os conselheiros das entidades entre titulares e suplentes, totalizando quarenta membros, conforme apresentado no Quadro 4, esta composição só foi alterada em 2009 quando o número de membros de quarenta aumentou para cinquenta e seis conselheiros e as entidades de dezoito aumentaram para trinta com a nova legislação.

As Comissões Especiais<sup>20</sup> estavam divididas em permanentes e transitórias e segundo o Regimento Interno, compostas por conselheiros titulares e suplentes com a finalidade de discutir ou acompanhar temas de acordo com as demandas para apoiar e respaldar o plenário do Conselho.

Estas comissões poderiam solicitar assessoria ou consultoria especializada de pessoas, entidades ou instituições a qualquer tempo para auxiliar nas atividades, discussões e encaminhamentos dos conselheiros, conforme definido no art. 13 do Regimento Interno de 2004.

No entanto o único profissional em que foram encontrados registros e que fazia parte do quadro funcional permanente do CES/PA foi um advogado, atuando desde 2005. Em anos anteriores, este profissional era cedido esporadicamente pela Secretaria de Estado e Saúde Pública – SESPA, sempre que necessário. Somente em abril de 2008, um segundo profissional passou a fazer parte daquele espaço, que foi o assistente social.

E ainda com relação à organização do Conselho, a Secretaria Executiva segundo o Regimento Interno de 2004, era formada por servidores da Secretaria Estadual de Saúde Pública - SESPA, com as funções de apoiar técnica e operacionalmente o Presidente, o Plenário, às Comissões Especiais e os conselheiros. Segundo informações da Secretaria Executiva, de 2001 até 2003 o Conselho funcionou em sala anexa ao Gabinete do Secretário Estadual de Saúde na Avenida Conselheiro Furtado, nº. 1597, mudando em 2004 para o novo endereço na Avenida Conselheiro Furtado, 1086, onde funciona até hoje.

---

<sup>20</sup> Exemplo de Comissão Especial Permanente foi a criação da Comissão de Orçamentos e Finanças do CES/PA conforme a Resolução Nº 034 de 17.09.2002. Um exemplo de Comissão transitória foi a criação da Comissão para rever o Regimento Interno de acordo com a Resolução Nº 019 de 18.02.2003.

Com relação a espaço físico, equipamento, material de expediente, telefones, computadores, segundo informações da Secretaria Executiva do CES/PA, ao Conselho sempre foram disponibilizadas condições de infra estrutura para executar suas atividades. A respeito de recursos humanos, de 2001 até 2003, a Secretaria Executiva desenvolvia suas atividades com cinco servidores, em 2004 este número foi para sete, aumentando em 2005 e a partir daí o Conselho começou a receber mais servidores aprovados pelo Concurso Público Estadual C-75, Edital nº. 01/04 realizado pela SESP, passando a funcionar com uma média de dezessete a dezenove servidores.

De acordo com a apresentação dos dados pesquisados, no item a seguir eles serão analisados.

### 3.5.1 – Análise dos Resultados – Organização do CES/PA

Os dados sistematizados na pesquisa demonstraram uma organização que não se alterou durante os mais de oito anos conforme o preconizado nas Leis Estaduais Nº. 5.751/93, Lei Estadual Nº. 6.370/01 e no Regimento Interno de 2004.

Com a instituição da Lei Estadual 7.264/09, em seu art. 11 § único, ocorreu uma mudança significativa em relação ao cargo de Presidente, pois antes esta função era ocupada única e exclusivamente pelo Secretário Estadual de Saúde que era considerado membro nato. Com as mudanças empreendidas na legislação, a presidência passou a ser revezada a cada dois anos entre todos os segmentos que compõe o colegiado. Além desta mudança foi criada a Mesa Diretora que não existia. Com a criação da Mesa Diretora, todas as demandas que chegavam ao CES/PA, não eram mais selecionadas e organizadas unicamente pela Secretaria Executiva, mas passaram a ser executadas pelos quatro segmentos que compunham a Mesa e deliberados para entrarem ou não como assuntos de pauta nas reuniões.

As mudanças neste aspecto trouxeram uma inovação na organização daquele colegiado, visto ter colocado a responsabilidade e possibilidade da presidência nas mãos de todos os segmentos que representam os setores da sociedade civil organizada, e não mais unicamente nas mãos daquele que já desempenhava funções desta natureza, que no caso era sempre ocupada pelo

gestor estadual. Entretanto, quando os conselheiros tiveram a chance de mudar o cenário, elegendo novos sujeitos sociais para o cargo de Presidente, não ocorreu uma mudança de mentalidade neste aspecto. Pois os conselheiros novamente elegeram para esta função o Secretário Estadual de Saúde. Eleger para Presidente um representante de outro segmento que não o do gestor, teria sido uma experiência inovadora neste colegiado, pois em toda a sua história este cargo foi ocupado somente pelo gestor da pasta de saúde.

Verificar esta mudança no CES/PA teria sido importante para análise do desempenho de outros segmentos neste cargo, identificar mudanças na dinâmica do Conselho ou como se comportariam os demais membros com relação ao presidente não ser um gestor. Todavia, isto não foi possível, uma vez que, na eleição da Reunião Extraordinária de 11.08.2009 (Resolução Nº. 036), foi eleito novamente para Presidente no biênio 2009/2011 o Secretário Estadual de Saúde inviabilizando a análise deste resultado.

O dado pesquisado apontou não ter ocorrido mudanças neste aspecto, pois os conselheiros estavam ainda presos aos hábitos do passado em que eram naturais as decisões ser tomadas pelo gestor. Com relação a criação da Mesa Diretora, pode-se afirmar que foi um salto qualitativo, pois deu autonomia aos conselheiros em assumir esta responsabilidade, coisa que no passado era executado pela Secretaria Executiva do CES/PA.

Em relação à constituição do plenário, identificou-se que a composição permaneceu a mesma durante mais de oito anos e mesmo com a realização de três Conferências Estaduais de Saúde no período 2001/2009, não alterou o cenário. A única mudança foi em 2009, quando ocorreu um aumento do número de membros e um aumento no número de entidades no CES/PA pela Lei Estadual Nº. 7.264/09.

Se a análise do aumento de membros do plenário do Conselho se der pelo aspecto quantitativo, neste caso pôde ser considerada uma mudança positiva, pois mais setores da sociedade civil organizada foram incluídos, possibilitando que as diferentes reivindicações dos grupos que militavam na área da saúde pudessem valer sua representatividade e voz naquele Conselho. Porém, se os dados forem avaliados pelo aspecto qualitativo, cabe o que Bordenave (1994) discutiu, isto é, uma participação ativa não pode ser medida nem avaliada pela quantidade, mas pela forma como os sujeitos sociais tomam

parte ou como eles se colocam. Diante desta prerrogativa, constatou-se que não ocorreram mudanças qualitativas, pois mesmo quando da alteração na legislação em 2009, persistiram os mesmos equívocos dos anos anteriores à alteração da lei. Ou seja, era um plenário frágil que mais legitimava e sancionava o que já estava decidido do que um plenário propositivo, com consciência política de cidadãos ativos.

As Comissões Especiais eram compostas por conselheiros titulares e suplentes e sua composição era baseada na paridade de todos os segmentos. Poderiam solicitar assessoria de pessoas, entidades ou instituições a qualquer tempo para auxiliar nas atividades e encaminhamentos, conforme o art. 13 do Regimento Interno de 2004. Estas Comissões tem papel de destaque, pois são elas que auxiliam nos assuntos do plenário com as matérias que devem ser discutidas antecipadamente contribuindo com os debates e decisões nas reuniões.

Todavia, na pesquisa realizada em documentos no CES/PA, não foi encontrado registro das atividades das Comissões como, por exemplo, relatórios ou diários em que fosse registrado o executado por cada uma. Além de não serem encontrados registros específicos das atividades exercidas, também não foram encontrados, quaisquer registros ou menção de solicitação de outros profissionais que atuassem na área da saúde ou área afim para assessorar estes trabalhos ou qualquer outra atividade do CES/PA.

Dois autores que chamam a atenção para esta questão são Nogueira (2005) e Campos (2006). Nogueira discute a necessidade de formação permanente de profissionais por dentro do Estado, isto é, da necessidade da gestão pública ter técnicos com conhecimento científico e que sejam capazes de pensar de modo complexo as realidades, realizar análises concretas de situações reais e mais, que possam dar outro significado a administração pública, isto é, ter ética acima de tudo. Segundo o autor, estes profissionais podem contribuir tanto para o sucesso de uma participação qualificada nos Conselhos, mas também contribuir para o sucesso de uma gestão participativa.

Já Campos defende a necessidade dos Conselhos terem um quadro de profissionais habilitados independentes do Poder Público a fim de assessorar os conselheiros para o exercício do controle social, principalmente no que se

refere ao acompanhamento da gestão, dos recursos financeiros e a avaliação sobre a qualidade e efetividade dos serviços prestados a população.

Porém, nada do que defendem os autores supracitados foi verificado no CES/PA como, por exemplo, a abertura de novos canais de interlocução e aprendizagem ou a busca de aproximações com outros profissionais nem mesmo com órgãos como o Ministério Público, Universidades, Tribunal de Contas, interlocução com os Conselhos Estaduais Setoriais, com as comissões da Assembléia Legislativa, dentre outros e que inclusive estas orientações constavam no Regimento Interno de 2004 - Capítulo VI - das Atribuições e Competências do CES/PA.

O que se identificou nos documentos consultados no Conselho foi à ausência tanto de profissionais e equipes interdisciplinares naquele colegiado nem mesmo a interlocução com instituições. Os resultados da pesquisa revelaram que os registros, por exemplo, das atividades desenvolvidas pelo advogado, se resumiam em orientar os conselheiros quanto a situações e problemas de âmbito local, isto é, do município conforme pode ser identificado na Ata da Reunião Ordinária de 15.03.2005 na fala de um conselheiro:

[...] parecer da assessoria jurídica do CES/PA [...]. Assunto Relatório de Prestação de Contas [...] o município de Ourém encaminhou ao CES para providências e procedimentos cabíveis, cópias das prestações de contas do município de recursos aplicados na área da saúde referente aos exercícios [...]. Depois de análise destes documentos detectou-se indícios de irregularidades na aplicação de recursos públicos, principalmente quanto ao não procedimento licitatório correspondente a aquisição de produtos e serviços [...].

No registro acima foi identificado que os conselheiros desenvolviam funções que não eram sua competência, pois ultrapassavam o limite da esfera estadual, cobrando da assessoria jurídica um trabalho que até fazia parte de seu *metier*, entretanto não era o papel do Conselho Estadual de Saúde analisar prestação de contas de municípios, mas acompanhar, monitorar e fiscalizar a prestação de contas da gestão estadual conforme expresso na Lei Federal Nº. 8.142//90, bem como na Lei Estadual Nº. 5.751/93 do próprio CES/PA.

Na sequência desta mesma situação, mais um equívoco pode ser verificado no relato de outro conselheiro registrado na Ata da Reunião Ordinária de 15.03.2005:

[...] diz que o Conselho não deve enviar o documento ao DDAS e sim ao Secretário Estadual de Saúde, solicitando que tome providências cabíveis com relação à auditoria, e esclarece que o DDASS não faz auditoria, o Departamento de Auditoria da SESPA está ligado ao Gabinete do Secretário Estadual de Saúde. Esta é a sua sugestão.

Com relação ao exposto, constataram-se vários problemas, mas dois merecem ser destacados. Primeiro, o fato do CES/PA tentar resolver a situação de prestação de contas de um município que é bastante grave, não sendo sua atribuição e sim do Tribunal de Contas do Município ou Estado. O segundo problema se estende ao Conselho Municipal de Saúde de Ourém que deveria enviar denúncia das contas públicas do município ao Tribunal de Contas, encaminhou o caso ao CES/PA. Apesar do CES/PA poder receber denúncias ele não tem personalidade jurídica para resolver assuntos desta natureza, devendo ter orientado o Conselho Municipal de Saúde de Ourém a fazer a denúncia desta situação diretamente ao órgão competente. Na Ata foi identificado que não houve orientações ao Conselho Municipal de Saúde a buscar nos órgãos competentes a solução destes problemas, mas o caso foi encaminhado ao Secretário Estadual de Saúde para que ele tomasse providências cabíveis.

Com relação ao profissional de Serviço Social, não foram encontrados nos documentos pesquisados no CES/PA, registros de quaisquer solicitações por parte dos conselheiros em requisitar orientações ou assessoria do profissional desta área, apesar dos Conselhos serem espaços de atuação legal dos assistentes sociais. Este dado nos levou a constatar e afirmar dois aspectos: o primeiro foi identificar o total desconhecimento dos que lá atuavam (conselheiros, equipe técnica, administrativo, dentre outros) em saber e conhecer qual o papel do assistente social neste colegiado, por este motivo foi necessária a criação de um protocolo do Serviço Social; e o segundo, foi identificar que culturalmente ocorreu uma “naturalização” pelos conselheiros em delegar a um único profissional - o de direito para assessorá-los em todos os assuntos, não sendo observado pelas leituras das Atas e outros documentos que teria havido por parte dos conselheiros manifestação da inserção de outros profissionais neste colegiado.

Uma única ação que pôde ser verificada nas Atas lidas e analisadas foi uma iniciativa regular vinda principalmente do segmento gestor que colocava

como ponto de pauta a cada Reunião Ordinária, a presença de técnicos da Secretaria de Saúde Pública – SESPA que apresentavam o trabalho de algum departamento, diretoria, serviço, programa ou projeto que estava sendo executado e desenvolvido pelo Estado<sup>21</sup>.

De acordo com as Atas, foi possível constatar que os conselheiros do período estudado não traziam questionamentos sobre o que era apresentado, parecendo não ter dúvidas sobre os temas. Isto se explicou, pois identificou-se entre os conselheiros, do segmento trabalhador e o segmento usuário, que na realidade alguns membros do Conselho<sup>22</sup> eram servidores do Estado, desenvolvendo as funções de conselheiros estaduais.

A rigor, esta prática revelou que no CES/PA foram colocados em risco e desrespeitados os princípios da paridade consolidados na Lei Federal Nº. 8.142, § 4º que expressa que “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”. Além de não serem respeitados estes princípios, não se permitiam que os representantes legais acessassem e ocupassem seus assentos no Conselho. Sobre esta questão da paridade, um dos poucos autores a discutir este assunto tem sido Carvalho G. (2007) e a única lei no país a definir esta questão é a Lei Estadual Nº. 791/95 – do Código de Saúde do Estado de São Paulo, que define em seu art. 68 que os representantes do segmento usuário não sejam servidores públicos.

A situação de risco observada na questão da paridade no CES/PA, não ocorria somente neste colegiado, mas em muitos conselhos de saúde nos municípios do interior do Estado onde a situação era também enfrentada. O interessante foi observar que o CES/PA recebia denúncias desta natureza como pôde ser constatado numa das intervenções de um conselheiro estadual registrado em Ata da Reunião Ordinária de 16.07.2002. Todavia, os casos dentro do Conselho Estadual acabavam sendo omitidos pelos conselheiros que não discutiam o assunto. A seguir o trecho da fala de um conselheiro estadual criticando esta prática no Conselho Municipal de Saúde de Santarém:

---

<sup>21</sup> A Ata da Reunião Ordinária de 18.01.2005, foi apresentado ao Conselho o Departamento da Atenção a Saúde – DASE/SESPA. Outro exemplo foi registrado na Ata da Reunião Ordinária de 16.01.2007 onde o assunto foi sobre o serviço de Laqueadura das Trompas e Vasectomia pelo SUS no Pará.

<sup>22</sup> Devido às informações sobre estas situações estarem dispersas nos registros das Atas será exemplificado pelo menos com duas. A Ata da 6ª Reunião Ordinária de 20.06.2006 (segmento usuário) e a Ata da 5ª Reunião Ordinária de 20.05.2003 (segmento trabalhador).

[...] É o caso de um problema sério no Conselho Municipal de Saúde de Santarém, tem uma agente comunitária no lado dos usuários, ela representa a Associação de Mulheres, ela se posiciona como trabalhadora de saúde, não é paritário, perde a paridade do conselho, oficialmente ela representa a Associação de Mulheres, mas ela é uma agente comunitária, ela é trabalhadora de saúde, então para a Secretaria de Saúde não tem tanto problema, o problema vai ser para os usuários que não terão os 50%.

De acordo com o registro acima, observou-se que o conselheiro estadual, enfatizou que para a Secretaria Municipal de Saúde não teria problema, em contrapartida, reconheceu que o segmento usuário perderia representatividade nos seus 50%. O conselheiro estadual que fez a crítica e trouxe a questão do município para ser debatida no CES/PA, não teve a mesma posição para discutir as situações idênticas que ocorriam no Conselho, ou seja, era uma característica daquele colegiado a omissão de certos assuntos.

O perigo de colocar em risco à paridade dos segmentos enfraquece aquele segmento que tem seu lugar tomado pelo outro, ou seja, se o servidor público tem sua representatividade garantida por meio do segmento dos trabalhadores de saúde, mas entra no Conselho pelo segmento dos usuários, ele enfraquece este segmento, caracterizando-se nesta situação uma postura nada democrática, ética e nem mesmo de construção de direitos ou de *cidadania ativa* (BENEVIDES, 1994). Esta postura dificulta as intervenções quando contrárias a do Estado, pois em muitos casos caracteriza-se o conflito de interesses, ou seja, se o conselheiro for um servidor público será mais difícil ele optar pelo embate, preferindo o silêncio a ser punido por ter defendido uma posição contrária a do Estado. Mais uma vez acaba imperando a omissão.

Em relação ao desinteresse dos assuntos da esfera estadual, identificou-se uma situação a este respeito na Ata da Reunião Ordinária de 19.11.2002, quando pôde ser verificado que os conselheiros ao serem convidados a participar do Comitê Estadual de Combate a Dengue no Estado do Pará, defenderam não ter disponibilidade para participar do referido evento, pois teriam coisas mais importantes a fazer no Conselho conforme registro em Ata:

[...] a Resolução que saiu da dengue foi apenas para o Conselho participar da reunião que iria discutir sobre a formação deste Comitê, e se admira de estar de novo como assunto de pauta para o Conselho, quando há tantas coisas importantes para serem discutidas que não entrou em pauta e entrou este assunto. [...] que não tinha conselheiros para ficar a disposição do Comitê.

De acordo com a situação relatada, sequer foi ventilada a possibilidade de designar outros conselheiros a participarem do Comitê e o encaminhamento desta situação foi à decisão tomada pelo Presidente da seguinte forma:

[...] seja feito um ofício para o Comitê informando que na reunião foi decidido que não haveria participação dos conselheiros, mas que os conselheiros aguardam todos os relatórios para que tomem conhecimento.

Conforme as falas examinadas, constatou-se que de fato os assuntos relativos à esfera estadual não eram atrativos para os conselheiros estaduais. Em contrapartida, os relacionados a problemas da administração pública municipal, como denúncias sobre a não prestação de contas do gestor municipal ao Conselho Municipal de Saúde, denúncias com relação a irregularidades de servidores municipais, dentre outros revelaram maior inclinação e interesse por parte deste colegiado.

Outra situação que demonstrou o interesse por assuntos da esfera municipal foi registrado na Ata da Reunião Ordinária de 21.02.2006, sobre denúncia da ausência de médico em Unidade de Saúde no município de Benfica em que o denunciante veio até o CES/PA a convite de uma conselheira estadual para dar seu depoimento. A conselheira foi questionada pela Presidente que chamou sua atenção dizendo que esta situação deveria ser levada a Secretaria Municipal de Saúde do município bem como ao Conselho Municipal. A conselheira se justificou da seguinte forma:

[...] esclareceu falando que o caso chegou até ela pela relação de amizade que possui em Benfica, ou seja, não é o conselho que esta sendo procurado, mas a sua pessoa como conselheira de saúde.

É possível perceber que foi confundida a função de conselheiro que é de *relevância pública* com *relação de amizade*, caracterizando-se uma postura de personalização e poder da figura desta conselheira, além disso, outro equívoco foi o encaminhamento do caso ao Conselho Estadual de uma situação de competência da esfera municipal. Ou seja, a questão privada “uma relação de amizade” da conselheira foi usada no espaço público, perdendo-se tempo e recursos com uma discussão desnecessária. Esta situação revela ainda a total imprecisão de representatividade para os conselheiros. Apesar do destaque da

presidente, outros casos desta natureza eram trazidos frequentemente ao CES/PA, e discutidos por horas, inclusive com encaminhamentos.

É importante frisar que todas as situações analisadas com relação à organização do CES/PA ocorreram da mesma forma no ano de 2009, isto é, não foram observadas mudanças políticas com a chegada de novos sujeitos sociais naquele colegiado pelas alterações introduzidas com a Lei Estadual Nº. 7.264/09 que passou a regulamentar o CES/PA. Ou seja, não se constatou mudança nas práticas e no exercício restrito de participação e do controle social que eram exercidos em anos anteriores.

Não se pode afirmar que ocorreram mudanças qualitativas no CES/PA com relação a organização deste colegiado, apenas mudanças quantitativas e numéricas puderam ser identificadas.

Da mesma forma como foi realizada a análise de dados com relação à organização do Conselho Estadual de Saúde, o mesmo será realizado com relação ao funcionamento daquele colegiado no item seguinte.

### 3.6 – FUNCIONAMENTO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Quanto ao funcionamento do Conselho, este seguia a rigor o expresso no Regimento Interno de 2004 - Capítulo VIII dos arts. 14 ao 19, respeitando o cronograma das reuniões mensais elaborado ao final de cada ano, a entrega das pautas com antecedência de oito dias às reuniões ordinárias e dois dias as reuniões extraordinárias, as deliberações que deveriam ser homologadas pelo Secretário Executivo de Saúde Pública e publicadas no DOE/PA, dentre outros. Conforme o preconizado no Regimento Interno, as reuniões deveriam ocorrer ordinariamente uma vez ao mês, porém no Quadro 5, foi demonstrado quantitativamente que este Conselho chegou a se reunir bem mais do que o previsto mensalmente, com exceção dos anos de 2008 e 2009.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Reu. Ordinárias	10	10	11	08	11	12	08	06	08	84
Reu. Extraordin.	05	03	10	07	07	01	05	05	03	46
<b>TOTAL DE REUNIÕES</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>130</b>

Quadro 5 – Reuniões Ordinárias e Extraordinárias – 2001/2009  
Fonte: CES/PA.

Quanto aos recursos destinados ao funcionamento do Conselho, o Quadro 6 é um modelo utilizado pela Secretaria Executiva do CES/PA desde 2001, conforme consulta e que destaca onde estes recursos podem ser gastos.

ESPECIFICAÇÃO	FONTE/NATUREZA	DETALHADO
<b>4170 – Manutenção do CES/PA</b>	339014 – Diárias	
	339030 – Material de Consumo	
	339033 – Passagens e Despesas c/locomção	
	339036 – Serviços de Terceiros Pessoa Física	
	339039 – Outros Serviços Terceiros Pessoa Jurídica	
	339035 – Serviço de Consultoria	
	349052 - Equipamentos	
<b>TOTAL</b>		
<b>4175 – Apoio a realização de eventos (Conferências)</b>	339030 – Material de Consumo	
	339033 – Passagens e Despesas c/locomção	
	339036 – Serviços de Terceiros Pessoa Física	
	339039 - Outros Serviços Terceiros Pessoa Jurídica	
<b>TOTAL</b>		
<b>TOTAL GERAL</b>		

Quadro 6 – Demonstrativo de recursos para os gastos anuais CES/PA  
Fonte: CES/PA.

Na sequência são apresentados o total do orçamento anual do CES/PA, no qual a fonte destes valores foram extraídos das resoluções aprovadas no Conselho e publicadas no Diário Oficial do Estado do Pará – DOE/PA e no mesmo Quadro 7 são apresentados os totais liquidados destes recursos consultados nos anos de 2001 até 2007 no Sistema de Administração Financeira do Estado e dos Municípios – SIAFEM e os totais liquidados nos anos de 2008 e 2009 foram pesquisados no sistema de Gestão de Programas do Pará – GP/Pará.

ANO	ORÇAMENTO ANUAL CES/PA		TOTAL ANUAL LIQUIDADADO
2001	-	-	R\$ 149.623,97
2002	R\$ 270.000,00	Resolução n. 013 de 21.08.2001	R\$ 290.944,93
2003 (VI CES)	R\$ 150.000,00	Resolução n. 029 de 28.08.2002	R\$ 394.658,60
2004	R\$ 280.000,00	Resolução n. 090 de 19.08.2003	R\$ 246.809,23
2005 (VII CES)	R\$ 695.000,00	Resolução n. 025 de 17.08.2004	R\$ 347.369,77
2006	R\$ 886.000,00	Resolução n. 033 de 27.06.2005	R\$ 389.754,03
2007** (VIII CES)	R\$ 581.110,00	Resolução n. 043 de 18.07.2006	-
2008	R\$ 748.895,70	Resolução n. 031 de 21.08.2007	R\$ 261.004,95
2009	R\$ 1.072.378,29	Resolução n. 034 de 16.09.2008	R\$ 298.254,28
TOTAL	R\$ 4.683.383,90	-	R\$ 2.378.419,90

Quadro 7 – Orçamento e o liquidado anual do CES/PA – 2001/2009  
Fonte: CES/PA, SIAFEM e GP-Pará. \* Dado não disponível no CES/PA. \*\*Dado não disponível no SIAFEM.

De acordo com o Quadro 7, quando se tratava de recursos para o funcionamento e desenvolvimento das atividades do Conselho, o orçamento anual do CES/PA foi expressivo conforme apresentado acima. Ainda no Quadro 7, é possível verificar que a partir do ano de 2004 o total orçado sempre foi maior que o gasto ou o liquidado, contudo mesmo assim observou-se que os conselheiros continuavam a orçar valores bastante altos, no entanto

não havia um controle por parte destes sobre onde os recursos do Conselho estavam sendo gastos. De acordo com informações da Coordenadora do GT – Orçamento/DAF/SESPA, os recursos não utilizados pelo CES/PA eram gastos pela Secretaria de Estado e Saúde Pública - SESPA em serviços, programas ou projetos que necessitassem de verbas para sua execução.

No Quadro 8 foram demonstrados onde os recursos do CES/PA foram gastos anualmente.

A N O	Diárias	Material de Consumo	Passagens	Despe- sa exerci- cio anterior	Serviço Terceiros Pessoa Física	Serviço Terceiros Pessoa Jurídica	Obriga- ções Tributári as e Contribu- tivas	Ressarci- mento	Equipam- ento e Material Permanente	TOTAL
01	12.400,00	12.815,48	84.892,12	-	-	29.987,00	-	-	9.529,37	149.623,97
02	24.206,00	29.064,97	127.847,75	-	21.807,76	69.131,95	-	-	18.886,50	290.944,93
03	27.622,00	117.324,40	102.145,93	-	52.342,00	95.224,27	-	-	-	394.658,60
04	18.032,00	43.042,24	40.661,88	-	52.203,00	88.197,61	1.980,00	-	2.692,50	246.809,23
05	27.575,00	17.674,21	67.150,84	-	24.337,00	190.161,82	920,00	-	19.550,90	347.369,77
06	60.647,00	27.134,91	143.670,87	-	10.884,00	51.120,25	-	94.995,00	1.302,00	389.754,03
07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08	70.666,50	2.125,00	74.908,95	1.443,00	29.342,50	81.340,00	-	-	1.179,00	261.004,95
09	55.272,50	7.544,20	91.123,28	-	33.394,50	15.912,80	-	94.995,00	12,00	298.254,28
To tal	296.421,00	256.725,41	732.401,54	1.443,00	224.310,76	621.075,70	2.900,00	189.990,00	53.152,27	2.378.419,9 0

Quadro 8 – Recursos gastos pelo CES/PA de 2001 até 2009

Fonte: GP – Pará e SIAFEM.

Como foi possível ter acesso aos valores anuais orçados para o funcionamento e desenvolvimento das atividades exercidas no Conselho, bem como onde os recursos foram gastos, entendeu-se importante verificar e identificar se os recursos anualmente destinados a cobrir as despesas daquele colegiado estavam sendo gastos de acordo com seus Planos de Trabalho e de acordo com as atribuições e competências do Conselho.

Na esteira desta discussão, pesquisou-se na Lei Estadual Nº. 5.751/93, em seu art.2º quais eram as atribuições e competências do Conselho, e foram identificadas treze; enquanto que no Regimento Interno de 2004 no art. 7º, elas foram detalhadas em um total de vinte e uma atribuições e competências.

Os dados pesquisados geraram a construção do Quadro 9, onde foi separado e agrupado por assunto, o pautado nas reuniões ordinárias e extraordinárias. Constatou-se que as pautas se constituíram na prática, nas ações e atividades realizadas pelo CES/PA no período investigado. À medida que os resultados foram aparecendo e que o quadro foi sendo montado surgiram discrepâncias entre as funções e atribuições do CES/PA previstas em

lei e as atividades propostas realizadas. O quadro permitiu fazer o contraponto entre o que era pautado e o expresso em lei e no regimento e as atividades executadas ao longo destes nove anos pelo CES/PA.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Reu. Ordinárias	10	10	11	08	11	12	08	06	08	84
Reu. Extraordin.	05	03	10	07	07	01	05	05	03	46
<b>TOTAL DE REUNIÕES</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>130</b>
1 - Homologações de CMS's*	-	-	08	03	09	09	11	27	19	86
2 - Particip. em eventos Municipais	-	10	35	02	06	05	01	02	03	64
3 - Acomp. da Gestão Municipal	07	08	34	09	11	11	12	05	04	101
4 - Gestão e func. do CES/PA	20	18	66	24	31	32	21	24	33	269
5 - Acomp. da Gestão Estadual	02	09	28	09	17	11	06	08	10	100
6 - Partic. eventos Estad./Nacional	-	01	-	09	05	07	03	06	05	36
Resoluções geradas	29	46	171	56	79	75	54	72	74	656

Quadro 9 – Pautas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias no CES/PA – 2001/2009.

Fonte: CES/PA.

\* CMS's – Conferências Municipais de Saúde.

No quadro acima, os assuntos de pauta das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias significam as decisões tomadas sobre as matérias destacadas agrupadas em seis partes de 2001/2009. Entretanto, é necessário apontar que o assunto de número três do quadro: *Acompanhamento da Gestão Municipal* contemplava discussões sobre: o levantamento de irregularidades na prestação de contas das Secretarias Municipais de Saúde, problemas na administração municipal, denúncias com relação a servidores do município, aprovação de emendas parlamentares para municípios, habilitação e desabilitação de municípios à Gestão Plena ou Básica de Saúde, dentre outros.

O assunto de número quatro que se refere a *Gestão e funcionamento do CES/PA*, tratava das seguintes questões: ajustes e reformulação do Regimento Interno, organização de Conferências, criação de Comissões, aprovação do orçamento anual do CES/PA, capacitação de conselheiros, participação em Comitês de Ética das Universidades, apresentação de relatórios de viagem na participação de eventos municipal, estadual ou nacional.

E por fim, o assunto de número cinco, *Acompanhamento da Gestão Estadual*, contemplava as matérias de: apresentação de projetos, programas e serviços estaduais, convites para os conselheiros participarem de comitês

estaduais, aprovação de projetos de implantação de Hospitais Regionais, aprovação para que os Hospitais Regionais fossem administrados por Organizações Sociais - OSs, Prestação de Contas do Fundo Estadual de Saúde, dentre outros. A compilação e distribuição dos dados expressos no quadro apontaram para várias questões que serão analisadas no item a seguir.

### 3.6.1 – Análise dos Resultados – Funcionamento do CES/PA

O Quadro 5 aponta que a quantidade de reuniões sempre ultrapassaram as doze anuais, com exceção dos anos 2008 e 2009, demonstrando em primeira mão ser este Conselho, bastante atuante e dinâmico. Porém, as leituras das Atas revelaram que a quantidade não significou na mesma proporção, qualidade. Os documentos pesquisados retrataram um Conselho pouco dinâmico e atuante, com limitações, dificuldades de entendimento do funcionamento deste colegiado e principalmente o desconhecimento da legislação e importância da aprovação e acompanhamento de determinados instrumentais necessários para o exercício da participação e do controle social.

Diante do exposto e para ilustrar como funcionavam as reuniões que ocorriam no CES/PA ao longo destes nove anos, foram identificadas algumas situações como: frequentes atrasos de conselheiros impedindo que a reunião fosse iniciada por falta de quorum; conselheiros que repetiam várias vezes as mesmas falas já pontuadas; repetidas discussões que fugiam do assunto pautado; perda de tempo com discussões de pequenas correções de gramática nas Atas; pautas que não podiam ser votadas devido à ausência de conselheiros no percurso das reuniões que se ausentavam da sala de reunião; assuntos já debatidos e encaminhados que voltavam frequentemente em reuniões seguintes; entidades faltosas que não respeitavam o que a Lei e o Regimento Interno determinavam e não eram substituídas; discussões prolongadas de assuntos que não eram competência do Conselho; frequentes reuniões que ultrapassavam o horário previsto; assuntos deliberados e que geravam apenas resoluções formais ou cartoriais; quantidade expressiva de assuntos de pauta que acabavam não sendo esgotados necessitando novo agendamento de reuniões extraordinárias, dentre outros.

De acordo com a descrição de como eram conduzidas às reuniões do CES/PA, com base nas leituras e consultas das Atas, identificou-se diversos problemas, dos mais simples aos mais complexos.

Um dado complexo revelado na pesquisa e demonstrado nos Quadros 7 e 8 foi quanto ao orçamento anual do CES/PA. Os valores orçados anualmente eram altos em relação aos valores gastos anualmente que eram bem menores. Segundo informações obtidas da Coordenadoria do GT – Orçamento/DAF – SESPA, os recursos não gastos pelo Conselho eram canalizados para a Secretaria de Estado e Saúde Pública – SESPA em serviços, programas ou projetos que o Estado estivesse desenvolvendo. Ainda segundo informações tanto da Coordenadoria do GT – Orçamento/DAF - SESPA quanto da Secretaria Executiva do CES/PA, isto ocorria, pois o Conselho não elaborava anualmente o seu Plano de Trabalho.

O que se observou foi uma discrepância entre um orçamento sem referências de dados e ações não planejadas, isto é, o orçamento era construído sem a utilização de elementos concretos para sustentar os valores orçados. Neste sentido foi possível especular que o orçamento anual do CES/PA partindo de elementos pouco claros não permitiam sua explicação em Atas ou outros documentos. Ou seja, não existia uma prática de registro e monitoramento do próprio CES/PA o que se constitui também um dado para esta pesquisa.

Apesar do rigor sistemático dos conselheiros em aprovar a cada ano, recursos para garantir suas atividades (que não eram planejadas), não houve o mesmo rigor no acompanhamento sistemático sobre os gastos dos mesmos recursos. É importante que se registre que não foi encontrado no Conselho nenhum documento como Ata, relatório, diário ou planilha de acompanhamento destes recursos pela Comissão de Orçamento e Finanças, nem mesmo pela Secretaria Executiva; estes dados só foram acessados no GT – Orçamento/DAF - SESPA.

A dificuldade no acesso destes dados confirma que os conselheiros não tinham o hábito de registrar, acompanhar e monitorar sistematicamente nem mesmo o gasto do próprio Conselho. O exame desta situação nos leva a constatar que as decisões de assuntos da esfera estadual acabavam sendo resolvidos pelo gestor ou o Estado.

Os dados do Quadro 8 demonstraram a afirmação acima e também o que será discutido em itens posteriores, que os conselheiros se dedicavam mais aos assuntos locais, isto é, da esfera dos municípios em detrimento da estadual. Conforme o quadro supracitado, detectou-se que nos nove anos pesquisados o maior gasto dos conselheiros foi com *Passagens e Diárias* somando um total de R\$ 1.028.822,50 (Hum milhão, vinte e oito mil oitocentos e vinte e dois reais e cinquenta centavos), confirmando que existiu uma inclinação aos assuntos fora da área de abrangência do CES/PA.

Nesta direção, no Quadro 9, as matérias pautadas nas reuniões foram agrupadas em seis partes e apontaram vários desvirtuamentos e equívocos quanto às atribuições e competências do Conselho. Por outro lado, quando as pautas eram de sua competência, permaneciam mais num plano consultivo, opinativo do que deliberativo e propositivo. Neste sentido, foi possível afirmar que o tipo de postura e representação adotada pelos conselheiros no CES/PA é a que Benevides (1994, p. 4) chama de “uma representação teatral”, isto é, ao invés do povo se representar diante do poder, é o poder que se representa diante do povo, afastando desta perspectiva qualquer ideia de democracia como soberania popular.

Em relação à aprovação dos Planos Estaduais de Saúde, só foi encontrado nos documentos do CES/PA, de 2001/2009, a aprovação de um único Plano Estadual de Saúde (PPA) - o do ano de 2001 - quando o Estado do Pará pleiteava sua habilitação à condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde (Resolução Nº. 008 de 24.04.2001). Nos demais anos 2003 e 2007, não foram encontradas Resoluções aprovando os respectivos Planos Estaduais.

O Relatório Anual de Gestão, outro instrumental que o plenário tinha como atribuição e competência aprovar, também não foi realizado. Nos documentos consultados só foi encontrado a aprovação do Relatório de Gestão de 2001 (Resolução Nº. 046 de 02.06.2003) e com relação ao Relatório de Gestão de 2002, não foi encontrada nenhuma aprovação, apenas a criação de duas Comissões para sua análise.

Uma Comissão criada em 2003 (Resolução Nº. 169 de 16.12.2003) tendo como representantes as seguintes entidades: SENPA, AAME e Pastoral da Criança foi criada para analisar o Relatório de Gestão/2002 e passados dois

anos da criação da primeira, uma segunda Comissão com os mesmos propósitos criada em 2005, para análise deste mesmo Relatório (Resolução Nº. 019 de 27.04.05), tendo como membros as seguintes entidades: APAPSP, Pastoral da Criança e a APAE, porém, mesmo com a criação destas duas Comissões para realizar a avaliação do Relatório de Gestão - exercício 2002, não foi encontrado o resultado de nenhuma das duas Comissões incumbidas de realizar a análise do referido Relatório nem mesmo qualquer resolução que o aprovasse. Mais um dado revelado nesta situação, foi à falta de paridade nas Comissões criadas, ou seja, estava faltando o segmento gestor na sua composição.

Quanto aos Relatórios de Gestão dos anos - 2003, 2004, 2005 e 2006 não foram encontrados registros de sua aprovação por meio de resolução, nem mesmo qualquer discussão nas reuniões ordinárias ou extraordinárias nestes nove anos pesquisados. Em 2008 foi criada uma Comissão (Resolução Nº. 035 de 16.09.2008) para analisar o Relatório de Gestão de 2007, porém também não foi encontrado registro de sua aprovação. Isto se repete para os anos de 2008 e 2009.

Ou seja, constatou-se que apesar de ser esta uma atribuição e competência específica dos Conselhos, inscrita na Lei Federal Nº. 8.142/90 e que em seu art. 4º, determina que estados, municípios e Distrito Federal devam aprovar neste órgão colegiado não só o Relatório de Gestão, mas também o Plano de Saúde e outros instrumentos, isto não ocorreu sistematicamente no Conselho Estadual de Saúde – CES/PA nos nove anos pesquisados. Somente em 2001 a aprovação do Relatório de Gestão se deu, pois o Estado pleiteava a gestão plena.

Apesar da Lei Estadual Nº. 5.751/93 expressar somente em seu art. 2º inciso X a aprovação do Plano Estadual de Saúde, esta atribuição do Conselho ocorreu uma única vez no CES/PA em 2001 como já apontado, não justificando as omissões ocorridas posteriormente naquele colegiado em relação aos instrumentais de gestão que devem ser acompanhados, monitorados e aprovados pelo Conselho, pois estas ferramentas constituem-se nas diretrizes políticas, programas e ações que serão implantados no estado. O impasse dos conselheiros situa-se justamente no reconhecimento que devem ter não só de participar na elaboração dos planos, mas também no seu acompanhamento

rotineiro assim como na sua aprovação. Em outras palavras, qualquer alteração no plano deve passar pela aprovação do Conselho, coisa que não aconteceu. Desta forma, se se quer eficiência e eficácia nas ações do governo como conselheiros que representam a sociedade civil nestes espaços é necessário ser também co-autor da principal ferramenta que contém estas informações que é o plano de saúde. No exame desta situação foi possível afirmar que faltou informação dos conselheiros, mas, sobretudo identificou-se o despreparo e deficiência no conhecimento da legislação inerente a este espaço, deixando que assuntos regulamentados em lei não fossem aprovados.

Outro dado significativo apresentado no Quadro 9 foram os assuntos relativos à *Homologação de Conferências Municipais de Saúde*, sendo homologadas pelo CES/PA, bem como a ocorrência de uma inclinação no *Acompanhamento da Gestão Municipal* pelo Conselho. Estes dois assuntos são de competência dos Conselhos Municipais de Saúde. No entanto, encontrou-se nas Atas discussões e deliberações destas matérias no CES/PA, inclusive com publicação de resoluções aprovadas e publicadas no Diário Oficial do Estado do Pará. Estas situações observadas indicam uma incompreensão e incerteza das funções daquele colegiado, por este motivo pode-se afirmar que ao invés de ser realizado o controle social da Política Pública de Saúde no Estado do Pará ocorria um descontrole social por parte dos membros que compunham o colegiado daquela época.

Quanto à homologação de Conferências Municipais de Saúde pelo CES/PA, é importante lembrar que a partir da Constituição Federal de 1988:

[...] os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e a União. O SUS deve ser construído com base em uma relação harmoniosa, solidária, e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo.

Conforme a legislação, este princípio se estende aos Conselhos, pois eles fazem parte do executivo, e segundo Carvalho G. (2009), nem mesmo o Prefeito deve tolher sua autonomia.

Desta forma, a Conferência Municipal de Saúde só poderá ser homologada pelo chefe do poder constituído na respectiva instância federativa. A autonomia deste ente federado não pode ser desrespeitada. No caso de irregularidade na Conferência Municipal, em que na própria instância não se

consiga a solução do problema, e que foram esgotadas todas as possibilidades *in loco*, neste caso o Conselho Municipal pode e deve recorrer a uma instância superior, no caso o Ministério Público.

É importante destacar que o Conselho Estadual de Saúde só se manifesta em relação a irregularidades em Conferências Municipais de Saúde, se provocado por denúncias, fraudes ou solicitações de orientações por escrito e nestes casos, pode até fazer a apreciação da situação dando seu parecer com as justificativas, sugerindo que eventuais irregularidades sejam corrigidas e sanadas de acordo com a legislação, mas a situação deverá ser encaminhada ao Ministério Público que tem competência jurídica para agir aplicando a penalidade (ou não), sugerindo (ou não) providências que a situação em tela demande.

Além disso, os Conselhos Estaduais não foram criados para fiscalizar, monitorar e exercer controle sobre os Conselhos Municipais, mas a atribuição destes colegiados sejam eles municipal, estadual ou nacional, conforme a Lei Federal Nº. 8.142/90 é atuar:

[...] 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.

Apenas para ilustrar, o único Conselho com atribuição legal de viabilizar atendimento em casos concretos, por exemplo, de ameaça ou violação dos direitos de crianças e adolescentes, podendo requisitar diretamente atendimento médico, matrícula em escola, dentre outras situações é o Conselho Tutelar desenvolvendo suas funções exclusivamente no âmbito do município (CEDICA/RS, 1999). O que diferencia os demais Conselhos setoriais é quanto as suas atribuições e competências, pois são órgãos colegiados que formulam estratégias e atuam no controle da execução das políticas públicas na instância correspondente.

Assim sendo, cabe ao Ministério Público, instância que integra o Executivo, de acordo com Simões (2008), a missão de controlar os atos praticados pelo poder público e todos os serviços de relevância pública, bem como exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade (art. 129 da CF/88). De acordo com Rodrigues (1996:8,

apud BRAVO, 2008), o Ministério Público é uma instituição com função jurisdicional do Estado que tem como atribuição a defesa da ordem jurídica, dos interesses sociais e individuais. Configurando-se como um “advogado da sociedade” (ibidem), atribuição que o Conselho de Saúde não tem.

Portanto, se a Conferência ocorre no município sem registro de irregularidades ou denúncias e o plenário da Conferência municipal aprova e homologa as propostas sem nenhum problema, ratifica-se o fato da homologação da Conferência ser de competência da instância municipal, conforme a legislação que dá autonomia ao ente federado correspondente, e não o Conselho Estadual de Saúde, como recorrentemente esta prática foi identificada no CES/PA no período pesquisado que homologava Conferências Municipais de Saúde, inclusive com publicação no Diário Oficial do Estado.

Assim, é necessário compreender que os Conselhos integram e constituem-se no interesse dos entes estatais, no âmbito dos respectivos níveis de governo do Executivo, integrando a administração pública e por isso não tem personalidade jurídica própria (SIMÕES, 2008). Conforme sinaliza Simões (2008, p. 114), os Conselhos de Saúde são *colegiados autônomos, sob fiscalização do Ministério Público (estadual ou federal, conforme o caso)*.

Assim, pode-se afirmar que este tipo de atividade exercida pelo CES/PA ao longo dos nove anos, como apresentado no Quadro 9, significou que os conselheiros desviaram sua atenção para assuntos que não eram de sua competência, deixando a esfera estadual descoberta de fiscalização e monitoramento.

Outro caso examinado nas Atas foi à prática recorrente do CES/PA em aprovar ou desaprovar habilitações de pleitos municipais a gestão plena ou básica de saúde no período de vigência das NOAS/SUS 2001 e NOAS/SUS 01/2002 – Normas Operacionais de Assistência a Saúde. De acordo com a Ata da Reunião Ordinária de 19.08.2003 chegou a ser criada uma Comissão Especial (Resolução Nº. 099 de 19.08.2003) para avaliar a situação dos municípios que estavam em Gestão Plena e a atividade se daria em parceria com os Conselhos Municipais de Saúde.

Na Ata da Reunião Ordinária de 28.08.2002, o Presidente – na época o Secretário Estadual de Saúde, chamou a atenção dos conselheiros para a necessidade do Conselho ter clara suas atribuições e competências a fim de

não interferir em situações de competência da Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Justificou seu destaque, pois, segundo ele, o CES/PA estava sendo motivo de “chacota” em nível nacional, pois interferia em situações de competência dos Conselhos Municipais de Saúde e da CIB. Na análise dos documentos pesquisados, esta prática não foi encerrada imediatamente persistindo por algum tempo.

De acordo com Santos e Andrade (2007), que analisam a organização do SUS a partir da edição das normas operacionais da saúde desde 1991, segundo estes autores eram quatorze requisitos<sup>23</sup> para a habilitação do município à gestão plena do sistema municipal além dos necessários para a gestão plena da atenção básica ampliada. O último requisito consistia na “formalização junto ao gestor estadual, com ciência à CIB, após aprovação pelo CMS, do pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada” (SANTOS & ANDRADE, 2007, p. 73). Ou seja, o destaque do presidente fazia sentido, pois quis corrigir uma ação<sup>24</sup> do CES/PA que não estava certa.

Outro dado analisado no Quadro 9 foi a participação significativa dos conselheiros em eventos que ocorriam na esfera municipal. Este dado reforçou a inclinação e interesse dos conselheiros por assuntos de nível local/municipal. Com relação a esta afirmação, Nogueira (2005) e Campos (2006) defendem ser preciso a existência de equipes técnicas qualificadas e especializadas no assunto atuando nos Conselhos para orientar os trabalhos. Se por um lado foi constatada uma inclinação dos conselheiros por assuntos do âmbito municipal, de outro não foram encontrados registros de criação de comissão de conselheiros para realizar ao menos visitas sistemáticas a programas, serviços, projetos, dentre outros do âmbito estadual.

A quantidade expressiva de assuntos nas pautas sobre a Gestão e funcionamento do CES/PA, chamou a atenção, pois de acordo com as leituras nas Atas, muitos assuntos foram deliberados e encaminhados, gerando apenas resoluções formais, pois não se encontrou nos documentos pesquisados

---

<sup>23</sup> Sobre o assunto consultar Santos e Andrade (2007). SUS o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.

<sup>24</sup> Exemplo identificado na Ata da Reunião Ordinária de 15.04.2003 quando o CES/PA por meio da Resolução Nº 030/2003 recomendou a CIB a não habilitação para gestão Plena do Sistema Municipal de Muaná.

registros de uma continuidade ou acompanhamento de determinado assunto deliberado, que acabava ficando sem respostas<sup>25</sup>.

Assim, conforme foi demonstrado no Quadro 9, os dados expressos nos levaram a constatar que se somarmos as três primeiras partes: Homologação de Conferências Municipais de Saúde; Participação em eventos municipais e Acompanhamento da Gestão Municipal, em comparação com o Acompanhamento da Gestão Estadual e Participação em eventos estadual e nacional, verificou-se que nestes nove anos, os conselheiros investiram e otimizaram o seu tempo para assuntos da participação e do exercício do controle social voltado para a esfera municipal em detrimento da estadual.

De acordo com a apresentação e discussão dos dados sobre a composição, organização e funcionamento do CES/PA, o item a seguir destacará o protagonismo dos sujeitos sociais por meio de suas atividades no espaço do Conselho.

---

<sup>25</sup> Exemplo criação da “Comissão de implantação da Mesa de Negociação de Recursos Humanos para o SUS, como *fórum* permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde”, deliberado na Reunião Ordinária de 08.01.2001, conforme Resolução Nº 003 de 09.03.2001. Entretanto não foram encontrados registros desta comissão nem mesmo se chegou a desenvolver alguma atividade ou ainda se uma comissão desta natureza era competência do CES/PA.

#### **4 – O PROTAGONISMO DOS CONSELHEIROS NAS DECISÕES E ATIVIDADES DO EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO CES/PA.**

Na perspectiva de dar um enfoque ao protagonismo dos sujeitos sociais que atuam no âmbito do Conselho, serão discutidos neste capítulo elementos pesquisados como: o perfil dos conselheiros, suas proposições de pautas nas reuniões do CES/PA, suas agendas, estratégias e bandeiras de luta. Nesta direção, conhecer como se deu o protagonismo destes sujeitos no contexto histórico (já abordado neste trabalho nos itens 2.3, 2.3.1, 2.3.2 e 2.3.3) para entender o presente é fundamental, pois se em finais dos anos 70 e início dos anos 80 as lutas dos movimentos sociais se davam em espaços não institucionalizados reivindicando-se direitos sociais bem como a participação nas políticas públicas inscritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas posteriormente nas Leis Orgânicas da Saúde; no cenário atual de acordo com Correia (2010), as lutas sociais ocorrem também em torno das políticas públicas, mas principalmente nos espaços dos Conselhos e Conferências em que a participação se dá de forma institucionalizada, isto é, no executivo do Estado.

O Protagonismo nesta direção converter-se-ia no exercício político dos sujeitos sociais inseridos no espaço do Conselho requerendo:

[...] a idealização do que se pretende transformar, em fidelidade a ideias e valores que sustentam a luta coletiva. Na sociedade de classes, a práxis política manifesta-se no enfrentamento das contradições e antagonismos, através do protagonismo histórico-político de sujeitos coletivos em busca da legitimação da hegemonia dominante ou para o fortalecimento de um movimento de contra-hegemonia. Alves (2009 apud BARROCO, 2003, p.105).

Ainda nesta perspectiva, de acordo com Alves (2009 apud GOHN, 1999, p.106) somente a existência de necessidades por parte de uma classe para a organização coletiva não é suficiente. Mas seria preciso a tomada de consciência política dos sujeitos sociais, incluindo também a classe trabalhadora, em conhecer criticamente o lugar que ocupam no processo de produção e entender que os problemas que são vivenciados por eles estão necessariamente arraigados à sociedade dominante e que podem ser

superados a partir da própria ordem dominante. Nesta mesma direção o que foi defendido pela autora acima se aplica aos conselheiros que tem um papel importante a desenvolver no espaço do CES/PA. Ou seja, tem a missão de conhecer e reconhecer criticamente sua realidade no caso a Política de Saúde do Estado do Pará, entendendo que ela faz parte do processo de produção, e por isto não deixa de estar alheia às reformas que o Estado vem sofrendo desde a década de 90 e como bem coloca Correia (2011, p.43), que “o SUS foi alvo das contrarreformas<sup>26</sup> neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde.”

Estas reformas que vem sendo empreendidas na área da saúde estão sendo chamadas de “novos modelos de gestão” (CORREIA, 2011) e é neste sentido que se concorda com Correia (2011) que não só os movimentos sociais, mas principalmente os Conselhos devem estar atentos para esta situação da política de saúde posicionando-se contrários a estes ditos “novos modelos de gestão”, que são decorrentes de reflexos das mudanças que ocorrem no mundo econômico e que se voltam para o desmonte do que é público. Nesta direção, o protagonismo dos sujeitos sociais entendido neste trabalho tem relação com o que Benevides (1994) discute, isto é, para os sujeitos poderem se expressar politicamente e defender um projeto coletivo nos espaços sociais de luta institucionalizados ou não estes devem estar preparados e atentos do seu papel, investidos de uma postura que ela define como “cidadania ativa” contrária da “cidadania passiva”<sup>27</sup>.

#### 4.1 – PERFIL DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DO CES/PA – 2001/2009

O Conselho Estadual de Saúde do Estado do Pará ao longo de mais de oito anos foi composto por quarenta conselheiros dentre titulares e suplentes, alterando esta composição somente em 24.04.2009 com a Lei Estadual Nº.

---

<sup>26</sup> Denominadas de contrarreformas pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na Realidade, são as contrarreformas do Estado exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais. Correia (2011, apud Behring, 2003) utiliza o termo para tratar do processo de “desestruturação do Estado e perda de direitos” no Brasil a partir da década de 90.

<sup>27</sup> Benevides (1994) utiliza o termo para designar aquela que é outorgada pelo Estado, com a ideia moral do favor e da tutela, contrária a de cidadania ativa, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

7.264/09. Como abordado anteriormente, a composição daquele Conselho limitava e tolhia a participação ampliada de outros segmentos de setores organizados da sociedade civil que também militavam na área da saúde, pois como sinalizado, a Lei Estadual Nº. 6.370/01 que regulamentava a composição do CES/PA em seu art. 3º, incisos I, II, III e IV era demasiadamente restritiva e desigual, além disso, sua composição eliminava os efeitos do *empowerment*, segundo Gohn (2007, p. 108), quando o sentido de pertencimento dos indivíduos acaba sendo monopolizado por aqueles que já fazem parte do espaço.

Com a implantação da Lei Estadual Nº. 7.264/09 equívocos do passado em relação à composição<sup>28</sup> do CES/PA foram corrigidos.

Porém, quando realizado o levantamento de dados quanto ao perfil dos conselheiros que compunham este espaço, identificou-se que mesmo com as alterações na legislação aumentando o número de conselheiros e representatividade para mais segmentos organizados da sociedade civil em 2009, não ocorreram mudanças quanto ao perfil que predominou ao longo de mais de oito anos. A única alteração foi quantitativa do aumento de conselheiros do CES/PA que de um total de quarenta foi para cinquenta e seis conselheiros e o número de entidades que eram dezoito aumentou para trinta com a nova lei. Assim, os Quadros 10, 11, 12 e 13 apresentam o resultado do que foi pesquisado.

Porém, é importante registrar que nos quadros que serão apresentados não foram demonstrados os biênios anteriores a 2002, pois estas informações não estavam disponíveis nas *Fichas Cadastrais de Conselheiros do CES/PA*. Por este motivo, a forma de organização por biênios foi obtida somente a partir do ano de 2002 conforme a seguir.

---

<sup>28</sup> No art. 4º foi regulamentado que a composição do CES/PA seria por meio do percentual de representatividade de cada segmento, bem como respeitada a paridade, ou seja, 50% representantes de usuários, 25% de representantes de trabalhadores de saúde e 25% representantes gestor/prestador.

BIÊNIO 2002/2004		Gestor		Prestador		Trabalhador		Usuário		TOTAL	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
GÊNERO	M	05	12,5	02	5	07	17,5	15	37,5	29	<b>72,5</b>
	F	03	7,5	-	-	03	7,5	05	12,5	11	27,5
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100
FAIXA ETÁRIA	31 – 41	03	7,5	01	2,5	03	7,5	03	7,5	10	25
	41 – 50	02	5	-	-	02	5	07	17,5	11	27,5
	+ 50	03	7,5	01	2,5	05	12,5	10	25	19	<b>47,5</b>
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100
ESCOLARIDADE	FUND.	-	-	-	-	01	2,5	06	15	07	17,5
	MÉDIO	-	-	-	-	01	2,5	08	20	09	22,5
	SUPERIOR	08	20	02	5	08	20	06	15	24	<b>60</b>
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100
Nº. DE MANDATOS	UM	05	12,5	01	2,5	10	25	18	45	34	<b>85</b>
	DOIS	03	7,5	01	2,5	-	-	02	5	06	15
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100

Quadro 10 – Perfil dos conselheiros – Biênio 2002/2004  
Fonte: CES/PA.

BIÊNIO 2004/2006		Gestor		Prestador		Trabalhador		Usuário		TOTAL	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
GÊNERO	M	06	15	01	2,5	07	17,5	15	37,5	29	<b>72,5</b>
	F	02	5	01	2,5	03	7,5	05	12,5	11	27,5
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100
FAIXA ETÁRIA	31 – 41	02	5	-	-	03	7,5	02	5	07	17,5
	41 – 50	02	5	01	2,5	01	2,5	08	20	12	30
	+ 50	04	10	01	2,5	06	15	10	25	21	<b>52,5</b>
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100
ESCOLARIDADE	FUND.	-	-	-	-	-	-	08	20	08	20
	MÉDIO	-	-	-	-	-	-	07	17,5	07	17,5
	SUPERIOR	08	20	02	5	10	25	05	12,5	25	<b>62,5</b>
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100
Nº. DE MANDATOS	UM	04	10	-	-	10	25	18	45	32	<b>80</b>
	DOIS	04	10	02	5	-	-	02	5	08	20
	TOTAL	08	20	02	5	10	25	20	50	40	100

Quadro 11 – Perfil dos conselheiros – Biênio 2004/2006  
Fonte: CES/PA

<b>BIÊNIO 2006/2008 ESTENDIDO - 03/2009</b>		Gestor		Prestador		Trabalhador		Usuário		TOTAL	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
GÊNERO	M	06	15	02	05	09	22,5	12	30	29	72,5
	F	02	05	-	-	01	2,5	08	20	11	27,5
	TOTAL	08	20	02	05	10	25	20	50	40	100
FAIXA ETÁRIA	31 – 41	02	05	01	2,5	03	7,5	01	2,5	07	17,5
	41 – 50	02	05	-	-	01	2,5	08	20	11	27,5
	+ 50	04	10	01	2,5	06	15	11	27,5	22	55
	TOTAL	08	20	02	05	10	25	20	50	40	100
ESCOLARIDADE	FUND.	-	-	-	-	-	-	10	25	10	25
	MÉDIO	-	-	-	-	01	2,5	02	05	03	7,5
	SUPERIOR	08	20	02	05	09	22,5	08	20	27	67,5
	TOTAL	08	20	02	05	10	25	20	50	40	100
Nº. DE MANDATOS	UM	08	20	02	05	02	05	11	27,5	23	57,5
	DOIS	-	-	-	-	08	20	09	22,5	17	42,5
	TOTAL	08	20	02	05	10	25	20	50	40	100

Quadro 12 – Perfil dos conselheiros – Biênio 2006/2008  
Fonte: CES/PA

<b>NOVA COMPOSIÇÃO A PARTIR DE 08/2009</b>		Gestor		Prestador		Trabalhador		Usuário		TOTAL	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
GÊNERO	M	06	11	03	05	10	18	12	21	31	55
	F	04	07	01	02	04	07	16	29	25	45
	TOTAL	10	18	04	07	14	25	28	50	56	100
FAIXA ETÁRIA	31 – 41	-	-	-	-	02	04	04	07	06	11
	41 – 50	06	11	03	05	03	05	10	18	22	39
	+ 50	04	07	01	02	09	16	14	25	28	50
	TOTAL	10	18	04	07	14	25	28	50	56	100
ESCOLARIDADE	FUND.	-	-	-	-	-	-	03	05	03	05
	MÉDIO	-	-	-	-	06	11	18	32	24	43
	SUPERIOR	10	18	04	07	08	14	07	13	29	52
	TOTAL	10	18	04	07	14	25	28	50	56	100
Nº. DE MANDATOS	UM	10	18	02	04	14	25	25	45	51	91
	DOIS	-	-	02	04	-	-	03	05	05	09
	TOTAL	10	18	04	07	14	25	28	50	56	100

Quadro 13 – Perfil dos conselheiros – nova composição em 2009  
Fonte: CES/PA

Os Quadros acima, apresentam nos biênios 2002/2004, 2004/2006, 2006/2008 e mesmo quando da nova composição em 2009, tanto a questão do gênero, como da faixa etária, da escolaridade e do número de mandatos predominou em todos a mesma situação. Por exemplo, quanto à questão da faixa etária, em todos os biênios predominou a idade de conselheiros com mais de cinquenta anos. O mesmo foi registrado nos outros dados que serão analisados no próximo item.

#### 4.1.1 – Análise dos Resultados – Perfil dos conselheiros do CES/PA

Nos Quadros 10, 11, 12 e 13, foi possível verificar que o perfil dos conselheiros que predominou em todos os biênios estudados com relação ao gênero, nos nove anos no CES/PA, foi a participação maior do sexo masculino com uma média de 68,1%, contra 31,9% do sexo feminino.

Com relação à faixa etária, verificou-se uma linearidade e predomínio em todos os biênios estudados de conselheiros com idades superiores a cinquenta anos com uma média de 51,2%, ou seja, mais da metade dos conselheiros ao longo dos nove anos pesquisados apresentavam esta faixa etária. Em contrapartida, a média de participação de conselheiros com idades de 41 a 50 anos ficou em 31% e por fim, os conselheiros com idades de 31 a 40 anos ficou em 17,8%.

A autora Bravo (2006) contribui nesta análise, trazendo a experiência dos Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em 2005 que eram formados na sua maioria por conselheiros na faixa etária de 41 a 60 anos, isto é, 57,65%, dado que também refletiu a realidade do Conselho Estadual de Saúde no Estado do Pará no período estudado. De acordo com a autora, esta informação apontava para a necessidade de renovação dos quadros políticos que atuavam no controle social na área da saúde buscando envolver novos sujeitos sociais no debate da participação popular e rumos da política pública de saúde. A autora apontou algumas estratégias que poderiam ser tomadas para alterar este cenário:

[...] sensibilizar estudantes universitários para esta participação através de suas entidades, por exemplo, os Centros Acadêmicos e as Executivas de Curso da área da saúde; mobilizar profissionais recém-admitidos nas unidades de saúde, como também criar comissão de jovens nas associações de moradores e outros movimentos sociais tendo em vista esta inserção. (BRAVO,2006, p. 88)

Esta estratégia sinalizada por Bravo (2006), não foi percebida no espaço do CES/PA. Nem mesmo debates ampliados com os setores da sociedade civil organizada como o preconizado no art. 7º, incisos V e VII do Regimento Interno de 2004 que estabeleciam como atribuição e competência do CES/PA, a garantia da:

[...] participação popular no controle social do Sistema Único de Saúde, através da representação da sociedade civil organizada, nos colegiados [...]. Difundir informações que possibilitem à população paraense em geral o

De acordo com o estabelecido no Regimento Interno de 2004, não se percebeu manifestações para ampliação nem mesmo de diversificação deste espaço com relação à faixa etária, mas o contrário o que se pôde constatar em alguns casos foi um protagonismo de passividade, de não enfrentamento dos conselheiros como o registrado na Ata da Reunião Ordinária de 16.07.2002 na qual uma conselheira fez críticas aos membros do CES/PA;

[...] o que esta acontecendo é que tem conselheiros que estão simplesmente pegando o material engavetando, não vem e nem passam para seu suplente, ou então as pessoas simplesmente deixam no local e não vão procurar para tomar conhecimento, tem conselheiro que esta vindo para a reunião sem tomar conhecimento de nada então as pautas não estão tendo o objetivo que deveriam ter.

Estas posturas examinadas nas falas registradas em Atas indicam a falta de comprometimento por parte de alguns membros mesmo em pequenas ações como a de se preparar antecipadamente lendo os documentos para serem discutidos nas reuniões.

As informações obtidas em relação à idade chamaram a atenção, pois identificou-se nas Atas, um recorrente enaltecimento e valorização dos próprios conselheiros em defenderem ter “mais experiência” (grifo nosso), em contrapartida estas posições inibiam não só a oxigenação de participação de pessoas mais jovens, como também não permitiam a participação e ampliação para outros grupos organizados na sociedade civil de atuar neste espaço. Mesmo quando ocorriam às substituições nas entidades, o conselheiro designado em geral era mais velho, fato que pode ser constatado nos quadros 10, 11, 12 e 13.

No exposto por uma conselheira estadual que havia participado de um evento do Conselho Municipal de Saúde foi registrada na Ata da Reunião Ordinária de 21.05.2002 uma destas situações de enaltecimento do próprio conselheiro quando ela relatou que: ‘[...] é um Conselho politizado, não é qualquer um que vai conversar com eles, pois eles conhecem lei profundamente, conhecem controle social [...]’.

Outra manifestação registrada na Ata da Reunião Ordinária de 16.07.2002 e que retratou a discussão em tela:

[...] tem conselheiros que não conhecem nem a lei de criação do seu município, tem secretário que não sabe o que é a NOAS, eles tem dificuldades e os conselheiros estaduais também.

Na Ata da Reunião Ordinária de 16.08.2005, identificou-se mais um exemplo com relação a esta discussão: '[...] concorda com a presença mais forte do Conselho Estadual de Saúde e a presença da conselheira [...] terá um impacto bastante forte. '

Outro exemplo foi registrado em Ata da Reunião Ordinária de 19.09.2006: '[...] acha importante a colocação da conselheira [...], é importante falar sobre essas questões de financiamento porque todos desse plenário são formadores de opinião. '

Este tipo de relato extraído das Atas foi bastante comum ao longo dos nove anos pesquisados. Percebendo-se que os membros daquele colegiado tinham uma imagem muito forte de si mesmos, intitulando-se “formadores de opinião”, no entanto, a pesquisa tem sinalizado para muitas dificuldades e incertezas nas ações destes conselheiros que mais apresentaram um protagonismo do tipo passivo do que ativo. Restando ainda um longo caminho para construir um protagonismo de fato de massas e de uma consciência coletiva. Entretanto, pode-se constatar que “mais experiência” (grifo nosso), somado com escolaridade elevada, discussão do próximo item, não significaram necessariamente mais conhecimento, mais informação ou posições condizentes com as reais atribuições e competências estabelecidas regimentalmente na legislação do Conselho e que não eram cumpridas pelos conselheiros.

Esta situação no CES/PA nos levou a constatar que a forma como fora conduzido este colegiado por conselheiros com “mais experiência” (grifo nosso) nos remeteu a fazer uma comparação com a primeira lei de criação do CES/PA, em que somente pessoas ‘de ilibada reputação e saber comprovado no campo da saúde’ (Lei Estadual Nº. 4.373/1971 – art. 2º) poderiam fazer parte deste ambiente. Confirmou-se desta forma, que os hábitos do passado não conseguiram ser eliminados naquele colegiado. Além disso, não se percebeu nas Atas investigadas quaisquer discussões ou preocupações com relação à questão de oxigenar, diversificar, socializar e atrair para o espaço do

Conselho sujeitos sociais mais jovens por meio de estratégias que pudessem mudar este quadro como sugerido por Bravo (2006).

Outro item analisado no estudo, foi a escolaridade. Identificou-se pelo perfil dos conselheiros, que em todos os biênios pesquisados a média de conselheiros com nível superior foi de 60,5%, ou seja, um percentual expressivo significando mais da metade dos conselheiros com formação superior.

Em contrapartida apenas 16,9% possuía nível fundamental e 22,6% nível médio. Este dado deveria ser comemorado ao demonstrar o diferencial neste colegiado. Lamentavelmente, os quadros com os resultados apresentados, expressaram que onde deveria ser dedicada a participação e o controle social na esfera estadual, aquele colegiado desviou suas atenções no exercício da participação e do controle social da gestão municipal ocorrendo neste sentido um grande deslocamento e debilidade de suas funções mais importantes conforme a Lei Federal Nº. 8.142<sup>29</sup>.

Desta forma, constatou-se que um maior nível de escolaridade, não retratou um diferencial positivo naquele Conselho. Nesta análise cabe o que Gramsci (apud Simionatto, 1995, p. 57), defende sobre o intelectual: “o intelectual se define pelo seu lugar e pela função que ocupa no conjunto das relações sociais, o que caracteriza o trabalhador não é o caráter manual do seu trabalho, mas a forma como ele se coloca no modo de produção capitalista.” Concorda-se com Gramsci (apud Simionatto, 1995, p. 59) quando ele esclarece que o caráter orgânico de um intelectual vai depender de sua relação com a classe a que pertence, bem como do lugar que ele ocupa nas organizações da sociedade econômica, política e civil.

Gramsci exemplificou que assim como um intelectual orgânico da classe trabalhadora pode chegar a ser um intelectual orgânico da burguesia o mesmo pode ocorrer no sentido inverso.

Na esteira desta análise, o que se constatou no CES/PA foi que a missão dos intelectuais deste colegiado ao invés de estabelecer relações dialéticas de construção, organização e inserção ativa no espaço do Conselho,

---

<sup>29</sup> Art. 1º § 2º - [...] 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

resumiu-se em relações puramente burocráticas e formais, como os resultados da pesquisa têm revelado. Ou seja, a posição dos intelectuais daquele colegiado contribuía com a manutenção dos interesses das classes dominantes.

Quanto ao número de mandatos de conselheiros, identificou-se que 78,3% na média tiveram um mandato, contra 21,7% com dois mandatos. Se o dado for analisado pelo aspecto quantitativo, ele é positivo, indicando ter havido uma oxigenação de conselheiros e oportunizando que mais sujeitos sociais puderam participar deste colegiado. Em contrapartida, do ponto de vista qualitativo, fazendo a relação com outros dados pesquisados e analisados neste trabalho ele revelou ser um dado negativo, pois as substituições de conselheiros eram realizadas entre os membros das mesmas entidades ao longo de mais de oito anos. Assim, é possível afirmar que não ocorreram mudanças políticas ou renovações qualitativas, pois os membros das entidades vinham com os mesmos vícios e as mesmas dificuldades dos membros substituídos. Esta assertiva é segura, pois não foram observadas mudanças na condução das ações dos conselheiros, nem manifestações de enfrentamento para os problemas e impasses que acometiam aquele colegiado, independente de mudanças de governo, alterações bienais ou mesmo de substituições do corpo de conselheiros.

Outros dados como, por exemplo, renda, ocupação e filiação partidária, poderiam ter contribuído ainda mais neste trabalho, porém, estes dados não foram obtidos, pois as *Fichas Cadastrais dos Conselheiros*, documento pesquisado no CES/PA, não continham estas informações. Assim, no item a seguir será abordado sobre o protagonismo dos conselheiros estaduais de saúde nas decisões e participação das reuniões daquele colegiado.

#### 4.2 – PROTAGONISMO DOS CONSELHEIROS NA PARTICIPAÇÃO DAS REUNIÕES DO CES/PA

O protagonismo dos conselheiros apresentado neste item constitui-se de sua participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CES/PA. As informações do ano de 2001 e das nove primeiras reuniões do ano de 2002,

não estavam disponíveis no Conselho. Assim, o Quadro 14 apresenta as presenças e ausências dos conselheiros nas reuniões daquele colegiado.

PARTICIPAÇÃO GERAL					PARTICIPAÇÃO POR SEGMENTO							
Ano	Total de Reu.	P.ID*	P. Efetiva	Média de partic.	Gestor	%	Pres-tador	%	Tra-balha-dor	%	Usu-ário	%
2001 <sup>1</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002 <sup>2</sup>	9	180	112	62,2	16	44,4	5	55,5	27	60	64	71,1
2003	21	420	272	64,7	38	45,2	19	90,4	63	60	152	72,3
2004	15	300	202	67,3	23	38,3	12	80	49	65,3	118	78,6
2005	18	360	233	64,7	30	41,6	16	88,8	59	65,5	128	71,1
2006	13	260	188	72,3	25	48	12	92,3	50	76,9	101	77,6
2007	13	260	166	63,8	23	44,2	8	61,5	40	61,5	95	73
2008	11	220	138	62,7	14	31,8	7	63,6	41	74,5	76	69
2009 <sup>3</sup>	4	80	46	57,5	3	18,7	3	27,2	10	50	30	75
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>2080</b>	<b>1357</b>	<b>65,2</b>	<b>172</b>	<b>41,3</b>	<b>82</b>	<b>78,8</b>	<b>339</b>	<b>65,1</b>	<b>764</b>	<b>73,4</b>
2009 <sup>4</sup>	7	196	173	88,2	17	48,5	10	71,4	40	81,6	96	97,9

Quadro 14 – Presenças e ausências no CES/PA - 2002/2009

1. Dados não disponíveis. 2. Dados a partir da 9ª reunião. 3. Antiga composição até 03/2009 4. Nova composição a partir de 08/2009.

\* Presença Ideal (considerado somente o titular ou o suplente).

Fonte: Documentos Oficiais do CES/PA

As informações coletadas demonstraram que o segmento prestador foi o que mais participou das reuniões no período de 2002 até o primeiro semestre de 2009 com 78,8 % de presenças. Em seguida o segmento usuário com 73,4%, o segmento trabalhador com 65,1% e por fim o segmento gestor com 41,3% de presenças. No segundo semestre de 2009 identificou-se uma alteração neste protagonismo. Ou seja, quem se destacou com mais presença nas reuniões do CES/PA foi o segmento usuário com 97,9%, seguido do segmento trabalhador com 81,6%, o segmento prestador com 71,4% e por fim o segmento gestor com 48,5%.

Se comparada à média de participação total dos conselheiros, verificou-se que de 2002 até o primeiro semestre de 2009 a média total de participação dos conselheiros foi de 65,2% nas reuniões do CES/PA, aumentando este percentual no segundo semestre de 2009 para 88,2%, ou seja, o que se viu foi um aumento expressivo neste protagonismo. Entretanto, é necessário que estas informações sejam interpretadas e analisadas para que se possa saber se de fato este expressivo protagonismo demonstrado no Quadro 14 esteve investido de qualidade e se de fato ocorreu uma participação política de consciência coletiva nas decisões e encaminhamentos demandados para este colegiado.

#### 4.2.1 – Análise dos Resultados – Protagonismo dos conselheiros na participação das reuniões do CES/PA

De acordo com o Quadro 14 é indiscutível que foi significativa a assiduidade dos conselheiros nas reuniões do CES/PA, de 2002 até 2009, uma vez que os dados expressam esta afirmação. Quando da nova composição do Conselho em 24.04.2009, esta participação aumenta consideravelmente para 88,2%. O CES/PA não funcionou durante quatro meses no ano de 2009: abril, maio, junho e julho, por conta da eleição da nova composição daquele colegiado. Mas foi visível, ao retornar suas atividades, a significativa participação dos conselheiros a partir da nova composição, se destacando principalmente os segmentos usuário e trabalhador da saúde.

Porém, analisando estas informações com base em Bordenave (1994), constatou-se que, a quantidade de participação dos conselheiros nas reuniões do Conselho, não foi traduzida na mesma proporção em qualidade. A justificativa para esta assertiva foi à identificação de vários problemas como, por exemplo, o grau de controle que os membros daquele colegiado não tinham sobre as decisões e encaminhamentos; a falta de qualidade informacional e do processo contínuo na criação de conhecimento pelo grupo não apenas de si mesmo, mas como do ambiente que atuavam; ausência da abertura de novos canais informativos e de parcerias com outros sujeitos sociais na ampliação deste conhecimento; a fragilidade no nível de diálogo; dificuldades no grau de manejo com os conflitos; ausência na administração de divergências; a falta de investimento na aprendizagem sobre a organização e coordenação de encontros, reuniões; a falta de entendimento do grupo em compreender que participar é uma vivência coletiva e não individual e que só se aprende na “práxis grupal” (BODERNAVE, 1994, p. 73); ausência de respeito às diferenças individuais na forma de participar, mas que só eram levados em consideração o senso comum daqueles sujeitos que se intitulavam ter “mais experiência” (grifo nosso), dentre outros.

Outro dado extraído das Atas foi quanto à participação de quase 100% da presença de conselheiros estaduais residentes em outros municípios do estado nas reuniões do CES/PA. De acordo com o Regimento Interno de 2004 - art. 5º § 9º - o exercício da função de conselheiro era considerado de

relevância pública e por isto não seria remunerado, em contrapartida seus deslocamentos e participação em reuniões e eventos ligados ao CES/PA, seriam custeados pelo Conselho. Este direito garantido aos conselheiros ajudou a explicar os quase 100% de presenças nas reuniões do Conselho pelos conselheiros residentes em municípios do interior e que inclusive cobravam do gestor nas reuniões quando os pagamentos de deslocamentos destes membros estavam atrasados. Na manifestação a seguir observou-se este aspecto:

[...] ressaltou que sua participação nas reuniões **do CES/PA** não é condicionada as passagens que esta solicitando, pois o prefeito disse que ele virá com passagem ou não, mas como é um direito regimental ele gostaria que fosse revisto o seu pedido. (Grifo nosso)

Porém, nem mesmo com este direito garantido na legislação aos conselheiros que tinham suas despesas custeadas pelo Conselho e que quase não faltavam nas reuniões, não mudavam o cenário do Conselho Estadual de Saúde, pois as dificuldades e entraves continuavam. Neste sentido, a contribuição de Bobbio (2009, p.888), classifica três formas de participação. A de 'presença', menos intensa, de comportamentos meros receptivos ou passivos; a de 'ativação', o indivíduo desenvolve atividades dentro e fora da organização, participa de manifestações de protesto, ou auxilia em campanhas eleitorais. E por fim, a 'participação', no sentido estrito, situações que o indivíduo participa direta ou indiretamente das decisões políticas.

Das três pode-se afirmar que no CES/PA a de 'presença' e a de 'ativação' foram as mais comuns ao longo destes nove anos. Pois, nem mesmo a presença expressiva e quantitativa dos conselheiros que pouco faltavam as reuniões do CES/PA alterou o cenário deste colegiado.

Outra questão já sinalizada foi a identificação do frágil protagonismo dos conselheiros nas decisões e encaminhamentos de matérias discutidas nas reuniões. Na Ata da Reunião Ordinária de 19.09.2006, um ponto de pauta foi o exercício ilegal de um médico no município de Bagre. A denúncia ao invés de ser encaminhada ao Conselho de classe competente, chegou para ser deliberada no CES/PA conforme registrado:

[...] denúncia quanto ao exercício ilegal da profissão médica. [...] relatora da vez inicia falando do Of. Assjur. Nº. 253/06 – CRM que encaminha ofício 010/06-GL-PFL da Câmara Municipal de Bagre pelo vereador [...] a respeito do exercício ilegal do médico [...] contratado pela Prefeitura de Bagre. Após a leitura do parecer do processo chegou a seguinte conclusão considerando a análise da legislação vigente da relatora e assessoria jurídica do CES, o Sr. [...] não é médico e não está inscrito no Conselho Regional de Medicina [...] nem no Conselho Federal de Medicina [...] o processo será encaminhado ao Ministério Público Federal.

De acordo com a situação apresentada, constatou-se que ocorria um protagonismo enviesado pelos conselheiros cometendo grave erro em montar parecer sobre situações desta natureza, além do que realizavam o papel dos Conselhos Federais e Regionais das Profissões e categorias de classe, caracterizando-se uma sobreposição de ações. No entanto, estas situações eram debatidas com encaminhamentos nas reuniões do CES/PA. A fala de um conselheiro demonstrou a incerteza dos papéis em afirmar que a fiscalização destas denúncias não era papel dos Conselhos Regionais de Profissão, conforme identificado a seguir:

A sociedade tem um olhar de que os Conselhos Regionais são responsáveis para fiscalizar essas denúncias. Mas esse papel cabe a vigilância municipal de saúde e a vigilância estadual. [...] diz que a finalidade do Conselho Regional de Odontologia é de fiscalizar o exercício **legal** da profissão. O **ilegal** é caso de polícia. (Grifo nosso)

Na fala examinada, constatou-se que os conselheiros tinham dificuldades de reconhecimento até do papel de seus próprios Conselhos Profissionais, além disso, identificou-se no encaminhamento da situação, um erro mais grave ainda observado na Ata de 19.09.2006, quando um conselheiro sugere que a situação seja deliberada da seguinte forma:

Propõe que fosse feita uma recomendação as Secretarias Municipais de Saúde e aos Conselhos Municipais de Saúde para fiscalizar e que no ato de contratação dos profissionais fosse exigido o documento de registro do conselho fiscalizador da profissão.

Com relação a estas situações identificadas no CES/PA, concorda-se com Campos e Maciel (1997, 153) que se caracterizam nestes casos, a projeção de “superconselhos”, ou seja, aqueles que se acham capazes de se ocupar com vários problemas sociais, no entanto, segundo os autores, estes colegiados ficam aprisionados numa ilusão, que limita suas ações, pelo fato de

se caracterizarem irrealizáveis. E os autores completam afirmando que ocorre nestes casos, um esvaziamento das reais prerrogativas deste Conselho.

Outra prática comum e naturalizada no CES/PA foi à significativa participação e interesse dos conselheiros estaduais em participar de eventos municipais. Nos documentos pesquisados percebeu-se que para estes eventos a disponibilidade dos conselheiros era mais flexível como registrado na Ata da Reunião Ordinária de 16.08.2005:

[...] Acha importante o acompanhamento de um representante do Conselho Estadual de Saúde na Conferência Municipal [...] indica então o nome da conselheira [...], pois ela é do município e conhece aquela realidade [...] e se oferece para junto com a conselheira preparar um pronunciamento adequado à situação do município e que dê uma contribuição para essa Conferência.

Na manifestação a seguir outro conselheiro expressa a mesma intenção em participar de evento no município mesmo que de observador.

[...] informa que nos dias 29 e 30/04 será realizada a Conferência Municipal de Saúde em Castanhal e solicitam um palestrante para falar sobre financiamento [...] no seu entender deveriam procurar a Secretaria [...] a presença do conselheiro estadual seria como observador por que acredita que a presença dos conselheiros nessas Conferências seja com a finalidade de participar como observador.

Na fala destacada o conselheiro confirmou que sua participação seria a de “presença” conforme classificou Bobbio (2009), sem nem mesmo um planejamento, uma pauta ou qualquer contribuição para a Conferência. A fala do conselheiro deixa claro que ele não tem argumentos para justificar a sua ida ao evento, tanto que ele diz que para falar de financiamento o Conselho Municipal deveria procurar a Secretaria Estadual. A fala do conselheiro é pelo menos contraditória com aquilo que o colegiado defendia e que já foi apontado no item - perfil dos conselheiros, ou seja, eles se intitulavam “formadores de opinião”. No entanto, o conselheiro só quer participar na condição de observador reforçando que os conselheiros devem participar destes eventos com esta finalidade.

Enquanto ocorria uma grande participação de conselheiros em eventos municipais, em contrapartida, ocorria um desinteresse pelos eventos estaduais. Na Ata da Reunião Ordinária de 19.04.2005 isto pode ser confirmado pelo relato do Presidente quando ele destaca que – “[...] vem notando em alguns

eventos, na área da saúde, a presença muito pequena dos conselheiros estaduais de saúde”.

Estes comportamentos deslocavam a atenção dos conselheiros estaduais, pois priorizavam assuntos locais dos municípios, em contrapartida eventos estaduais ficavam descobertos de monitoramento e fiscalização. O que se observou foi uma omissão e ausência dos conselheiros de exercer suas reais atribuições e competências podendo-se afirmar que ocorreu um descontrole social no Estado do Pará ao invés de um controle social no período estudado.

Nesta perspectiva identificou-se no CES/PA a existência de dois grupos e cada qual desenvolvendo suas atividades sem ser importunado. Isto nos levou a admitir que se perdeu a perspectiva do adversário, do embate como defendem os autores Cortella e Ribeiro (2010, p. 36), “daquele que desperta nosso instinto de defesa” e deixa de ocorrer aquilo que é vital, ou seja, o debate e embate político deixando para o grupo mais articulado politicamente a liberdade de decisão. A constatação desta afirmação se deu pelo fato de identificar que cada grupo se dedicava por coisas públicas distintas, isto é, um grupo inclinava-se para assuntos dos municípios e o outro para assuntos estaduais. De acordo com Cortella e Ribeiro (2010, p.40) esta situação caracteriza-se como uma participação no “campo das aparências”.

Assim, é possível afirmar que o tipo de participação predominante no CES/PA foi àquela abordada por Gohn (2007), isto é, a participação liberal, que busca sempre nos pressupostos básicos a manutenção da ordem vigente e que assegura a liberdade do indivíduo. Nesta participação liberal, os grupos sentiam-se confortáveis, pois cada um tinha sua liberdade garantida no Conselho. O discurso deste tipo de participação tem como base a democracia e todos os membros de uma sociedade são iguais perante a lei e a participação seria o meio da satisfação de alcançar as necessidades. Ainda neste tipo de participação liberal, o objetivo é fortalecer a sociedade, mas não para participar da vida do Estado, mas o contrário, para que o Estado não interfira na vida dos indivíduos e nesta direção os conselhos acabam sendo tratados como instrumentos ou mecanismos de colaboração por parte daqueles que estão no poder, uma vez que não existem adversários. Ou seja, a liberdade é dada

desde que os grupos compactuem e concordem com as decisões que vem de cima.

No item seguinte serão analisadas e interpretadas as pautas trazidas por cada segmento nas reuniões do CES/PA.

#### 4.3 – PROTAGONISMO DOS CONSELHEIROS E SUAS PAUTAS

O Quadro 15 complementa a discussão do item anterior e apresenta os pontos de pauta trazidos por cada segmento de 2003 até 2009. As informações expressas neste item foram as das Reuniões Ordinárias, sendo que as pautas dos anos de 2001 e 2002 não foram possíveis de acessar, pois a estrutura das Atas naquele período não continham a descrição das matérias nem quem havia pautado determinado assunto, inviabilizando a sistematização destes dados.

SEGMENTO GESTOR		Nº. Reu. Ord.	Particip. eventos Municip.	Particip. eventos Est./Nac.	Gestão Funcion. CES/PA	Acomp. Gestão Municip.	Acomp. Gestão Estadual	Organiz. Conf. Est.Saúde	Total de pautas anuais
ANO	2003	11	09	03	04	09	18	01	44
	2004	08	-	06	05	02	15	-	28
	2005	11	-	-	05	02	12	01	20
	2006	12	-	04	03	01	12	-	20
	2007	08	-	-	02	03	06	-	11
	2008	06	-	02	06	02	10	-	20
	2009	08	-	04	06	-	14	-	24
TOTAL			09	19	31	19	<b>87</b>	02	167

SEGMENTO PRESTADOR		Nº. Reu. Ord.	Particip eventos Municip	Particip. eventos Est./Nac.	Gestão Funcion. CES/PA	Acomp. Gestão Municip.	Acomp. Gestão Estadual	Organiz. Conf. Est.Saúde	Total de pautas anuais
ANO	2003	11	-	-	03	07	01	01	12
	2004	08	-	-	-	-	-	-	-
	2005	11	-	-	-	-	-	01	01
	2006	12	-	-	-	-	-	-	-
	2007	08	-	-	-	-	-	-	-
	2008	06	-	-	-	-	02	-	02
	2009	08	-	-	04	01	-	-	05
TOTAL			-	-	07	<b>08</b>	03	02	20

SEGMENTO TRABALHADOR		Nº. Reu. Ord.	Particip. eventos Municip.	Particip. eventos Est./Nac.	Gestão Funcion. CES/PA	Acomp. Gestão Municip.	Acomp. Gestão Estadual	Organiz. Conf. Est.Saúde	Total de pautas anuais
ANO	2003	11	02	02	06	03	-	01	14
	2004	08	-	-	01	02	-	01	04
	2005	11	01	-	-	02	02	01	06
	2006	12	-	02	03	03	-	-	08
	2007	08	-	-	01	07	-	03	11
	2008	06	-	-	01	01	-	-	02
	2009	08	-	01	03	01	05	-	10
TOTAL			03	05	15	<b>19</b>	07	06	55

SEGMENTO USUÁRIO	Nº. Reu. Ord.	Particip. eventos Municip.	Particip. eventos Est./Nac.	Gestão Funcion. CES/PA	Acomp. Gestão Municip.	Acomp. Gestão Estadual	Organiz. Conf. Est.Saúde	Total de pautas anuais	
ANO	2003	11	16	01	12	08	05	02	44
	2004	08	05	06	02	05	-	01	19
	2005	11	06	-	12	06	-	01	25
	2006	12	01	07	13	07	10	-	38
	2007	08	-	02	07	11	09	-	29
	2008	06	-	01	07	08	02	-	18
	2009	08	-	02	08	07	04	-	21
TOTAL		28	19	61	52	30	04	194	

Quadro 15 – Pauta por segmento e assuntos das reuniões ordinárias – 2003/2009

\* Dados não disponíveis dos anos 2001 e 2002.

Fonte: CES/PA.

#### 4.3.1 – Análise dos Resultados – Protagonismo dos conselheiros e suas pautas

No Quadro 15 com exceção do segmento gestor, que ao longo dos sete anos pesquisados de um total de 167 (cento e sessenta e sete) assuntos pautados, 87 (oitenta e sete) foram relativos à gestão estadual, significou que mais da metade dos assuntos trazidos por este segmento estavam de acordo com as atribuições e competências do Conselho. Os demais segmentos nem mesmo chegaram aos 20%. Ou seja, o segmento usuário se dedicou a assuntos da gestão estadual somente com 15,4%, seguido do segmento prestador com 15% e o segmento trabalhador com apenas 12,7%.

O segmento prestador e o segmento trabalhador traziam para as pautas a discussão em primeiro lugar das matérias: “Acompanhamento da Gestão Municipal” e em segundo a discussão da “Gestão e funcionamento do CES/PA”. O mesmo ocorreu com o segmento usuário que ao longo dos sete anos pesquisados elegeu para as pautas a discussão da “Gestão e funcionamento do CES/PA” e em segundo lugar a discussão do “Acompanhamento da Gestão Municipal”.

As informações colhidas e apresentadas no Quadro 15 indicam que pelo menos nestes sete anos 2003/2009, o controle social da política pública de saúde no Estado do Pará, esteve quase que totalmente nas mãos do segmento gestor, independente das três gestões de governo duas do PSDB e uma do PT, apontadas neste trabalho.

Esta constatação permite analisar o tipo de gestão que permeou a concepção dos gestores ao longo destes nove anos estudados. Segundo

Nogueira (2005, p. 144 e 145), baseado em Gramsci, defende existirem dois tipos de gestores. Para ele, há os gestores que *usam* a participação para dela se beneficiarem aprovando e decidindo as questões de acordo com as suas concepções e interesses e os gestores que vivem a participação como um veículo de *emancipação*. Os primeiros são os que ele denominou de “demagogos” que tratam as massas como um “instrumento servil” para alcançar seus objetivos e travar sua expansão. O segundo denominou de “líderes revolucionários” que se diluem nas massas e as ajudam a avançar. Além disso, aspiram a alcançar “fins políticos orgânicos”, elevando a capacidade ético-política das massas com o propósito de que elas também possam chegar a líderes.

Na esteira desta análise, o Quadro 15, demonstrou que o segmento gestor conhecia um pouco mais a dinâmica e o funcionamento do Conselho e papel dos conselheiros. Em contrapartida, os demais segmentos apresentavam incertezas e fragilidades com relação a este espaço. A análise destes dados nos permite refletir que a posição dos gestores pode ter sido em parte de ações intencionais e estratégicas em deixar que os demais segmentos continuassem a exercer a participação e o controle social voltado para o âmbito municipal do que para o estadual, a fim de não serem questionados, fiscalizados ou monitorados, caracterizando-se para esta análise o tipo de gestão que faz uso da participação para se beneficiar, ou seja, a “demagoga” (NOGUEIRA, 2005).

No entanto, os demais segmentos desenvolviam atividades como se estivessem certos de suas atribuições e competências, não sendo fiscalizados no seu exercício, usufruindo inclusive de direitos estabelecidos regimentalmente como o custeio de despesas pelo CES/PA.

A análise exposta ajudou a explicar por que muitas ações como, por exemplo, a aprovação e discussão dos Planos Estaduais, Relatórios de Gestão e outros instrumentos que são de obrigação do gestor apresentar ao Conselho, não foram aprovados sistematicamente no CES/PA. Nem mesmo foram percebidos confrontos, discussões ou cobranças destes instrumentos por parte dos conselheiros. O que se constatou foi um protagonismo passivo e de mero espectador ao invés de sujeitos:

[...] atentos à evolução da coisa pública, informados dos acontecimentos políticos, ao corrente dos principais problemas, capazes de escolher entre as diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas e fortemente interessados em formas diretas ou indiretas de participação. Bobbio; Matteucci e Pasquino (2009, p. 889)

De acordo com a afirmação acima, participar politicamente significa estar preparado para o diálogo e ter condições de dar visibilidade as demandas da população que são excluídas. Ter capacidade de negociação para inserir as reivindicações da sociedade civil nas agendas do governo como defende Campos (2006). Além disso, o autor defende ainda que participar é saber dialogar dando expressão às necessidades da sociedade civil investindo na construção de uma sociedade democrática em detrimento de interesses particulares e pessoais. De acordo com Nogueira (2005, p. 133), a participação política, é aquela em que:

[...] indivíduos e grupos interferem para fazer com que diferenças e interesses se explicitem num terreno comum organizado por leis e instituições, bem como para fazer com que o poder se democratize e seja compartilhado.

Neste sentido, pode-se afirmar que no CES/PA não aconteceu um protagonismo político como o defendido por Nogueira (2005), visto que a influência dos conselheiros nas decisões e deliberações foi mínima, pois as tomadas de decisões ficavam principalmente com o segmento gestor, enquanto que os demais segmentos limitavam-se a aprovação e sanção das mesmas.

No item a seguir foi dado destaque as agendas políticas e bandeiras de luta do CES/PA, sendo que se parte do princípio de que as agendas devem ser construídas e definidas no âmbito da saúde no maior *fórum* desta área que se traduz nas Conferências. Os dados pesquisados compreenderam os anos de 2001/2009 considerando a realização de três Conferências Estaduais de Saúde no Estado do Pará.

#### 4.4 – AGENDA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - 2001/2009.

O maior *fórum* de discussão e de avaliação da política de saúde não só na esfera municipal, mas estadual e nacional se traduz na realização das Conferências de Saúde, eventos regulares e previstos em lei que deliberam sobre as prioridades da saúde da população. O objetivo principal deste *fórum*

consiste além da eleição de prioridades, avaliar as ações que estão sendo desenvolvidas na área da saúde pelo governo na esfera de sua competência, contando para isso, com a participação ampliada de setores da sociedade civil organizada.

Em nível nacional no que estabelece a Lei Federal Nº. 8.142/90, é convocada a cada quatro anos. Nas esferas estaduais e municipais, as Conferências de Saúde, são determinadas conforme a Constituição de cada Estado. Para exemplificar, no Estado do Pará, a Constituição Estadual de 1989 estabelece em seu artigo 265, inciso VI alínea 'd', que a Conferência Estadual e as Municipais ocorram a cada dois anos.

A realização de uma Conferência de Saúde requer toda uma preparação desde o seu planejamento, orçamento até a parte legal que a oficializa e a torna pública, pois este *fórum* de participação da sociedade civil é de fundamental importância para o planejamento e a condução das diretrizes políticas de saúde, em cada nível de governo e que por estar expresso não só na Lei Federal Nº. 8.142/90, mas na própria Constituição dos Estados e demais leis, deve ser cumprida.

Carvalho G. (2009) defende que: seja no âmbito da união, do estado ou do município, as Conferências devem ocorrer preterivelmente no primeiro ano da administração eleita e recém empossada. Com esta prática as prioridades e diretrizes políticas das propostas aprovadas em Conferência facilitam a sua inclusão na elaboração do Plano Plurianual - PPA desta gestão recém empossada, válido até o primeiro ano da gestão seguinte e servindo de base para os Planos Anuais (CARVALHO G., 2009).

Além da importância da realização das Conferências nas três esferas de governo, este evento se constitui no momento da participação da sociedade civil organizada neste *fórum* garantido em lei e a participação da sociedade contribui nas decisões, orientações e recomendações aos gestores do SUS, por meio das propostas aprovadas nas Conferências.

No período de 2001 até 2009, foram realizadas oficialmente no Estado do Pará três Conferências, de acordo com o Quadro 16.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Conferências Estaduais de Saúde	V CES não ocorreu	-	VI CES 15 a 17/10/2003	-	VII CES 13 e 14/12/2005	-	VIII CES 04 e 05/10/2007	-	-

Quadro 16 – Conferências Estaduais de Saúde – 2001/2009  
Fonte: CES/PA.

No quadro citado foram discutidas apenas a VI, VII e VIII Conferências, uma vez que, a V Conferência Estadual de Saúde não ocorreu no Estado do Pará, conforme abordado em item anterior neste trabalho.

Assim, de acordo com os apontamentos e importância das Conferências, é necessário saber se as que foram realizadas pelo CES/PA atenderam os objetivos do que se propõe este importante evento não perdendo de vista seu vínculo e importância com a elaboração do Plano Plurianual – PPA, e que conforme a Constituição do Estado do Pará de 1989, em seu art. 204, § 2º, garante a participação das entidades representativas de setores da sociedade civil organizada no seu acompanhamento e fiscalização, lembrando que o referido plano deve ser aprovado pelo Conselho.

#### 4.4.1 – Análise dos Resultados – Agenda do CES/PA - 2001/2009.

Com base nas informações do Quadro 16 e documentos consultados, a VI Conferência Estadual de Saúde ocorreu nos dias 15 a 17.10.2003. Ano que tomou posse no governo do Estado do Pará novo governador. Se tomar-se por base o que pontua o autor Carvalho G.M. (2009) e o que determina a Constituição do Estado do Pará de 1989, em seu art. 204, § 2º, o Plano Plurianual deverá “ser aprovado no primeiro ano de cada período de governo e submetido à apreciação da Assembleia Legislativa até o dia trinta e um de agosto com vigência de quatro anos”. No entanto, a VI Conferência Estadual de Saúde ocorreu em outubro, após a elaboração do Plano Plurianual deste governo que estava iniciando em 2003. Assim, o documento já havia sido encaminhado para apreciação e aprovação na Assembleia Legislativa do Estado do Pará.

Nas leituras dos documentos do CES/PA, o Plano Plurianual de 2003 só foi apresentado ao colegiado na Reunião Ordinária de 18.11.2003, quando já havia sido encaminhado e apreciado pela Assembleia Legislativa do Estado do

Pará no mês de agosto. Entretanto não foram encontrados registros de sua aprovação no Conselho.

Na análise da Ata da Reunião Ordinária de 18.11.2003 quando apresentado o Plano Plurianual, não se identificou qualquer manifestação por parte dos conselheiros de trazer para o debate as setenta (70) propostas aprovadas na VI Conferência, nem mesmo iniciativas de organização de Comissão para acompanhar se houve ou não preocupação do gestor em incluir as propostas aprovadas, ou como o Conselho se posicionaria com relação a todo material construído e demandado na referida Conferência.

A mesma situação foi observada na realização da VII Conferência Estadual de Saúde que ocorreu nos dias 13 a 14.12.2005. Em relação a esta Conferência, não foram encontradas nos registros do CES/PA as propostas aprovadas, somente se teve acesso a um livro com o nome de “Relatório Final da 7ª Conferência Estadual de Saúde”, documento contendo apenas vinte e oito páginas, onde constavam as Resoluções, o Regimento Interno, a Programação e o Regulamento, mas não constavam as propostas, nem mesmo o Relatório Final do evento.

De qualquer forma, os comportamentos registrados pelas Atas que envolveram a realização da VII Conferência Estadual de Saúde foram os mesmos examinados na Conferência anterior, ou seja, não se observou qualquer preocupação para o destino das propostas da VII Conferência ou mesmo qualquer acompanhamento e possibilidades de inclusão delas no Plano Anual de Saúde.

E nos mesmos moldes foi conduzida a VIII Conferência Estadual de Saúde que ocorreu nos dias 04 a 05.10.2007, que aprovou quatrocentas e sessenta e seis (466) propostas. Entretanto, da mesma forma, os encaminhamentos com relação às aprovações da Conferência não tiveram o destino correto, isto é, serem incluídas no Plano Estadual de Saúde. Naquele ano de 2007, tomou posse no governo do Estado do Pará nova governadora e por se constituir um novo ano de gestão estadual, não foi encontrado registro nem em Ata ou mesmo Resolução de apresentação, discussão e aprovação do Plano Estadual desta gestão que iniciou em 2007.

Diante do exposto é possível afirmar que ocorreu um empobrecimento da dimensão política das Conferências, pois nestes nove anos pesquisados

não foram encontrados em Atas e outros documentos, qualquer discussão sobre ações que o Conselho poderia desenvolver de acordo com o aprovado em Conferência, criação de Comissões para estudo e monitoramento desta questão, avaliação do que foi aprovado em Conferência, acompanhamento dos Planos Estaduais conferindo quais propostas foram incluídas no documento, socialização e divulgação a população paraense das propostas consolidadas no Plano Estadual, dentre outros.

A constatação a que se chegou foi de que as Conferências daquele período, ao invés de se constituírem em verdadeiros espaços de construção de direitos e “instâncias de fazer político” conforme denominam Campos e Maciel (1997, p. 154), mais se pareceram com uma “confraria de amigos” ou um acontecimento festivo, não gerando como encaminhamento a inclusão das demandas da sociedade civil por meio da força e poder de intervenção dos grupos de fazer valer estas necessidades nas agendas do governo. A representação dos conselheiros era pobre politicamente, pois não enfrentava com debates de responsabilização a política de saúde no Estado do Pará, mas o contrário, os sujeitos sociais demonstravam apatia às decisões aprovadas em Conferência. Por este motivo, pode-se afirmar que, acabada a Conferência, os conselheiros encerravam também as suas responsabilidades.

No item seguinte foi dado destaque a discussão das estratégias e bandeiras de luta no CES/PA e de que forma são mobilizados para fazer valer suas reivindicações.

#### 4.5 – ESTRATÉGIAS E BANDEIRAS DE LUTA NO CES/PA – 2001/2009.

De acordo com Correia (2005), os interesses que rondam os espaços dos Conselhos não são homogêneos nem mesmo os que circulam na sociedade civil organizada. Mas segundo a autora, os interesses presentes neste espaço são de toda a ordem como os da rede privada, os corporativos, os pessoais, os clientelistas, os de setores populares, os de políticos fisiologistas, os dos sindicatos, dentre outros. Acrescenta que alguns defendem o Sistema Único de Saúde - SUS, mas que outros vão à direção contrária.

Neste aspecto Correia (2005) chama a atenção para a necessidade da competência política da qual devem estar investidos os conselheiros, preparados e atentos para cada interesse que está por trás de cada proposta apresentada e ter condições de estabelecer uma interlocução com os seus diferentes pares para influir na agenda governamental a fim de dar expressão às reivindicações de setores da sociedade civil organizada.

A autora defende que os Conselhos não são arenas homogêneas, ao contrário, são atravessados por disputas, divergências e conflitos, no entanto as lutas e defesas dos interesses mesmo que divergentes devem ter ao final um projeto de saúde coletiva.

Além de Correia (2005), Campos (2006) defende que o controle social envolve três dimensões, isto é: a *política*, *técnica* e *ética*. Como dimensão política a Constituição Federal de 1988, investiu os sujeitos sociais da sociedade civil organizada de um conjunto de prerrogativas. Para que fosse desempenhado o controle social, o requisito foi o credenciamento das organizações junto aos Conselhos a fim de realizar o acompanhamento e a fiscalização das ações governamentais, bem como nos seus aspectos econômicos e financeiros. E as Conferências seriam os espaços onde definiriam-se as prioridades políticas em cada área norteando as agendas dos governos nas respectivas esferas jurisdicionais.

A dimensão técnica no controle social defendida por Campos (2006), remete a capacidade que os sujeitos sociais devem estar investidos nos Conselhos de um conjunto de saberes para fiscalizar não só a gestão de recursos financeiros, como acompanhar as ações governamentais, mas ter também competência para avaliar a qualidade dos serviços que são ofertados à população.

Campos (2006) defende ainda que os sujeitos sociais que atuam nos Conselhos devem buscar o trabalho qualificado de profissionais habilitados que dominem este campo. Do contrário, as dificuldades nesta dimensão do controle social, segundo o autor, irão persistir contribuindo para que grupos mais articulados decidam os assuntos de acordo com os seus interesses.

E por fim, a dimensão ética terá de se constituir de acordo com Campos (2006) na perspectiva de um futuro com o intuito de reduzir as desigualdades e promover a justiça social. Para o autor, os cidadãos terão que estar

comprometidos com um “projeto civilizatório orientado pelos valores efetivos da liberdade e da igualdade de oportunidades” (CAMPOS, 2006, p. 109).

Na argumentação de Campos (2006), a dimensão ética se constitui na mais desafiadora do controle social, uma vez que, se faz necessário romper com as relações que estão postas em nossa sociedade que naturalizam a pobreza e a miséria. Neste sentido, é necessário investir na construção de uma sociedade democrática, comprometida e de um Estado de direito em que os princípios da universalidade e da igualdade sejam respeitados. Assim, quanto mais os sujeitos sociais tiverem a convicção de pertencimento a uma sociedade, mais o valor ético será fortalecido para a construção de uma sociedade fundada na justiça social.

O levantamento do material consultado no CES/PA, nestes nove anos, revelou que, em relação ao Planejamento e Planos de Trabalho, ocorreram apenas três iniciativas, a primeira em 2002, a segunda em 2006 e a terceira em 2009. Dos três Planos de Trabalho, o de 2002 foi elaborado para o Conselho e abrangeu todos os membros, com um total de quinze propostas<sup>30</sup>. Destas, foram realizadas apenas três:

1ª – Elaboração da Cartilha do CES/PA, 2ª - Participação do CES/PA, em todo e qualquer Evento de Saúde realizado no Estado (proposta de resolução) e 3ª – Elaboração de um instrumento de Acompanhamento e Avaliação para o Controle Social.

É importante esclarecer que a terceira proposta visava o controle social dos Conselhos Municipais de Saúde e neste aspecto foi criada uma Comissão Especial em 2003<sup>31</sup>. A comissão elaborou uma *Ficha Cadastral dos Conselhos Municipais de Saúde*, para registros de dados dos Conselhos Municipais. Porém, esta iniciativa já existia em nível nacional e por isto foi parcialmente realizada. Das quinze propostas, onze não foram cumpridas ou se cumpridas não foram encontrados seus registros.

A segunda tentativa de elaboração de um Plano de Trabalho se deu no segundo semestre de 2006 (Resolução Nº. 052 de 19.09.2006), no entanto não foram encontradas as ações, nem mesmo foi possível saber se elas

---

<sup>30</sup> Conforme Resolução Nº 017 de 21.05.2002 – ver anexo

<sup>31</sup> Criada pela Resolução Nº 064 de 17.07.2003 – Comissão denominada de “Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação para o Controle Social junto aos Municípios”.

abrangiam todos os membros do CES/PA ou se foi planejado separadamente por Comissões, mas de acordo com a Resolução Nº. 072 de 19.12.2006 foi possível identificar apenas a realização do planejamento de uma Comissão.

A “Comissão Permanente do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde” (Resolução Nº. 056/2006) foi à única a apresentar um plano de trabalho contendo oito propostas. Destas, foram realizadas apenas duas e com relação às demais não foi encontrado registro. As duas ações realizadas pela Comissão foram:

1ª – Avaliação, Monitoramento e Atualização do Cadastro Nacional a nível Estadual, visando um acompanhamento permanente dos dados fornecidos através do sistema e 2ª – Criação de uma *Home-page* do CES/PA, visando uma atualização dessas informações que serão disponibilizadas diariamente de acordo com a necessidade, mantendo uma divulgação ampla das deliberações dos conselhos, das conferências e dos fóruns e das plenárias de saúde com uma comunicação direta através de *e-mail* de grupo, *e-mail* corporativo viabilizado a informação entre os Conselhos e conselheiros de saúde. Resolução (Nº. 072 de 19.12.2006)<sup>32</sup>

A segunda proposta foi realizada parcialmente, pois se acessada a *home-page* do CES/PA, é possível constatar que muitas das informações que seriam disponibilizadas no *site*, não são encontradas nem mesmo hoje.

A terceira tentativa de elaboração de Plano de Trabalho foi em 14.09.2009 e 19.10.2009 quando aconteceu a “I Oficina de Planejamento<sup>33</sup>” por iniciativa do próprio Conselho. Porém, a oficina foi encerrada, mas o planejamento das atividades não foi encerrado pelos conselheiros. Foram definidas dez propostas-ação e quatro encaminhamentos complementares, entretanto nenhum foi finalizado. Em consulta a documentos e registros desta oficina identificou-se que a participação dos conselheiros estaduais foi menos de 50%, ou seja, dos cinquenta e seis conselheiros, apenas vinte e quatro participaram.

Com relação a treinamentos e formação de conselheiros estaduais apenas três iniciativas desta natureza foram realizadas nos nove anos estudados. O primeiro ocorreu em 2002 (Resolução Nº. 008/2002), o segundo também em 2002 (Resolução Nº. 035/2002) e o terceiro ocorreu em 2006

---

<sup>32</sup> Propostas do Plano de Trabalho de 2006 da Comissão Permanente do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde – oito propostas – ver anexo

<sup>33</sup> Plano de Trabalho de 2009 – I Oficina de Planejamento – não gerou Resolução - ver anexo

(Resolução Nº. 048/2006). De acordo com os dados apresentados neste ponto, o item a seguir será dedicado a sua análise.

#### 4.5.1 – Análise dos Resultados – Estratégias e Bandeiras de luta no CES/PA – 2001/2009.

De acordo com os resultados da pesquisa identificaram-se três iniciativas de Planos de Trabalho no CES/PA. Ainda assim, nenhum deles em sua totalidade foi finalizado. O de 2002 foi constituído de ações que eram possíveis de realizar no período de um ano. No entanto, menos da metade foi realizada. Isto é, de quinze propostas, apenas três foram parcialmente cumpridas.

O intervalo de quatro anos foi o tempo em que um segundo Plano de Trabalho ocorreu no CES/PA em 2006. Este, não contemplou todos os membros do Conselho, mas apenas uma Comissão<sup>34</sup> foi contemplada. Por fim, depois de um intervalo de três anos, isto é, 2009, o terceiro Plano de Trabalho sequer chegou a ser concluído pelos conselheiros.

De acordo com as informações colhidas é possível afirmar que não existiam no CES/PA estratégias, planejamentos de ações que pudessem influenciar de forma positiva a política de saúde no Estado do Pará nem mesmo bandeiras de lutas.

A ausência sistemática de metodologias que contribuíssem na elaboração de ações no CES/PA por meio de instrumentais de planejamento, fez com que este colegiado nestes nove anos pesquisados funcionasse mais no plano reativo e eventual, limitando-se às urgências do Executivo, do que um Conselho pró-ativo, propositivo e mobilizador em suas ações envolvendo realmente os setores da sociedade civil organizada dando expressão as suas demandas nas agendas do governo. O fato de não existir planejamento de ações no Conselho ajudou a explicar a debilidade de acompanhamento do orçamento neste colegiado, que era realizado sem um referencial de ações.

Um exemplo das urgências do Executivo muito frequentes no CES/PA eram as aprovações de Emendas Parlamentares de projetos destinados aos

---

<sup>34</sup> Comissão Permanente do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde.

municípios e a Ata da Reunião Ordinária de 20.09.2005 demonstra esta situação:

[...] Sra. Presidente solicita ao plenário para apresentar projetos oriundos de emendas parlamentares, estes projetos já passaram pela CIB e precisa da aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

No exemplo abordado, as emendas parlamentares que foram somente apresentadas foram todas aprovadas por unanimidade pelos conselheiros sem qualquer discussão. Além de não ser atribuição e competência do Conselho, estas aprovações, de emendas parlamentares sequer eram detalhadas pelo segmento gestor que na época assumia o cargo de Presidente do CES/PA. Outro exemplo verificado nestes mesmos moldes foi o registrado na Ata da Reunião Ordinária de 17.10.2005 sobre a administração dos Hospitais Estaduais pelas Organizações Sociais:

[...] A Sra. Presidente faz uma pequena exposição dizendo que com a administração da Organização Social o Hospital vai ter uma agilidade na aquisição de equipamento e na contratação de recursos humanos, pois essa contratação que fará será pela Organização Social e não a SESPA. Porque existe uma lei de responsabilidade que impede o Estado, em termo de quantitativo de recursos humanos e pela Organização Social isso fica mais fácil. [...] em outros estados está dando certo esta administração por isso o Governo Estadual resolveu que uma Organização Social iria administrar o Hospital Metropolitano. [...] coloca em votação a proposta [...] O plenário [...] aprova a proposta por unanimidade.

De acordo com o registrado foi possível identificar que pairava o desconhecimento dos conselheiros sobre este assunto que é de relevância para toda a sociedade e o significado da introdução das Organizações Sociais - OS's na administração dos Hospitais públicos. A autora que tem escrito sobre os "novos modelos de gestão" no SUS, diga-se: Organizações Sociais – OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs e Fundações Estatais de Direito Privado – FEDPs é Correia (2011), chamando a atenção da necessidade dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais juntarem esforços para deliberar contra as formas de terceirização da saúde e defender o modelo de gestão expresso na legislação do SUS público, estatal, gratuito e para todos. Apesar destes modelos de gestão vigorarem desde 1998 no caso da criação da OSs pela Lei Federal Nº. 9.637, das OSCIPs pela Lei Federal Nº. 9.790/99 e do Projeto de Lei Nº. 92/2007, que regulamenta as Fundações; estados como o Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Rio Grande do

Norte, Distrito Federal e Ceará já possuem Fóruns de Saúde se mobilizando contra estes modelos que vislumbram a saúde como mercadoria. Estes estados têm levantando suas bandeiras de luta pela:

[...] inconstitucionalidade da Lei que cria as Organizações Sociais; [...]; Pela prestação de serviços públicos de qualidade; [...] Pela efetivação do Controle Social; Defesa de concursos públicos e carreira pública no Serviço Público; Contra à precarização do trabalho; Contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado [...] (CORREIA, 2011, p.48).

Na realidade do Conselho não foram identificados enfrentamentos ou intervenções de qualquer segmento. O assunto foi tratado sem questionamentos, reflexões ou manifestações contrárias. Na própria fala da presidente, pôde ser examinado que quanto menos informações fossem repassadas aos conselheiros, melhor para a gestão que decidiu e “resolveu” (grifo nosso), que a administração do Hospital Metropolitano seria realizada por uma OS. Mais uma vez constatou-se que de fato as decisões no CES/PA ficavam a cargo do segmento gestor. E em nome da modernização e da facilidade como colocou em seu discurso a Presidente do CES/PA é que projetos que visam a saúde como mercadoria são implantados, pois os sujeitos sociais que deveriam estar atentos para as armadilhas dos processos de privatização que estão postos em nossa sociedade não estão ainda preparados para enfrentar estes debates.

A falta de treinamento e formação continuada dos conselheiros no CES/PA foi outro aspecto de fragilidade identificado na pesquisa, pois sem esta formação continuada, e segundo Campos (2006, p. 115), “as condições básicas para a emancipação social” dos sujeitos sociais atuarem neste colegiado ficam comprometidas, contribuindo muito pouco ou nada nas reais atribuições e competências de que devem estar investidos os conselheiros.

A falta de assessoria e apoio técnico identificados no CES/PA explicou os muitos entraves identificados naquele colegiado, pois os sujeitos sociais tinham dificuldades de aceitar o conhecimento científico e contar com recursos humanos qualificados que tivessem condições de pensar de modo complexo a realidade. Nesta direção, acreditar que, apenas com experiência, bom-senso e intuição é suficiente para entender a política de saúde, não passa de devaneio. O mesmo se estende ao controle social, isto é, os sujeitos sociais investidos de

realizar a fiscalização, o monitoramento e o controle social precisam aceitar que adquirir conhecimentos, estar informados, investir na qualificação e formação, sobretudo com apoio técnico de equipes interdisciplinares para desenvolver suas ações é fundamental, caso contrário às dificuldades persistirão.

O número pouco expressivo de conselheiros estaduais que participaram da “I Oficina de Planejamento” do CES/PA em 2009 reforçou a incerteza quanto a função de conselheiro, demonstrou pouco comprometimento daquele que não está se representando individualmente, mas representa um coletivo e que não participando deixa o espaço livre para que outros façam valer seus interesses e a ausência dos conselheiros prejudicou a finalização do planejamento, permitindo que o estado utilizasse o valor não gasto pelo CES/PA em ações por ele desenvolvidas sem o acompanhamento do Conselho.

Como já demonstrado anteriormente a participação de conselheiros em eventos municipais ou nacionais, despertava mais interesse. Esta situação se traduziu na fragilidade de reconhecimento da perspectiva política que a atuação do conselheiro estadual deve se dar estritamente na esfera estadual.

A postura dos conselheiros que se configurou no CES/PA ao longo destes nove anos é explicada por Campos e Maciel (1997, p. 153) que chamam este tipo de conduta de distorção que se traduz em ações perigosas. Isto é, existem aqueles sujeitos que atuam como conselheiros acreditando que estes colegiados “são espaços sem contornos e sem fronteiras, como palco para todos os sonhos e devaneios”. Os autores acrescentam que a consequência destas expressões e percepções imprecisas distorcem o verdadeiro papel, natureza e a finalidade destes colegiados ocorrendo um esvaziamento da condição de interlocutor político dos conselheiros no processo de ação como pôde ser constatado no CES/PA.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um tema desta natureza e complexidade, que foi abordar sobre *O Conselho Estadual de Saúde – CES/PA - em foco: uma análise da Participação e do Controle Social exercido neste espaço*, não se teve a pretensão de partir para uma conclusão fechada da matéria, uma vez que não seria possível tal afirmativa, pois a discussão em questão permite um debate ainda mais amplo e abrangente, possibilitando a continuidade da discussão a partir de pontos inerentes à temática e que abrem novas possibilidades de compreensões e articulações com ele.

De acordo com a investigação, esta foi concentrada nos anos de 2001 até 2009 período que o Estado do Pará foi cenário de três gestões de governo, compreendendo o primeiro e o segundo dos mesmos partidos políticos, isto é, o Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB e a terceira gestão de governo estadual constituída por um partido de esquerda, isto é, o Partido dos Trabalhadores – PT.

Pôde-se concluir neste estudo que o período das três gestões de governo, não contribuiu nem influenciou para que mudanças qualitativas de emancipação política dos sujeitos sociais fossem empreendidas no Conselho. Apesar da alteração na legislação daquele colegiado ocorrida em 24.04.2009 na gestão do Partido dos Trabalhadores – PT, com a instituição da Lei Estadual Nº. 7.264/09, a única mudança, porém de aspecto quantitativo, foi a possibilidade que a lei abriu da inserção de mais setores da sociedade civil organizada na participação e composição daquele colegiado. Além disso, foi retirada da lei a explicitação do nome de qualquer entidade valendo o critério baseado em percentuais de representatividade e paridade dos segmentos. Nesta direção é possível afirmar que não ocorreram mudanças de aspectos qualitativos, pois os vícios, entraves e dificuldades observadas em gestões anteriores foram observados também com a inserção de novos membros para composição e organização do CES/PA em 2009.

Contudo, apesar de não terem sido identificadas mudanças de ordem qualitativa, isto não significa dizer que não podem vir a ocorrer num futuro a médio e longo prazo naquele colegiado, pois a Lei Estadual Nº. 7.264/09 trouxe em seu conteúdo um conceito de participação ampliada o que pode trazer

novas perspectivas para este ambiente como novos sujeitos sociais com posições e proposições transformadoras de um movimento contra hegemônico e de um projeto de saúde universal, gratuito e público.

Assim, em relação à **Composição do Conselho** é possível concluir que ao longo de mais de oito anos ocorreu uma limitação e cerceamento na participação de setores da sociedade civil organizada de participar do referido colegiado. Esta limitação era fruto da forte interferência dos gestores na composição, organização e funcionamento daquele espaço, a força e o poder das leis que o regulamentavam definindo entidades que poderiam ter assento ou não, o consentimento e passividade característica dos membros que aceitavam a situação sem contestação ou enfrentando e o hábito do passado que não conseguia ser eliminado daquele ambiente onde as decisões eram tomadas naturalmente pelo executivo.

E por fim, pode-se afirmar que ocorreu no CES/PA a manipulação e a cooptação dos conselheiros que tiveram o nome de suas entidades garantidas na Lei Estadual 6.370/01, pois aceitaram passivamente a situação não reagindo nem se manifestando contrários, por esta razão estas entidades não conseguiram representar as comunidades que as indicaram ou elegeram, pois estavam mais a serviço daquele que garantia seu lugar no Conselho ao invés das necessidades da sociedade civil.

A conclusão a que se chegou sobre a **Organização do CES/PA** é de que precisa ser percorrido ainda um longo caminho pelos sujeitos que ocupam aquele colegiado conhecendo-o criticamente a fim de entender que sua representatividade deve se dar a luz das lutas por demandas e necessidades da classe subalterna a fim de inseri-las nas pautas dos governos e não a luta dos interesses da classe dominante como foi identificado ao longo de mais de oito anos naquele colegiado.

Quanto à presidência foi possível concluir que os conselheiros tiveram dificuldades em aceitar nesta função outro segmento que não o do gestor. Pois, em 24.04.2009, primeira oportunidade de eleger um segmento de usuários ou de trabalhadores para este cargo, garantido pela Lei Estadual Nº. 7.264/09, os conselheiros não conseguiram libertar-se das amarras do passado elegendo novamente o Secretário Estadual de Saúde. Este comportamento traduziu no mínimo o frágil envolvimento dos sujeitos em se perceber investidos de direitos

e que por conta desta prerrogativa, não os excluía do processo de tomada de decisões e de organização do CES/PA. Esta assertiva se justificou, uma vez que ao longo da história do Conselho esta função foi assumida pelo chefe de estado – na condição do Secretário Estadual de Saúde que também era considerado pela lei da época membro nato sempre à frente das tomadas de decisões.

Em relação ao plenário concluiu-se ser frágil politicamente, pois estava mais inclinado a legitimar o que estava decidido previamente a um plenário propositivo, de cidadãos ativos com posições políticas definidas. Além disso, o fato das entidades aceitarem passivamente sua nomeação como era conduzida naquele ambiente, contribuía para a sua manipulação e cooptação constituindo-se um instrumento para aliviar, agilizar e colaborar com a ação governamental. Caracterizando-se neste caso a condição de devedores com o executivo por terem garantido seu nome e permanência no CES/PA por mais de oito anos.

A ausência da prática no registro das ações específicas realizadas nas Comissões Especiais divididas em permanentes e transitórias, colocou em risco as discussões e deliberações do plenário, pois o seu papel nos Conselhos é fundamental, uma vez que respaldam e contribuem nas decisões tomadas pelo fórum máximo - o pleno do Conselho. A não identificação de instrumentais, metodologias e técnicas que auxiliassem no trabalho dos conselheiros principalmente o registro de suas ações conclui-se que no mínimo era amadora a forma que estas atividades eram conduzidas.

E por fim, quanto a Secretaria Executiva do CES/PA pode-se concluir que o grande número de servidores que apoiavam administrativamente o Presidente, Plenário, Comissões Especiais e os conselheiros, precisa ser revisto pelos conselheiros a fim de trazer para aquele espaço profissionais habilitados que dominem o tema para auxiliar tecnicamente o conjunto do Conselho elevando o nível das ações e entendimento das funções, atribuições e competências daquele colegiado.

Quanto ao **Funcionamento do CES/PA**, concluiu-se que a quantidade de reuniões que ultrapassaram as doze mensais, com exceção dos anos de 2008 e 2009, não significou qualidade nos debates, tomadas de decisões e encaminhamentos. Ao contrário, gerou discussões principalmente sobre

assuntos que não eram atribuição e competência do Conselho; as matérias discutidas nas reuniões giravam em torno principalmente de problemas locais dos municípios; ocorria a omissão no acompanhamento e monitoramento dos recursos gastos pelo CES/PA; sobreposição de ações com as de outros colegiados e Conselhos de classe; despreparo e desconhecimento informacional sobre a legislação inerente aos Conselhos, como por exemplo, práticas de homologações de Conferências Municipais de Saúde sendo realizadas pelo CES/PA; dentre outros.

Pela condição de fragilidade e risco permanentes daquele colegiado examinado ao longo de mais de oito anos pode-se concluir que o CES/PA foi um Conselho desprovido de autonomia, com incertezas quanto ao seu papel na sociedade, imparcial politicamente nas situações de grande interesse da sociedade civil mais dependente do poder do chefe local, do que um Conselho que vislumbresse sua emancipação e autonomia, para defender as demandas da população paraense na área da saúde inserindo-as nas pautas dos governos como defender um Sistema Único de Saúde universal, gratuito e público.

No que concerne aos recursos para o funcionamento do Conselho, existia um rigor para garanti-los anualmente, em contrapartida não ocorreu o acompanhamento e fiscalização destes gastos. O comportamento assumido pelos conselheiros com relação a esta situação, permite concluir que não interessava este exercício de controle dos próprios recursos caracterizando-se nesta prática o descaso e imparcialidade destas matérias como se a eles não pertencessem.

As atividades que envolveram um gasto maior pelos conselheiros foram as viagens e diárias, concluindo-se que houve de fato mais interesse pelos assuntos locais da esfera municipal, enquanto ocorria uma omissão principalmente nas decisões sobre o âmbito estadual que eram tomadas de acordo com os interesses do executivo. Ficando claro o que discute Carvalho (2010), quando no período do Brasil colônia a época das eleições, que não era o povo que se colocava para o poder, mas o poder que se colocava para o povo.

Assim, pode-se concluir que o CES/PA mais se constituiu do tipo cooperativo e colaborativo facilitando para o executivo a direção das decisões

sobre as ações da Política de Saúde no estado ocorrendo uma cumplicidade e convivência na relação Estado e setores da sociedade civil que aceitaram o funcionamento do colegiado como se a eles não pertencessem, pois a ausência de correlações de forças naquele espaço não foram identificadas.

O funcionamento do Conselho a época estudada indicou a necessidade de ocorrer uma mudança de mentalidade dos sujeitos sociais tanto os dos setores da sociedade civil organizada como os do executivo, uma vez que a pesquisa revelou debilidades de toda a ordem como: falta de investimento principalmente em formação e treinamento, incertezas quanto a representatividade, falta de socialização do conhecimento e do funcionamento dos Conselhos, falta de articulação com outros setores e políticas afins, ausência de articulação com instituições e profissionais habilitados no tema, dentre outros. Nesta direção a constituição de um Fórum de Saúde no Estado do Pará independente do CES/PA é urgente, para que o próprio Conselho possa ser fiscalizado e monitorado em suas ações e que possa responder aos anseios da sociedade civil.

O **Perfil dos conselheiros**, no período estudado de 2002 até 2009, revelou que a participação do gênero masculino foi predominante com uma média de 68,1% contra 31,9% do gênero feminino e que a presença de conselheiros com idades superiores a cinquenta anos, isto é, 51,2% em todos os biênios, não foram considerados positivos.

A conclusão a que se chegou foi a de que ocorreu uma tendência entre os membros do CES/PA em se auto denominar com 'mais experiência' (grifo nosso), situação que contribuiu para inibir a oxigenação de pessoas mais jovens e de atuar naquele colegiado, pois não era realizada uma renovação do quadro político daqueles sujeitos. A prática cristalizada ao longo dos anos revelou a dificuldade em abandonar hábitos do passado em que somente pessoas de "ilibada reputação" e saber poderiam fazer parte do referido colegiado, como expresso na primeira Lei Estadual Nº. 4.373/71.

Apesar da escolaridade de conselheiros com nível superior no Conselho revelar um índice de 60,5%, no período estudado, o resultado não revelou qualidade e diferencial naquele espaço, mas o contrário muitos foram os entraves, limitações e debilidades no desempenho das atribuições e competências específicas aquele colegiado. Pode-se concluir que faltou aos

conselheiros sair-de-si para pensar o outro, no conjunto dos interesses, a correlação de forças, o governo, a dominação, as necessidades e as possibilidades. Mas, pensar este coletivo para além das suas instituições alterando a forma de intervir nas decisões.

A mesma conclusão pôde se aplicar em relação ao número de mandatos. Ou seja, a identificação de 78,3% na média de conselheiros com apenas um mandato contra 21,7% de conselheiros com dois mandatos não significou mudanças na dinâmica e funcionamento do Conselho.

E por fim, no que concerne ao funcionamento do CES/PA de modo geral foi de que não ocorreram mudanças qualitativas, pois os membros substituídos pertenciam as mesmas entidades trazendo vícios e hábitos que o conselheiro substituído carregava. O que poderia ter mudado este colegiado e de acordo com Gramsci (apud Simionatto, 1995) teria sido a forma como os conselheiros se colocavam nas reuniões e atividades do CES/PA e não pelo caráter prático e mecanicista de suas ações.

De acordo com os resultados sobre o **Protagonismo dos conselheiros na participação das reuniões do CES/PA** pode-se afirmar que foi expressiva a média de participação dos conselheiros nas reuniões de 2001 até março de 2009 - de 65,2%, aumentando este percentual para 88,2% a partir de agosto de 2009. Porém, o resultado não foi traduzido em qualidade, como poderia ter sido interpretado a primeira vista, mas o contrário. A conclusão deste item nos permite afirmar que o protagonismo dos membros do CES/PA nas reuniões foi de ausência de um grau de controle por parte dos conselheiros que não tinham influência sobre as decisões e encaminhamentos; faltou qualidade informacional e do processo contínuo na criação de conhecimento pelo grupo não apenas de si mesmo, mas como do ambiente que atuavam; inexistiram quaisquer iniciativas de abertura de novos canais informativos e de parcerias com outros sujeitos sociais na ampliação deste conhecimento; foi frágil o nível de posicionamento político e de diálogo entre os pares; ocorriam dificuldades no grau de manejo com os conflitos; limitações na administração de divergências; faltou investimento na aprendizagem sobre a organização e funcionamento de reuniões; faltou ao grupo entendimento e compreensão que participar é uma vivência coletiva e não individual e que só se aprende na “práxis grupal” (BODERNAVE, 1994); era frágil a compreensão sobre respeito

às diferenças individuais na forma de participar, que acabavam levando em consideração o senso comum daqueles sujeitos que se auto intitulavam mais experientes, dentre outros.

Assim, o protagonismo dos conselheiros no exercício da participação e do controle social, nas decisões do CES/PA, mais se limitou a consensos e de natureza adjetiva, do que um protagonismo mobilizador, propositivo, pró-ativo ou de uma presença substantiva. Além disso, por meio deste estudo pode-se concluir que houve uma percepção enviesada dos conselheiros do ponto de vista político em reconhecer que a sua atuação se dá na esfera estadual e não na municipal como foi constatado.

Por fim é possível concluir que a Participação exercida no CES/PA foi à do tipo liberal investigada por Gohn (2007), em que a cooperação e solidariedade da sociedade civil converteram-se em instrumento de colaboração do executivo, corroborando neste sentido, para um Controle Social de consenso com a classe dominante na perspectiva de que é o Estado que controla as decisões e não a sociedade civil colocando em xeque esta representatividade.

Quanto ao **Protagonismo dos conselheiros e suas pautas**, pode-se concluir que o único segmento que procurou desenvolver mesmo que parcialmente suas atribuições e competências dentro do estabelecido regimentalmente no CES/PA foi o segmento gestor. Em contrapartida os outros segmentos desviaram suas atenções e prioridades aos assuntos principalmente de nível local dos municípios.

Nesta perspectiva é possível afirmar que no CES/PA não ocorreu um protagonismo político de enfrentamento, de correlação de forças na relação Estado e sociedade civil que pudesse garantir os anseios da classe subalterna, mas o contrário a influência dos conselheiros nas decisões e deliberações foi mínima, pois as tomadas de decisões eram deixadas naturalmente com o executivo. Além disso, as pautas frágeis defendidas pelos conselheiros não traduziam as necessidades da população paraense ou que propiciassem a discussão de projetos diferenciados e em disputa.

Pode-se ainda afirmar que o protagonismo consolidado no CES/PA foi o passivo e de aparências, não representando os interesses das classes subalternas.

Com relação à **Agenda do CES/PA**, a conclusão a que se chegou foi a de que não houve, pelo menos no período estudado, a construção de agendas naquele colegiado no que concerne às propostas aprovadas nas Conferências Estaduais de Saúde, mesmo que no período tenham ocorrido três eventos desta natureza, entretanto em nenhuma delas foi realizado o processo de escolha de novas entidades para composição e organização daquele colegiado. Além disso, não houve qualquer manifestação de enfrentamento ou pressão sobre o executivo em acompanhar, fiscalizar ou monitorar às propostas aprovadas nas Conferências para serem inseridas nos Planos Estaduais.

As Conferências de Saúde, nesta direção, ao invés de se constituir em verdadeiros espaços de construção de direitos e “instâncias de fazer político” (CAMPOS E MACIEL, 1997) e de avaliação da Política de Saúde no estado, mais se pareceram com uma “confraria de amigos”, não gerando como encaminhamento a intervenção dos grupos de fazer valer as demandas vindas das necessidades da população. É possível concluir que ocorreu um empobrecimento da dimensão política das Conferências, uma vez que não geraram qualquer discussão sobre ações que o Conselho poderia desenvolver de acordo com o aprovado no evento; criação de Comissões para estudo e monitoramento destas questões; avaliação do que foi aprovado em Conferência; acompanhamento dos Planos Estaduais conferindo se as propostas foram incluídas no documento; socialização e divulgação a população paraense do que foi consolidado no Plano Estadual; dentre outros.

A propósito das **Estratégias e Bandeiras de luta no CES/PA**, conclui-se que o Conselho não conseguiu ao longo de nove anos planejar suas ações e atividades, pois em três tentativas para construção deste documento, nenhum obteve sucesso. Por conta desta assertiva pode-se afirmar que aquele colegiado mais atuava no plano reativo e eventual do que propositivo e mobilizador. O fato de terem ocorrido somente três formações e treinamentos de conselheiros, refletiu na frágil e amadora atuação daquele colegiado.

A falta de equipes técnicas interdisciplinares atuando naquele espaço, somado a falta de treinamento e formação permanente dos conselheiros contribuiu nas fragilidades e deficiências confirmando que aquele espaço mais

se constituía em instrumento de colaboração do Estado, ao invés da emancipação dos sujeitos que o ocuparam.

Nesta direção a instituição dos Conselhos e Conferências na realidade brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, criados como instâncias ou *fóruns* de fiscalização, controle e acompanhamento das ações governamentais, parecem estar longe do investigado nesta pesquisa não concorrendo de fato para a construção de uma agenda de saúde pública na esfera estadual, pois os sujeitos sociais que ocupavam aquele ambiente eram desprovidos de autonomia e poder de força para se mobilizar e pressionar os gestores com estratégias deliberadas e aprovadas em Conferências para serem inseridas nos Planos Estaduais de Saúde.

Assim conclui-se também que o protagonismo dos sujeitos sociais no espaço do CES/PA, não conseguiu no período estudado, sair da passividade para alcançar um nível superior, isto é, deixar de aceitar a subordinação, deixar de ser instrumento de colaboração que apenas legitimava interesses do executivo e chegar ao momento ético político de vencer a visão mecanicista, particularista e restrita. Só assim seria possível inserir as demandas e necessidades da população paraense com caracteres universais e qualitativamente integrais nas pautas governamentais.

Neste sentido é possível afirmar que a existência do Conselho e a realização das Conferências no estado do Pará no período estudado, não chegaram a produzir mudanças substantivas na gestão da Política de Saúde do estado.

Há de se convir que, historicamente no Brasil, mas também na realidade paraense, particularmente no Conselho, permanecem ainda modelos de gestão que não contribuem para a construção de um projeto ético político voltado para uma saúde pública, universal e gratuita comprometida com os interesses da coletividade. O que pôde ser concluído pela pesquisa foi a existência de um Estado com poder de mando muito forte que pouco contribuiu com a emancipação dos sujeitos sociais, mais incentivando a despolitização daqueles a representantes políticos independentes. Além disso, foi grande a injeção de recursos no CES/PA mobilizando técnicos e servidores para resultados nada substantivos.

E por fim, mesmo que a pesquisa tenha revelado mais aspectos negativos do que positivos em relação a análise realizada naquele colegiado, é preciso ter consciência política para sair da legítima defesa e defender uma proposta de transformação do que está posto entendendo esta pesquisa como um documento que pode contribuir com uma nova forma de rever práticas, posições e corrigindo equívocos para que os Conselhos e Conferências possam se efetivar em espaços de fazer político e de emancipação dos sujeitos sociais. Neste sentido, temos que concordar com Nogueira (2005) quando defende que a participação da sociedade civil organizada só vai ocorrer quando se modificarem as correlações de forças no sentido das mudanças de mentalidades e quando as decisões foram tomadas coletivamente.

## 6 – REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Marcos César. Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica. Em *Perspectiva*. São Paulo, 2004 – p.168-176.

ALVES, Giovanni. Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventa. In: *Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996, p. 109 – 161.

AMAZÔNIA. Belém/PA, 15 de março de 2001.

ANTUNES, Ricardo. As formas contemporâneas de trabalho e a desconstrução dos direitos sociais – In: *Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo – Maria Ozanira da Silva e Silva, Maria Carmelita Iazbeck (orgs.) – 2 ed. – São Paulo: Cortez; São Luís, MA: FAPEMA, 2008.*

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. *Cidadania e Democracia*. Lua Nova: Revista de Cultura e Política – nº. 33 – São Paulo, 1994.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, H.& PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 2009.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. *O que é participação*. – 8ª ed. – São Paulo: Brasiliense, 1994. – (Coleção primeiros passos; 95).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

Decreto Federal Nº. 49.974 A, de 21 de janeiro de 1961 - aprova o Código Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Lei Federal Nº. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Federal Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Federal Nº. 378, de 13 de janeiro de 1937. Cria o Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Lei Federal Nº. 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei Federal Nº. 6.229, 17 de julho de 1975. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/1993

\_\_\_\_\_. Norma Operacional de Assistência a Saúde – Noas – SUS 01/2001

\_\_\_\_\_. Norma Operacional de Assistência a Saúde – Noas – SUS 01/2002

\_\_\_\_\_. Resolução Nº. 33, 12 de dezembro de 1992 do Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Resolução Nº. 333, 4 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Serviço Social e Sociedade Nº. 88 – São Paulo, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Política social e democracia. 4.ed. – São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

CAMPOS, Edval Bernardino. Assistência Social: do descontrole ao controle social. Revista Serviço Social e Sociedade Nº. 88 – São Paulo, 2006.

CAMPOS Edval Bernardino e MACIEL, Carlos Alberto Batista. Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática. Revista Serviço Social e Sociedade – Nº. 55 – São Paulo, 1997.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil/ Antônio Ivo de Carvalho. - Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995 – 136p.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Participação da comunidade na saúde / Gilson de Cássia Marques de Carvalho. – Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007 – 259 p.

\_\_\_\_\_, Gilson de Cássia Marques de. Participação Social no SUS: o olhar da Gestão Municipal. CONASEMS – Brasília –DF, 2009.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 13ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CEDICA – Conselho Estadual de Criança e do Adolescente – Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social/RS – 1ª Edição, Porto Alegre, 1999.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. Relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate – Serviço Social e Sociedade. São Paulo – Editora Cortez, Nº. 77, março 2004.

\_\_\_\_\_. A relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. Revista Serviço Social e Sociedade, Nº. 77. São Paulo: Editora Cortez, 2004. p. 148-176.

\_\_\_\_\_. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 280p.

\_\_\_\_\_. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade/Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Medeiros – 1.ed – RJ: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76p.

\_\_\_\_\_. O CONTROLE SOCIAL E O PROTAGONISMO DAS CLASSES SUBALTERNAS: fundamentos no pensamento de Gramsci. Anais do Seminário “Gramsci e os movimentos populares” Niterói, 2010.

CORTELLA, Mario Sergio. Política: Para não ser idiota/Mario Sergio Cortella, Renato Janine Ribeiro. – Campinas, SP: Papyrus 7 Mares, 2010. – (Coleção Papiros Debates)

COUTINHO, Carlos Nelson. Marxismo e Política: a dualidade de poderes e outros ensaios: São Paulo: Cortez, 2008. p. 13-69.

\_\_\_\_\_. Intervenções: o marxismo na batalha das ideias. – São Paulo: Cortez, 2006.

DAGNINO, Evelina (organizadora). Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. – São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DIÁRIO. Belém/PA, 19 de março de 2001.

\_\_\_\_\_. Belém/PA, 31 de março de 2001.

ESCOREL, Sarah, TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria – 3ª ed. – São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

GALLO, Edmundo, NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria – 3ª ed. – São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

GERSCHAMN, Silvia. A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e participação sociopolítica. – 3ª ed. – São Paulo, Cortez, 2007. – (Coleção questões da nossa época; v.84).

\_\_\_\_\_. História dos Movimentos e lutas Sociais – A Construção da Cidadania ao longo dos séculos. Edições Loyola – 2003.

HARVEY, David. A condição pós-moderna: Uma pesquisa sobre as origens da Mudança Cultural. São Paulo – Edições Loyola, 1993 – p. 115 – 184.

IAMAMOTO, M.V.. A questão social no cotidiano. Revista Temporalis, Nº 3 – ANO II, 2001.

IANNI, Octavio. A Crise de Paradigmas na Sociologia. Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº. 3 ano 5 (junho, 1990), p. 90 – 100.

JUNIOR, Caio Prado. Formação do Brasil Contemporâneo. São Paulo: Brasiliense, 2006.

Lei Estadual Complementar Nº. 791, de 09 de março de 1995, do Estado de São Paulo – Estabelece o Código de Saúde no Estado.

KLEIN, Jacqueline Southier, CARVALHO, Benonilde da Conceição Castro, FERREIRA, Mauro Roberto Campos, SANTOS, Cledionilson Rodrigues dos. Relatório dos 15 anos de existência do Conselho Estadual de Saúde – CES/PA. Conselho Estadual de Saúde – Belém/PA, 2008.

\_\_\_\_\_, Jacqueline Southier. Os Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente no Sul do Pará – da participação social ao cumprimento da Doutrina de Proteção Integral. Em Foco: Revista de Publicação Acadêmica da Pós-Graduação do IESPES, Santarém – PA, 2007.

LUKÁCS, Gerg. Introdução a uma estética marxista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978 – (Cap. III).

MAY, Tim. Pesquisa social: questões, métodos e processos. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. – 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. – 8ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTA, Ana Elizabete Simões da. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. – 5ª ed. – São Paulo, Cortez, 2008.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

O LIBERAL. Belém/PA, 12 de março de 2001.

\_\_\_\_\_. Belém/PA, 13 de março de 2001.

\_\_\_\_\_. Belém/PA, 15 de março de 2001.

\_\_\_\_\_. Belém/PA, 26 de março de 2001.

\_\_\_\_\_. Belém/PA, 28 de março de 2001.

PARÁ. Constituição do Estado do Pará, de 05 de outubro de 1989.

\_\_\_\_\_. Lei Estadual Nº. 5.751, de 13 de julho de 1993. Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual de Saúde na forma do art. 265, inciso VI da Constituição Estadual. 1993.

\_\_\_\_\_. Lei Estadual Nº. 6.110, de 19 de janeiro de 1998. Altera o art. 3º da Lei n. 5.751, de 13 de julho de 1993. 1993.

\_\_\_\_\_. Lei Estadual Nº. 6.370, de 10 de julho de 2001. Altera o art. 3º da Lei n. 5.751, de 13 de julho de 1993, e revoga a Lei n. 6.110, de 19 de janeiro de 1998. 2001.

\_\_\_\_\_. Lei Estadual Nº. 7.264, de 24 de abril de 2009. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde na forma do art. 265, VI, da Constituição Estadual, e dá outras providências. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei Estadual Nº. 4.373, de 15 de dezembro de 1971. Cria o Conselho Estadual de Saúde Pública e dá outras providências.

RAGGIO, Armando, BARROS, Elizabeth e RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

RIBEIRO, Renato Janine. Hobbes: o medo e a esperança. Os clássicos da política, 1 /Francisco C. Weffort, organizador. – 14.ed. – São Paulo: Ática, 2006 – 287 p.

SADER, Emir Garcia, NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs.). Brasil, entre o passado e o futuro. São Paulo: Perseu Abramo: Boitempo, 2010.

SANTOS, Juarez Cirino dos. 30 anos de Vigiar e Punir (Foucault). 11º Seminário Internacional do IBCCRIM – São Paulo, 2005.

SANTOS, Lenir, ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. – Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SIMIONATTO, Ivete. Gramsci sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social – Florianópolis: Ed. Da UFSC; São Paulo: Cortez, 1995. 278 p.  
SIMÕES, Carlos. Curso de direito do serviço social – 2ª ed. Ver.e atual. – São Paulo: Cortez, 2008.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Participação e controle social. Política social, família e juventude: uma questão de direitos / Mione Apolinário Sales, Maurílio Castro de Matos, Maria Cristina Leal, (organizadores). – 2.ed. – São Paulo: Cortez, 2006 – p. 167-187.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O local e o global: limites e desafios da participação cidadã. – 3ª. ed. – São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2002.

TEIXEIRA, Francisco José Soares. O neoliberalismo em debate. In: In: Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996, p. 195 – 252.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In Reforma sanitária: em busca de uma teoria – 3ª ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

VERGARA, Sylvia Constant. Projeto e Relatório de Pesquisa em Administração. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

## **7 - ANEXOS**

Anexo 01 – Lei Estadual Nº. 4.373/71 – 1ª lei de criação do CES/PA – p. 69

Anexo 02 – Lei Estadual Nº. 5.751/93 – 2ª lei de criação do CES/PA – p. 74

Anexo 03 – Lei Estadual Nº. 6.110/98 – lei que altera o art. 3º da Lei Estadual Nº 5.751/93 – p.74

Anexo 04 – Lei Estadual Nº 6.370/01 – lei que alterou o art. 3º da Lei Estadual Nº 5.751/93 – p. 74

Anexo 05 – Lei Estadual Nº 7.264/09 – em vigor – p. 75

Anexo 06 - Relatório das Entidades Participantes – Relatório Denúncia – 2001 – p.77

Anexo 07 – Decreto s/nº de 23.03.2001 – DOE/PA – p. 80

Anexo 08 – Decreto s/nº de 11.04.2001 – DOE/PA – p. 81

Anexo 09 – Regimento Interno do CES/PA de 2004 – p. 90

Anexo 10 – Resolução Nº 017 de 21.05.2002 que aprovou Plano de Trabalho de 2002 com quinze propostas – p. 138

Anexo 11 – Resolução Nº 072 de 19.12.2006 que aprovou Plano de Trabalho de 2006 com oito propostas – p. 139

Anexo 12 – Plano de Trabalho/2009 – I Oficina de Planejamento (14.09.2009 e 19.10.2009) não gerou Resolução – p.139



*República Federativa do Brasil*  
**ESTADO DO PARÁ**

# DIÁRIO OFICIAL

ANO LXXX — 82ª DA REPÚBLICA — N. 22.187

BELEM — SÁBADO, 25 DE DEZEMBRO DE 1971

GOVERNADOR DO ESTADO — ENG.º FERNANDO JOSÉ DE LEÃO GUILHON  
VICE-GOVERNADOR — Cel. NEWTON BURLAMAQUI BARREIRA

## DESTAQUES NESTA EDIÇÃO



LEIS Ns. 4.371, 4.372,  
4.373, 4.374 e 4.375  
Do Governo do Estado

— XX —

PORTARIAS  
Da Secretaria de Estado  
de Educação e da  
Agricultura

— XX —

ACÓRDOS  
INSTRUMENTO PARTI-  
CULAR DE CONTRATO  
Do Tribunal de Justiça

— XX —

DECRETOS  
LEGISLATIVOS  
PORTARIA E ATAS  
Da Assembléa  
Legislativa

## SECRETARIADO

Gabinete Civil — Eng.º EMMANUEL CAUBY  
DE FIGUEIREDO

Gabinete Militar — Ten. Cel. JOSÉ AZEVEDO  
BAHIA FILHO

Governo — Sr. GEORGENOR DE SOUSA  
FRANCO

Interior e Justiça — Dr. JOAQUIM LEMOS  
GOMES DE SOUZA

Fazenda — General R-1 RUBENS LUZIO VAZ  
Viação e Obras Públicas — Eng.º OSMAR  
PINHEIRO DE SOUZA

Saúde Pública — Dr. OCTAVIO BANDEIRA  
CASCAES

Educação — Prof. JONATHAS PONTES  
ATHIAS

Agricultura — Eng.º Agr.º EURICO PINHEIRO  
Segurança Pública — Ten. Cel. VINÍCIUS MAR-  
TINS DE OLIVEIRA MELO

Procurador — Dr. ALMIR DE LIMA PEREIRA  
Serviço Público — Sr. JOSÉ NOGUEIRA  
SOBRINHO

PAGINA: 6

Ordem dos Advogados do Brasil - (Secção do Estado do Pará)

Resoluções N. 09 e 10/71

## PODER EXECUTIVO

### Governo do Estado do Pará

LEI N. 4.371 DE 15 DE DEZEMBRO DE 1971  
Proclama Nossa Senhora de Nazaré Patrona do Estado do Pará e dá outras providências.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ promulga e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. — Fica proclamada PATRONA DO ESTADO DO PARÁ NOSSA SENHORA DE NAZARÉ.

Parágrafo Único — O Governo do Estado do Pará, prestará, anualmente, as honras de Estado à padroeira dos paraenses.

Art. 2º. — A presente Lei poderá ser regulamentada pelo Governador do Estado.

Art. 3º. — Esta Lei tem sua vigência a partir do dia 10 de outubro do corrente ano.

Palácio do Governo do Estado do Pará, 15 de dezembro de 1971.

FERNANDO JOSE DE LEÃO GUILHON

Governador do Estado  
Georgenor de Sousa Franco  
Secretário de Estado de Governo  
(G. — Reg. n. 2433)

LEI N. 4.372 DE 15 DE DEZEMBRO DE 1971  
Altera a redação do artigo 9º, da Lei n. 4.328, de 13 de novembro de 1970.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ estatui e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. — O artigo 9º, da Lei n. 4.328, de 13 de novembro de 1970, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 9º. — Os Certificados serão emitidos em séries designadas por letras do alfabeto, compreendendo cada série, Certificados de números consecutivos até 300.000 devendo todos eles conter as seguintes características”

Art. 2º. — A presente Lei entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Pará, 15 de dezembro de 1971.

Eng.º FERNANDO JOSE DE LEÃO GUILHON  
Governador do Estado

Georgenor de Sousa Franco  
Secretário de Estado de Governo

Gen. R-1 Rubens Luzio Vaz  
Secretário de Estado da Fazenda  
(G. — Reg. n. 2433)

LEI N. 4.373 DE 15 DE DEZEMBRO DE 1971

Cria o Conselho Estadual de Saúde Pública e dá outras providências.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ, estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. — Fica criado o Conselho Estadual de Saúde (CES), com a finalidade de orientar e fixar a política sanitária do Estado, bem assim as atividades afins.

Art. 2º. — O Conselho Estadual de Saúde (CES), compor-se-á de quinze membros.

§ 1º. — Somente poderão ser membros do Conselho Estadual de Saúde, profissionais de ilibida reputação e saber comprovado no campo da saúde.

§ 2º. — Os membros do Conselho Estadual de Saúde serão nomeados pelo Governador do Estado, observado o que dispõem os artigos 4º e 5º, permitida a recondução.

§ 3º. — A presidência do Conselho Estadual de Saúde será sempre exercida pelo

Secretário de Estado de Saúde Pública.

Art. 3º. — São membros do Conselho Estadual de Saúde:

a) — o Secretário de Estado de Saúde Pública;

b) — o Delegado Federal de Saúde;

c) — o Diretor Regional de Saúde da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP);

d) — o Coordenador Regional da Superintendência das Campanhas de Saúde Pública do Ministério de Saúde (SUCAM);

e) — um representante da

Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM);

f) — um representante da Universidade Federal do Pará;

g) — um representante das Forças Armadas sediadas em Belém;

h) — um representante da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará;

i) — o Coordenador do Projeto Rondon;

j) — um representante do Funrural;

k) cinco (5) de livre escolha do Governador do Estado, preferentemente médicos ou engenheiros sanitaristas.

Art. 4º. — Os Conselheiros enumerados nas alíneas A, B, C, D, e I do artigo 3º, serão considerados membros permanentes do Conselho Estadual de Saúde, recaindo, assim, a nomeação automaticamente nas pessoas titulares dos organismos mencionados, sendo seus mandatos correspondentes ao efetivo exercício das funções especificadas.

Parágrafo Único — Os Conselheiros enumerados nas alíneas E, F, G, H, e J, do artigo 3º, serão indicados ao Governador do Estado pelos Órgãos correspondentes.

Art. 5º. — Na primeira constituição do Conselho Estadual de Saúde, os Conselheiros representantes referidos nas alíneas F e G, bem assim, dois (2) dos correspondentes à alínea K, do artigo 3º, terão mandatos de dois (2) anos; os demais Conselheiros terão mandatos de quatro (4) anos, ressalvado o disposto no artigo 4º.

Parágrafo Único — Vencido o primeiro período de atividades, os Conselheiros serão, gradativamente, nomeados para mandatos iguais de quatro (4) anos.

Art. 6º. — Os Conselheiros perceberão mensalmente, representação e jetons fixados anualmente pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde

e homologados pelo Governador do Estado, não podendo exceder a três (3) vezes o valor de jetons mensais.

Art. 7º. — Em caso de renúncia, morte ou qualquer outra razão, a nomeação do Conselheiro substituído será exclusivamente para completar o tempo do mandato do substituído.

Art. 8º. — O Conselho Estadual de Saúde poderá criar tantas Comissões quantas julgar necessárias, consoante fixação regimental.

Art. 9º. — Ao Conselho Estadual de Saúde compete, entre outras, as seguintes atribuições:

a) — colaborar na execução do Plano Estadual de Saúde;

b) — colaborar na elaboração de Orçamentos e Planos de aplicação dos recursos destinados à Saúde Pública, no Estado do Pará;

c) — decidir sobre o Conselho Estadual de Saúde;

d) — coordenar e controlar, pelos modos e maneiras a seu alcance, todas as atividades sanitárias desenvolvidas no Estado;

e) — propor e deliberar sobre medidas de auxílio a entidades, bem assim quanto a efetivação de contratos, convênios, etc.;

f) — opinar sobre a realização, através de órgãos do Estado, de pesquisas médico-sanitárias e programa de aperfeiçoamento de pessoal, em quaisquer níveis;

g) — apreciar e emitir manifestação sobre assunto que lhe for submetido pelo Governador do Estado ou pelo Secretário de Saúde Pública;

h) — apreciar e deliberar sobre quaisquer assuntos que, direta ou indiretamente, estejam ligados à saúde pública.

Art. 10. — O Conselho Estadual de Saúde, uma vez instalado, terá prazo de sessenta (60) dias para elaborar o seu Regimento.

Art. 11. — Enquanto não forem criados os respectivos cargos, o pessoal a ser utilizado inicialmente na Secretaria do Conselho Estadual de Saúde poderá ser requisitado na Secretaria de Esta-

do de Saúde Pública, ou de qualquer outra Repartição do Estado.

Art. 12 — Fica o Poder Executivo autorizado a abrir um crédito no valor de Cr\$ 60.000,00 (sessenta mil cruzeiros), para atender as despesas decorrentes do presente exercício financeiro.

Art. 13 — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Pará, 15 de dezembro de 1971.

Eng.º FERNANDO JOSÉ DE LEAO GUILHON

Governador do Estado

Octávio Bandeira Cascaes  
Secretário de Estado de Saúde Pública

Gen. R-1 Rubens Luzio Vaz  
Secretário de Estado da Fazenda

(G. — Reg. n. 2433)

LEI N. 4.374 — DE 16 DE DEZEMBRO DE 1971

Dispõe sobre a obrigatoriedade de desinsetização e desratização dos estabelecimentos comerciais, industriais, casas de diversões, armazéns, hospitais e outros estabelecimentos, onde a medida se impuser, e dá outras providências.

A Assembléia Legislativa do Estado do Pará estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º — Os estabelecimentos Comerciais de gêneros alimentícios, por atacado ou varejo, industriais, hotéis, restaurantes, bares, lanchonetes, boite ou similares, armazéns, hospitais e outros estabelecimentos, serão higienizados através do sistema de desinsetização e desratização, obrigatoriamente duas (2) vezes por ano.

Art. 2.º — Caberá ao órgão estadual responsável pela higiene e saúde pública, a fiscalização dos estabelecimentos referidos no art. 1.º, para o perfeito cumprimento desta Lei.

§ 1.º — Os estabelecimentos referidos no art. 1.º, não terão em local de fácil visibilidade, o documento comprobatório da desinsetização e desratização fornecido pela autoridade competente.

§ 2.º — O documento de que trata o parágrafo anterior obedecerá ao modelo a ser criado pelo órgão de fiscalização, dele constando as datas das desinsetização e desratização.

Art. 3.º — Os estabelecimentos que infringirem o estatuído nesta Lei, ficarão sujeitos às seguintes penalidades:

I — multa no valor de um (1) a dez (10) vezes o salário mínimo;

II — fechamento do estabelecimento nos casos de reincidência e por prazo estabelecido no regulamento.

Art. 4.º — O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de noventa (90) dias, contados da sua vigência.

Art. 5.º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Pará, 16 de dezembro de 1971.

FERNANDO JOSÉ DE LEAO GUILHON  
Governador do Estado  
Octávio Bandeira Cascaes  
Secretário de Estado de Saúde Pública

(G. — Reg. n. 2433)

LEI N. 4.375 — DE 16 DE DEZEMBRO DE 1971

Institui a "Semana do Arroz"

Art. 1.º — Fica instituída a "Semana do Arroz", festejada nas Sedes dos Municípios produtores de arroz.

Art. 2.º — Durante os festejos comemorativos da "Semana do Arroz" a Secretaria de Estado de Agricultura promoverá palestras de orientação, ensinamentos e demonstrações técnicas, de tudo que possibilite o melhoramento da cultura rizícola e proporcione o crescimento de sua produção.

Art. 3.º — Esses festejos, que serão realizados sob os auspícios da SAGRI e das Prefeituras locais, nos meses de junho ou julho, terão início no próximo ano na Sede do Município de Santarém,

devidamente, no seu encerramento, ser escolhida a Sede comemorativa do ano seguinte, que obrigatoriamente recairá no Município de maior produção no ano anterior.

Art. 4.º — Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Pará, 16 de dezembro de 1971.

FERNANDO JOSÉ DE LEAO GUILHON  
Governador do Estado  
Eurico Pinheiro  
Secretário de Estado de Agricultura

(G. — Reg. n. 2433)



Diretoria, Administração, Redação e Oficinas:  
Av. Almirante Barroso n. 735 — Fone: 9998  
Belém-Pará

Diretor Geral:  
Dr. FERNANDO FARIAS PINHO  
Redator-Chefe:

Prof.ª EUNICE FAVACHO DE ARAUJO

TABELA DE ASSINATURAS E PUBLICAÇÕES

NA CAPITAL:	Cr\$	Vendas de Diários	Cr\$
Anual	95,00	Número atrasado ao ano, aumenta	0,10
Semestral	47,50	Publicações	
Número avulso	0,40	Página comum, cada centímetro	2,50
OUTROS ESTADOS E MUNICÍPIOS		Página de Contabilidade	
Anual	120,00	preço fixo	300,00
Semestral	60,00		

As Repartições públicas devem remeter a matéria destinada à publicação, no horário das 07,30 às 12,30 horas, diariamente, excetuando os sábados.

As reclamações nos casos de erros ou omissões, devem ser formuladas através de petição ou ofício, diretamente ao Gabinete do Diretor, no máximo 24 horas após a circulação do Diário, na Capital e 3 dias no Interior e outros Estados.

As publicações grátis e pagas só serão recebidas se estiverem acompanhadas de ofício ou memorando da parte interessada.

As assinaturas tanto da Capital como do interior ou outros Estados, serão aceitas em qualquer época e as vencidas e não renovadas deixarão de ser remetidas automaticamente. Os pagamentos de publicações e assinaturas deverão ser feitos preferencialmente, em cheques nominal para IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO.

Os funcionários públicos estaduais, terão uma redução de 50% na assinatura anual do "Diário Oficial".



Conselho Estadual de Saúde/PA

## CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ

**DOE nº 27.510, de 14/07/1993**  
**LEI Nº 5.751 DE 13 DE JULHO DE 1993**

### **DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE NA FORMA DO ART. 265, INCISO VI DA CONSTITUIÇÃO ESTADUAL.**

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica criado o Conselho Estadual de Saúde (CES) na forma que estabelece o Art. 265, incisos VI, alíneas "a" e "e" da Constituição do Estado do Pará, em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito estadual.

Art. 2º - Sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, são competências do CES:

I - Propor políticas, programas e projetos integrados de Saúde e Saneamento, adequados às necessidades da população;

II - acompanhar, analisar, avaliar, fiscalizar e controlar a formulação e a realização de políticas, programas e projetos integrados de Saúde e Saneamento;

III - Analisar, fiscalizar e exercer o controle interno do uso e aplicação adequada dos recursos destinados as ações do Sistema Estadual de Saúde, opinando, previamente, sobre a proposta orçamentária anual do setor;

IV - Realizar Conferência bienal de Saúde, com o objetivo de analisar as ações do Sistema Estadual de Saúde, subsidiando novos planos e programas;

V - Opinar, previamente, sobre qualquer projeto público ou privado que implique política de saúde;

VI - Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos Órgãos e Entidades Públicas e Privadas integrantes do SUS no Estado;

VII - Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde Públicos e Privados, no âmbito do SUS;

VIII - Definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor Público e as entidades privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços de saúde;

IX - Elaborar seu Regimento Interno dispendo sobre sua composição, organização e normas de funcionamento;

X - Aprovar o Plano Estadual de Saúde;

XI - Aprovar o cronograma de transferência de Recursos Financeiros aos Municípios;

XII - Avaliar e acompanhar a execução dos Planos Municipais de Saúde;

XIII - Outras atribuições estabelecidas em normas complementares e/ou que lhe forem delegadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 3º - O Conselho Estadual de Saúde é constituído de 20 (vinte) membros titulares e respectivos suplentes, presidido pelo Secretário de Estado de Saúde, na qualidade de membro nato, e sua composição definida pela Conferência Estadual de Saúde, respeitada a paridade estabelecida na Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde e o disposto na Lei Federal 8.142/90, ficando assim distribuída: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços de saúde públicos e privados.



Conselho Estadual de Saúde/PA

## CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ

2

§ 1º - Os membros efetivos e respectivos suplentes do CES serão nomeados através de Decreto pelo Governador do Estado mediante indicação:

- a) das respectivas autoridades administrativas, os representantes dos Órgãos Públicos;
- b) dos dirigentes das respectivas Entidades dos demais casos.

§ 2º - O CES contará com uma Secretária Executiva, para apoiá-lo, técnica e operacionalmente, constituída por servidores exclusivamente da Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º - A indicação nominal dos Órgãos Governamentais e da representatividade da sociedade civil será feita através de Decreto Governamental, inclusive quanto à eletividade de que participem as entidades competentes, bem assim a renovação bienal dos membros do Conselho, consoante prevê a Constituição Estadual.

Art. 4º - O CES reger-se-á pelas seguintes disposições, no que se refere aos seus membros:

I - As funções dos membros-titulares e suplentes do CES não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado relevante serviço à preservação da saúde da população;

II - Será sumariamente dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três (3) reuniões consecutivas ou a seis (6) intercaladas no período de doze (12) meses;

III - O mandato dos membros do CES será de dois (2) anos;

IV - Os membros do CES durante os seus respectivos mandatos poderão ser substituídos mediante solicitação da autoridade ou dirigente dos respectivos Órgãos ou Entidades representadas, encaminhada ao Governador do Estado, por intermédio do Presidente do Conselho.

Art. 5º - A periodicidade das reuniões do Conselho será regulamentada através de seu Regimento Interno.

§ 1º - As Sessões plenárias do CES instalar-se-ão com a presença da maioria dos seus membros que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes.

§ 2º - Cada membro terá direito a um único voto.

§ 3º - As decisões do CES serão consubstanciadas em resolução que serão homologadas pelo seu presidente.

Art. 6º - O CES poderá convidar Entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem de reuniões.

Art. 7º - A nomeação dos membros do Conselho far-se-á mediante Decreto do Executivo no prazo máximo de trinta (30) dias a contar da promulgação desta Lei.

Art. 8º - O CES elaborará seu Regimento Interno no prazo de trinta (30) dias após regular publicação do Decreto de nomeação de seus membros.

Art. 9º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, em 13 de Julho de 1993.

JADER FONTENELLE BARBALHO  
Governador do Estado

---

## LEI Nº 6.110, DE 19 DE JANEIRO DE 1998

*Altera o art. 3º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, que dispõe sobre a criação do Conselho Estadual de Saúde.*

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - O art. 3º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º - O Conselho Estadual de Saúde é constituído de 20 (vinte) membros titulares e respectivos suplentes, presidido pelo Secretário de Estado de Saúde, na qualidade de membro nato, e sua composição definida pela Conferência Estadual de Saúde, respeitada a paridade estabelecida na Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde e o disposto na Lei Federal 8.142/90, ficando assim distribuída: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º - .....

§ 2º - .....

§ 3º - .....

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO, 19 de janeiro de 1998.

ALMIR GABRIEL

Governador do Estado

DOE Nº 28.638, de 21/01/1998.

---



Conselho Estadual de Saúde/PA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ

DIÁRIO OFICIAL Edição Nº 029496 de 12/07/2001

GABINETE DO GOVERNADOR

LEI Nº 5.751 - LEI Nº 6.370, DE 10 DE JULHO DE 2001.

Altera o art. 3º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, e revoga a Lei nº 6.110, de 19 de janeiro de 1998.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 3º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º O Conselho Estadual de Saúde do Estado do Pará - CES/PA é constituído de 20 (vinte) membros titulares e respectivos suplentes, nomeados pelo Chefe do Poder Executivo Estadual e presidido pelo Secretário Executivo de Estado de Saúde Pública, na qualidade de membro nato, nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 1990, e Decreto Federal nº 99.438, de 1990, sendo integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que as entidades representativas da sociedade civil organizada deverão estar legal e legitimamente constituídas nos termos da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, arts. 1º, inciso II; 114, inciso I, e 119 (Lei de Registros Públicos), tendo o mesmo a seguinte composição:

I - representantes da área governamental - 4 vagas:

- 2 (dois) representantes da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública - SESPA;
- 2 (dois) representantes do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Pará;

II - representante da área dos prestadores de serviços privados de saúde - 1 vaga:

- 1 (um) representante do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Pará - SINDESSPA;

III - representantes da área dos profissionais de saúde - 5 vagas:

- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas da categoria dos profissionais médicos;
- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas da categoria dos profissionais odontólogos;
- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas da categoria dos enfermeiros;
- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas da categoria dos farmacêuticos-bioquímicos;
- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas dos servidores públicos de área da saúde;

IV - representantes dos usuários - 10 vagas:

- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas das pessoas portadoras de deficiências;
- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas de pessoas portadoras de patologias clínicas;
- 1 (um) representante da Força Sindical;
- 1 (um) representante das entidades estaduais representativas das Igrejas Evangélicas;
- 1 (um) representante da Pastoral da Criança - CNBB;
- 1 (um) representante da Associação Voluntariado de Apoio a Oncologia - AVAO;
- 1 (um) representante da Federação das Sociedades Benéficas do Estado do Pará;
- 1 (um) representante da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental - Seção Pará - ABES/PA;
- 1 (um) representante da Federação das Associações de Aposentados e Pensionistas do Estado do Pará - FAAPA;
- 1 (um) representante da Federação de Centros Comunitários e Associações de Moradores do Estado do Pará - FECAMPA.

§ 1º .....

a) .....

b) .....

§ 2º .....

§ 3º .....



Conselho Estadual de Saúde/PA

## CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ

§ 4º O Secretário Adjunto da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública exercerá as funções de Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde, sendo também o substituto do Presidente, em seus impedimentos.

§ 5º Ao Presidente caberá exercer o voto de qualidade, em caso de empate, bem como a prerrogativa de representar o Conselho e aprovar, ad referendum, matérias relevantes e urgentes que posteriormente deverão ser submetidas ao Plenário do Conselho, na reunião ordinária subsequente.

§ 6º A representação dos usuários dar-se-á sempre de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente a Lei nº 6.110, de 19 de janeiro de 1998.

PALÁCIO DO GOVERNO, 10 de julho de 2001

ALMIR GABRIEL  
Governador do Estado



Conselho Estadual de Saúde/PA



DIÁRIO OFICIAL Nº. 31406 de 27/04/2009

**GABINETE DA GOVERNADORA**  
L E I Nº 7.264, DE 24 DE ABRIL DE 2009

Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde na forma do art. 265, VI, da Constituição Estadual, e dá outras providências.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I**  
**DA DEFINIÇÃO E FINALIDADE**

Art. 1º O Conselho Estadual de Saúde (CES), criado e organizado na forma que estabelece o art. 265, VI, "a" e "e", da Constituição do Estado do Pará e a Lei Federal nº 8.142/90, constitui órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito estadual.

Art. 2º O CES tem por atividade principal atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Parágrafo único. Os segmentos que compõem o CES são escolhidos para representar a sociedade como um todo, e não apenas representar a entidade que o indicou, objetivando sempre o aprimoramento do Sistema Único de Saúde - SUS estadual.

**CAPÍTULO II**  
**DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 3º O CES será constituído por vinte e oito membros titulares, com seus respectivos primeiros suplentes, tendo sua composição estabelecida através de Fórum Específico, de forma autônoma, em plenárias por segmentos conforme disposto na Lei Federal nº 8.142/90, respeitada a paridade estabelecida na Resolução nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A escolha das entidades dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de trabalhadores de saúde, da comunidade científica da área da saúde, das entidades gestoras e prestadoras de serviços de saúde conveniadas com o Sistema Único de Saúde que indicarão seus representantes para compor o Conselho Estadual de Saúde - CES, será feita por meio de processo eleitoral, que terá seus critérios definidos em regimento próprio a ser realizado a cada dois anos, contados a partir da primeira eleição, coordenado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 4º O CES será composto por representações de usuários, de trabalhadores de saúde, de gestores e Governo, e de prestadores de serviços de Saúde, distribuídos da seguinte forma:

I - 50% de entidades de usuários;

II - 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;

III - 25% de representação de gestores, sendo o Secretário de Estado de Saúde membro nato, de prestadores de serviços de saúde filantrópicos, ou privados conveniados com o SUS, e de representantes da comunidade científica da área da saúde.

Parágrafo único. No processo de escolha da representação de órgãos ou entidades para compor o CES deverão ser observados os seguintes critérios:

- a) a representatividade coletiva;
- b) a abrangência estadual da atuação do órgão ou entidade;
- c) a complementaridade do conjunto de forças sociais no âmbito de atuação do CES;
- d) constituição das entidades civis, que tenham, no mínimo, dois anos de comprovada existência e efetivo funcionamento.

Art. 5º O mandato dos conselheiros no CES será de dois anos, admitindo-se recondução por igual período a critério das respectivas representações.

Art. 6º A função de conselheiro não será remunerada a qualquer título, sendo seu exercício considerado de relevância pública.

Art. 7º Fica assegurada aos conselheiros servidores públicos a prerrogativa da inamovibilidade.

### **CAPÍTULO III DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO**

Art. 8º O CES terá como estrutura interna:

- a) o Plenário;
- b) a Mesa Diretora;
- c) Secretaria Executiva.

Art. 9º O plenário é composto pelo conjunto dos conselheiros e conselheiras e é órgão de deliberação máxima do CES:

I - cada conselheiro terá direito a um único voto;

II - as decisões do CES serão consubstanciadas em resolução que serão homologadas pelo Chefe do Poder Executivo ou pelo titular da Secretaria de Estado de Saúde Pública, no prazo de vinte dias, e encaminhadas para a Secretaria do CES, que providenciará sua publicação no Diário Oficial do Estado;

III - será substituído o conselheiro que deixar de participar de três reuniões consecutivas ou cinco alternadas sem justificativa comunicada a sua entidade para proceder a sua substituição;

IV - cada segmento representativo de trabalhadores e usuários deliberará quando da necessidade de substituição de seu representante no CES;

V - fica expressamente proibido aos conselheiros indicados ocupar cargo ou função gratificada em qualquer esfera de governo, excetuada a representação governamental.

Art. 10. O plenário do CES deverá se reunir, no mínimo, uma vez a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, devendo regular seu funcionamento por regimento interno.

§ 1º As reuniões plenárias do CES deverão ter datas previamente estabelecidas e amplamente divulgadas.

a) toda reunião do CES e da CIB deverá ser comunicado ao Presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Pará, bem como aos membros da Comissão de Saúde.

§ 2º As Sessões Plenárias do CES instalar-se-ão com a presença da maioria absoluta dos seus membros sendo necessário, para fins de deliberação, a manutenção do quorum inicial.

§ 3º As Sessões Plenárias serão presididas pelo Presidente, e no seu impedimento, pelo Vice-Presidente, pelo Primeiro Secretário e pelo Segundo Secretário, respectivamente. No impedimento ou ausência desses, a Sessão Plenária será presidida por qualquer dos conselheiros por decisão do plenário.

Art. 11. A Mesa Diretora é escolhida pelo plenário, dentre os seus membros, tendo como atribuição coordenar e executar as atividades necessárias ao bom andamento e cumprimento dos objetivos do CES, bem como as que lhe forem atribuídas pelo Plenário, conforme estatuir o regimento interno, e é composta por:

I - Presidente;

II - Vice-Presidente;

III - 1º Secretário;

IV - 2º Secretário.

Parágrafo único. A Mesa Diretora será eleita em plenário e respeitará a paridade expressa no art. 4º desta Lei, e será assumida revezadamente a cada dois anos, intercalando os representantes dos segmentos, inclusive o cargo de Presidente.

Art. 12. A Secretaria Executiva, apoiará técnica e operacionalmente as ações do CES.

Parágrafo único. O Governo do Estado, através da Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESP, deverá garantir autonomia para o pleno funcionamento do CES, incluindo dotação orçamentária específica para manter sua Secretaria e Estrutura Administrativa.

Art. 13. O Conselho Estadual de Saúde define por deliberação de seu plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal, inclusive a Assessoria Técnica, conforme preceitos legais do SUS.

Art. 14. O CES poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem das reuniões.

Art. 15. A nomeação dos membros do CES far-se-á, mediante decreto, expedido pelo Chefe do Poder Executivo, no prazo máximo de quarenta e cinco dias, a contar da comunicação oficial dos novos nomes apresentados para composição do conselho.

Parágrafo único. Caso o Chefe do Poder Executivo não efetue a nomeação dos membros do conselho no prazo estipulado acima, considerar-se-ão os conselheiros indicados habilitados para compor o referido conselho.

#### **CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA**

Art. 16. Ao CES compete:

I - implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade paraense, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde;

II - elaborar o regimento interno do conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferência Estadual de Saúde;

IV - atuar no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS estadual, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VII - analisar, aprovar, fiscalizar e acompanhar o Plano Estadual de Saúde, cabendo ao regimento interno determinar a periodicidade;

VIII - deliberar sobre o fortalecimento e consolidação do SUS estadual, mediante a execução de programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde;

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

X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS estadual;

XI - acompanhar e controlar os contratos e convênios, conforme as diretrizes do Plano Estadual de Saúde;

XII - opinar em relação a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observada ao princípio do processo de planejamento e orçamento;

XIII - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Estadual de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

XIV - fiscalizar e controlar gastos em relação a critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo Estadual de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Tesouro Estadual;

XV - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão da Direção Estadual do SUS, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;

XVI - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde estadual e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;

XVII - examinar propostas e denúncias de irregularidades, responder no âmbito estadual as consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde executados, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações da Comissão Intergestores Bipartite - CIB;

XVIII - estabelecer critérios para a realização das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, explicitando deveres e papéis dos conselhos nas pré-conferências e conferências de saúde;

XIX - acompanhar e fiscalizar os critérios estabelecidos para realização do Fórum Específico do processo eleitoral de escolha das entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde;

XX - estimular articulação e intercâmbio entre os CES e entidades governamentais, visando à atenção da saúde;

XXI - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do SUS estadual;

XXII - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do CES, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

XXIII - apoiar e promover a educação para o controle social, buscando enfatizar no processo de capacitação dos conselheiros: a situação epidemiológica, a organização

do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do CES, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;

XXIV - avaliar a política de Gestão do Trabalho e de Educação Permanente em Saúde para o SUS estadual;

XXV - acompanhar a execução das deliberações constantes do relatório das plenárias do CES.

Parágrafo único. Nas situações de impedimento para o funcionamento do Conselho de Saúde em determinado município, caberá ao CES adotar junto ao Executivo Municipal e demais autoridades públicas, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a definição da composição do Conselho Municipal.

## **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 17. O processo eleitoral que se refere ao parágrafo único do art. 3º para escolha das entidades que comporão o Conselho Estadual será realizado em até noventa dias contados da publicação desta Lei.

Parágrafo único. Caberá a Secretaria de Estado de Saúde Pública designar um Grupo de Trabalho Executivo que, com apoio da Secretaria Executiva do CES, preparará o processo eleitoral de escolha das entidades, bem como a posse dos novos membros eleitos, conforme prazo definido no caput do art. 17.

Art. 18. O atual regimento interno deverá ser reformulado no prazo máximo de noventa dias após a promulgação desta Lei.

Parágrafo único. As revisões do regimento interno poderão ser propostas por quaisquer dos conselheiros, sendo considerados sua aprovação por, no mínimo, dois terços da composição do CES.

Art. 19. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta da previsão orçamentária da Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA, suplementadas se necessário, e integrarão o cronograma de previsão orçamentária desta Secretaria.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogada a Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, com as modificações introduzidas pela Lei nº 6.370, de 10 de julho de 2001.

PALÁCIO DO GOVERNO, 24 de abril de 2009.

**ANA JÚLIA DE VASCONCELOS CAREPA**  
Governadora do Estado

V CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ  
11 e 14 de março de 2001 - Auditório do Centur - Belém - Pa

RELATÓRIO DAS ENTIDADES PARTICIPANTES

Convocada pela resolução nº 42 de 22/11/00, do Conselho Estadual de Saúde do Pará, e publicada no Diário Oficial nº 29.345 de 29/11/00, foi realizada entre os dias 11 e 14 de março do corrente ano, a V Conferência Estadual de Saúde do Pará.

O tema foi o mesmo da 11ª Conferência Nacional de Saúde: "Efetivando o SUS: acesso, humanização e qualidade com controle social".

Dentre os objetivos da conferência está a escolha das entidades que vão compor o Conselho de Saúde para o próximo biênio, conforme Lei Estadual nº 5.751/93 e Lei 6.110/98, que altera o artigo 3º, Caput da Lei 5.751/93. As entidades que compõe o Conselho devem representar os seguintes segmentos: Usuários, 10 entidades (50% do total), Trabalhadores de Saúde 05 entidades (25% do total) e Prestadores Públicos e Privados, 05 entidades (25% do total).

**11/03. Domingo.**

De um total de 876 delegados, foram credenciados, entre titulares e suplentes, até o dia 12/03, às 15 horas, 779 delegados, sendo: 392 do segmento dos Usuários, 194 dos Trabalhadores em Saúde, e 193 representantes do segmento dos Gestores e Prestadores de Serviço de Saúde. Dos 143 municípios do Estado do Pará, 138 participaram do evento.

**A VOTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO**

Conforme previsto na Programação, o debate para a aprovação do Regimento Interno iniciou-se às 15 horas, sendo a Mesa dirigida pelos conselheiros Everaldo Martins, coordenador e Carlos Marques, como secretário. Um pedido de "destaque geral" sobre a Constituição do CES/PA, como instância de controle social, por entidades constituídas ou entidades legalmente constituídas, gerou divergência no Plenário.

Em votação por contraste, não foi possível à Mesa diferenciar o resultado, o que gerou muita confusão, tendo parte do Plenário alterado seus ânimos. Por este motivo a Mesa suspendeu a reunião, convocando uma outra para acordo entre as partes.

Foi acordado que, de cada lado do auditório, conforme a preferência, os Delegados fariam fila e votariam, após rubrica no crachá. A Mesa, então, retomou os trabalhos e deu encaminhamento à votação. Venceu a proposição entidades legalmente constituídas, com 223 a 198 votos, com algumas abstenções. Após ser informado o resultado da votação, a apreciação do Regimento foi, então, suspensa para que ocorresse a Abertura Oficial da V Conferência Estadual de Saúde do Pará.

**A SOLENIDADE DE ABERTURA**

Como fez em 1998, quando da abertura da IV Conferência, o governador do Estado do Pará, o médico Almir Gabriel, não se fez presente na Solenidade de Abertura deste evento. Não mandou, sequer um representante. A explicação para este descaso está explicada no fato de que em seu governo a Saúde é apenas um apêndice de um órgão chamado de Secretária Especial de Proteção Social, cujo titular também não compareceu a abertura deste importante evento.

A Solenidade de Abertura foi presidida pelo secretário executivo de Saúde do Estado, que por Lei também é presidente do Conselho Estadual de Saúde do Pará, o Sr. Eduardo Loureiro. Edmilson Rodrigues, prefeito municipal de Belém, cidade sede do evento, pronunciou-se para dar as boas vindas a todos os Delegados e Delegadas.

Manifestando-se em nome do CES/PA, o conselheiro estadual de Saúde Paulo de Tarso Oliveira, representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT), fez uma avaliação da atuação do Conselho Estadual (gestão 1998 e 2000), com um balanço da Descentralização da Saúde no

*[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including names like Rof Venio, MCA, and others.]*

Pará. Por fim festejou, com ponderações, os dez anos do Sistema Único de Saúde, o SUS. A Banda de Música da Polícia Militar do Pará deu o tom alegre e comemorativo da Cerimônia de Abertura.

### 12/03. Segunda-feira.

Após composição da Mesa, o segundo dia foi aberto com a explicação, para o Plenário, de que o debate e a aprovação do Regimento Eleitoral seria realizado em outro horário da programação, garantindo, assim a continuação dos trabalhos científicos. A Mesa "Modelo Assistencial, humanização e equidade", contou com a presença de Alcindo Ferla, do Rio Grande do Sul e de Ana Costa, da Universidade de Brasília. Desta forma foram cumpridas as tarefas da manhã. À tarde houve painéis e trabalhos de grupos.

### A VOTAÇÃO DO REGIMENTO ELEITORAL

No Final da tarde, às 18h30, foi reaberta a discussão do Regimento Eleitoral, desta vez coordenada pelo conselheiro Valdir Cardoso. Um acordo, reunindo interesses dos lados opostos, garantiria a continuidade dos trabalhos. Mas o primeiro grupo insistiu manter a alteração no Regimento "entidades legalmente constituídas". O grupo opositor alertou sobre o Recurso de Votação que estava sendo encaminhado contra o Regimento Interno aprovado. Este Recurso seria protocolado por entidades que discordavam da simples legalidade e que lutam por legalidade e legitimidade, como, aliás, compreende a resolução nº 19 do CES/PA.

Durante a leitura o assunto foi destacado e colocado para votação em Plenário. Por contraste claro, testemunhado por todos e definido pelo coordenador da Mesa, venceu a proposta de manutenção do texto "entidades constituídas", para a composição da chapa que concorreria ao CES/PA, gestão 2001 e 2002. O lado perdedor entrou com Recurso, agora contra o Regimento Eleitoral, tentando de várias formas inviabilizar a realização da Conferência.

### 13/03. Terça-feira.

Os trabalhos do terceiro dia da V Conferência iniciaram em clima de normalidade, às 08h30. A Mesa "Financiamento" contou com a presença do dr. Gilson Carvalho, representante do CONASS, e a Mesa "Controle Social" com as professoras Eleonora Menecucci, da Escola Paulista de Medicina/UFSP e Laura Tavares, da UFRJ.

### UMA TRISTE TENTATIVA DE GOLPE

Pela tarde, as divergências do último Plenário prejudicou em muito a realização dos trabalhos de grupo. Para tentar garantir os trabalhos da Conferência, representantes de cada grupo opositor (de um lado o conselheiro José Manoel Marques, e de outro os conselheiros Paulo de Tarso, Elizabeth Siqueira e Socorro Silva), reuniram-se e ficou acertado um novo acordo: a leitura e a aprovação do Regimento Eleitoral obedeceriam à seqüência da véspera e os recursos seriam apreciados em Plenário no quarto e último dia do evento.

A Mesa conduziu a sessão, às 18h00. Mas uma tentativa de manobra de última hora, propondo imediata apreciação dos recursos em Plenário, foi recusada pela Mesa, que encerrou a plenária daquele dia, aprovando, enfim, o Regimento Eleitoral.

Após encerramento oficial dos trabalhos daquele dia, o coordenador e o secretário levantaram-se da Mesa. No Plenário, todos os que votaram na proposta vencedora também saíram, permanecendo no auditório apenas a minoria, chamada legalista.

Aproveitando-se da ausência dos opositores, os conselheiros José Manoel, que e Paulo Monteiro, subiram até o palco e, de forma ilegal e arbitrária, portanto anti-regimental e contra-institucional, "destituíram" a Comissão Organizadora da V Conferência Estadual de Saúde do Pará, "instalando" uma nova Mesa, rompendo acordo antes estabelecido entre as partes.

Parte dos Delegados e Delegadas que haviam saído do Plenário, quando do término dos trabalhos, e que ainda se encontravam na saída do mesmo, voltaram e questionaram aquela atitude ditatorial e antidemocrática. Mas a intransigência dos senhores José Manoel e Paulo Monteiro, comparada a dos generais golpistas de 1964, que faziam uso da massa desassistida

*R. J. V. V.*  
*Paulo Monteiro*

*Paulo Monteiro*  
*Paulo Monteiro*

*Paulo Monteiro*

*Paulo Monteiro*

*Paulo Monteiro*

para impor falsa ordem, gerou grande tumulto entre os presentes, os quais subiram até o palco do auditório impedindo que a Mesa ilegal desse início aos trabalhos.

O Dr. José Manoel de Souza Marques, Secretário Adjunto de Saúde do Estado do Pará e membro da Comissão Organizadora, e o do Dr. Paulo Monteiro, representante do Sindicato dos Proprietários de Estabelecimentos de Saúde do Pará (o SINDESSPA), e membro da Secretaria Executiva da V Conferência, poderiam ter sido autores de grande tragédia. Suas atitudes deram início a um grande confronto entre pessoas que estavam ali para participar de uma conferência de Saúde. O mau exemplo destes dois conselheiros é cópia fiel dos militares golpistas que em países como Chile e Argentina e Brasil, só acentuaram o estado de miséria em que vivem as classes mais baixas, favorecendo, por outro lado, aos ricos e, claro, a si próprios. Não se deve, de forma alguma deixar passar em branco o que fizeram estes dois conselheiros estaduais de Saúde.

Indisposto a fazer um acordo o Sr. Eduardo Loureiro, na condição de secretário estadual de Saúde, convocou os parlamentares da base governista na Assembléia Legislativa do Estado, além de soldados do Batalhão de Choque, da Cavalaria e do Canil, da Polícia Militar do Estado, que fizeram movimentos nas ruas em torno do prédio, no subsolo e no hall de entrada do auditório do Centur. Por fim o secretário chamou o Ministério Público Estadual.

Os três representantes do MPE, Claudomiro Miranda, Gilberto Miranda e João Gualberto, sabiamente mediaram a questão, encaminhando a decisão dos recursos para o dia seguinte. Decidiram que haveria uma nova votação e que a mesma seria secreta, em Plenário. No que foram muito aplaudidos.

Já por volta das 23h30, sob a vigilância de policiais militares, Delegados e Delegadas desocuparam as dependências do Centur.

#### 14/03. Quarta-feira.

O dia 14 amanheceu com filas no hall de entrada do Auditório. O acesso às dependências internas do Centur passou a ser controlado por forças armadas. Caminhões de soldados, a cavalaria e o canil da Polícia Militar do Estado faziam uma estranha vigilância aos Delegados e Delegadas.

Por decisão da Comissão Organizadora da V Conferência e aval do Ministério Público do Estado, na incumbência de preservar a lisura do processo, um novo credenciamento foi feito com início às 10h30. Um crachá de cor azul e tamanho maior era entregue a cada Delegado e Delegada que deveria ser usado, tanto para votar, quanto para se ter acesso ao Auditório do Centur, juntamente com o primeiro crachá.

#### SUMIRAM 45 CRACHÁS

Mas, às 12h30, quando foram suspensos, temporariamente, os trabalhos de credenciamento as conselheiras Socorro Silva, coordenadora geral, Elizabeth Siqueira, relatora geral e Nonato Verício, membro da Secretaria Executiva, denunciaram o desaparecimento de 45, dos novos crachás. Propôs-se a verificação da quantidade de Delegados e Delegadas, presentes antes da votação. A SESP e a Promotoria não aceitaram a proposta.

Às 14h30 retornou-se aos trabalhos do Plenário. O Ministério Público do Estado estava ali representado por três promotores Claudomiro Miranda, Gilberto Miranda e João Gualberto e o governo do Estado, pelo Sr. Eduardo Loureiro, conselheiro, presidente do CES/PA e secretário estadual executivo de Saúde do Pará.

#### MUDANÇA DE DECISÃO: VOTO ABERTO

Os representantes do Ministério Público do estadual decidiram mudar a forma de votação, proposta por eles mesmos, no dia anterior. Informaram os promotores públicos do Estado que a mesma já não seria mais secreta, mas sim aberta. Os votantes deveriam assinar seus nomes ao lado da proposta que defendiam (1 para "legalidade" ou 2 para "legalidade e legitimidade") sob o olhar atento de um promotor e um conselheiro do CES. Esta mudança de decisão levantou suspeita quanto aos integrantes daquele Poder, que estavam ali na condição de garantir a

RSP Verico 3  
Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten mark

seriedade do processo eleitoral. Pressões do governo do Estado foram os possíveis motivos desta mudança de decisão.

A Mesa foi composta pelos conselheiros Paulo de Tarso e Paulo Monteiro, encaminhando a forma de votação aberta. Para cada segmento havia uma mesa receptora de votos.

Ainda foi apresentada pela Mesa proposta de se manter a votação secreta, que obviamente foi recusada.

Ficou então determinado que a proposta da "legalidade" seria a opção nº 1 e a proposta "legalidade e legitimidade" seria a nº 2. Foram formadas três Mesas de Votação, conforme o segmento: uma para acatar os votos de gestores e prestadores; outra para trabalhadores e a terceira somente para o voto dos usuários. No momento do voto, o Delegado e a Delegada. Deveria mostrar os dois crachás e um documento de identidade. Em seguida assinariam seus nomes conforme sua votação. Em cada mesa receptora havia um promotor e um conselheiro do CES/PA.

### O RESULTADO E A RECONTAGEM.

A votação aconteceu e a apuração foi imediata. No segmento dos Gestores e Prestadores a proposta da "Legalidade" (nº 1), alcançou um total de 135 votos, enquanto que a de nº 2 (Legalidade e Legitimidade), alcançou apenas 43. O contrário se deu nos segmentos dos Trabalhadores, onde a nº 1 ("Legalidade"), fez apenas 80 votos e a nº 2, (Legalidade e Legitimidade), 110 e nos Usuários, onde a opção "Legalidade e Legitimidade" obteve 194 e "Legalidade", apenas 124.

No total, a opção "Legalidade e Legitimidade" obteve 347 votos, contra apenas 339 da "Legalidade".

Informados os resultados das três Mesas receptoras, iniciou-se nova polêmica. Os derrotados pediram recontagem dos votos. Nova contagem foi feita. No segmento de Gestores e Prestadores foram mantidos os números da primeira contagem. O mesmo aconteceu no dos Trabalhadores. Já no segmento dos Usuários a opção "Legalidade" tinha um voto a menos, isto é, apenas 123, confirmando a vitória da opção "Legalidade e Legitimidade".

Inconformados, o secretário de Saúde e seus assessores, na tentativa de convencer os promotores públicos à não assinarem a Ata do Processo Eleitoral, convocou, outra vez, seu batalhão de parlamentares governistas. Já eram 23h30. Após longa discussão os representantes do Ministério Público Estadual não cederam às pressões e assinaram a Ata.

Anunciado oficialmente o resultado houve a retirada em bloco dos representantes do governo do Estado. Ficando apenas os três representantes do Ministério Público Estadual, o secretário estadual de Saúde, postou-se ao lado de fora do Auditório.

Os mais de 400 (quatrocentos) Delegados e Delegadas sob a coordenação de 12 (doze) conselheiros estaduais de Saúde, presentes naquele Plenário, aprovaram as seguintes propostas:

1. Convocação de uma Plenária Estadual de Saúde, em Belém, para aprovação do Relatório Final da V Conferência Estadual de Saúde e Eleição do novo CES/PA, gestão 2001 e 2002;
2. Prorrogação do mandato dos atuais conselheiros e conselheiras;
3. Convocação de reunião extraordinária do Conselho Estadual de Saúde para o dia 27/03/01.

### COMO EM ELDORADO DOS CARAJÁS

Um fato lamentável foi presenciado por muitos dos que estavam no hall de entrada do Auditório: o senhor Eduardo Loureiro, secretário de Saúde do Estado, ordenou, em sua saída, aos oficiais do Batalhão de Choque que entrassem nas dependências do Auditório e retirassem de lá os participantes da Conferência, de qualquer maneira, pois dizia estar extremamente cansado.

Aconselhado pelas pessoas ali presentes para que usasse o bom senso, pois mandar os policiais naquelas condições poderia causar uma grande tragédia, ambos reafirmaram suas ordens, para que o Batalhão de Choque entrasse e expulsasse de lá a todos, indiscriminadamente.

Rafael 4  
Rosa

Walter  
EWS  
MS

Tal tragédia só não chegou a acontecer, porque os Delegados e Delegadas saíram, antes dos soldados cumprirem a tresloucada ordem do secretário Eduardo Loureiro.

Na saída, com a certeza do dever cumprido, já às primeiras horas da madrugada, do dia 15 de março, o intolerante governo do Estado enfileirou sua Tropa de Choque ao redor dos que por eles passavam. A música da PM que na Abertura da Conferência muito alegrou a todos, agora era outra: a pisada forte dos soldados marcava a ameaça militar, o ruído metálico dos escudos encontrando-se lateralmente, no compasso da marcha, mais do que para intimidar, era para apavorar.

Um aparato de policiais, normalmente utilizado para a captura de narcotraficantes, foi ali posicionado para intimidar os corajosos militantes da saúde, feitores do Controle Social.

Além daquele corredor de policiais do Batalhão de Choque da PM, cães latiam. Assustados, ninguém reagiu à provocação.

Assinam este relatório:

Pedro Paracatu de Oliveira et al  
SINDESSPA

Maria Elizabeth Carlos Siqueira  
SINDESSPA

Rapunzel Trindade Souza  
SINTPREVS

Ramonde Norberto Vericio  
SINTESP

[Signature]  
SINDMEPA  
CUT

Camon Helena Ferreira Joro  
FETAGRI

[Signature]  
APPD

Uesley Alberto P. Albuquerque  
CMP

Maria Eunice Figueiredo Guedes  
FÓRUM DE MULHERES

Odilene do Socorro P. Silva  
PLENÁRIA DE SAÚDE

[Signature]  
REDE AMBIENTALISTA

[Signature]  
ADECAN

PASTORAL DA CRIANÇA

[Signature]  
CGT

PAU - P. P. I - [Signature]

# MINISTÉRIO DO GOVERNADOR

## DECRETO DE 23 DE MARÇO DE 2001.

O Governador do Estado do Pará, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual, e considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 19 da Constituição Federal e art. 263 da Constituição Estadual; considerando que o art. 198, inciso III, da Constituição Federal e art. 4º, inciso II, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determinam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde; considerando que o art. 3º da Lei nº 6.110, de 19 de novembro 1998, prevê que a composição do Conselho Estadual de Saúde é definida pela Conferência Estadual de Saúde; considerando que essa composição deve respeitar a paridade estabelecida em lei; considerando que a V Conferência Estadual de Saúde, realizada no período de 11 a 14 de março de 2001, não definiu a composição do referido Conselho; considerando que o art. 4º, inciso II, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina que os Estados, para receberem recursos do Fundo Nacional de Saúde, deverão contar com um Conselho de Saúde em funcionamento; considerando ser necessário garantir a continuidade na consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado do Pará; considerando a possibilidade da ocorrência de irreparáveis prejuízos à população do Estado, ante o embaraço no implemento de políticas de saúde e para garantir a continuidade na consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado do Pará,

### RESOLVE:

- Art. 1º Designar, até que sejam definidas em Conferência Estadual de Saúde, para comporem o Conselho Estadual de Saúde, as Entidades abaixo relacionadas, com a finalidade, dentre outras, de atender ao disposto no art. 3º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, alterado pela Lei nº 6.110, de 19 de janeiro de 1998:
- I - segmento dos prestadores de serviços de saúde pública e privada - 25% (cinco vagas):
    - dois representantes da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública - SESPA;
    - dois representantes do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Pará - COSEMS/PA;
    - um representante do Sindicato dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Estado do Pará - SINDESSPA;
  - II - segmento dos trabalhadores de saúde - 25% (cinco vagas):
    - um representante da Associação Brasileira de Odontologia - Seção Pará - ABO/PA;
    - um representante do Conselho Regional de Farmácia - Seção Pará;
    - um representante da Sociedade Parense de Ginecologia e Obstetrícia;
    - um representante da Sociedade Parense de Pediatría;
    - um representante do Sindicato dos Médicos do Pará - SINDMEPA;
  - III - segmento dos usuários - 50% (dez vagas):
    - um representante do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids - GAPA;
    - um representante da Federação de Trabalhadores na Agricultura do Pará e Amapá - FETAGRI;
    - um representante da Pastoral da Criança - CNBB;
    - um representante da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária - Seção Pará;
    - um representante da Associação Parense de Portadores de Deficiência - APPD;
    - um representante da Federação de Centros Comunitários e Associações de Moradores do Estado do Pará - FECAMPA;
    - um representante da Federação das Sociedades Beneficentes do Estado do Pará;
    - um representante da Associação Amazônica Evangélica;

- um representante da Associação Voluntariado de Apoio à Oncologia;
  - um representante da Federação das Associações de Aposentados e Pensionistas do Estado do Pará - FAAPPA.
- Parágrafo único. Dentro do prazo de 10 (dez) dias, contados da publicação deste Decreto, as Entidades supra referidas deverão enviar relação nominativa de seus respectivos representantes (titulares e suplentes) à Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública para fins de nomeação.
- Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.
- Art. 3º Ficam revogadas as disposições em contrário.
- PALÁCIO DO GOVERNADOR, 23 de março de 2001.
- ALMIR GABRIEL  
Governador do Estado

## DECRETO DE 23 DE MARÇO DE 2001

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual, e considerando os fundamentos de direito contidos no Processo n.º 34.946/1997-SEDUC;

Considerando os termos do Parecer n.º 180/2001 da Consultoria Geral do Estado,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, "ex officio", ELYS CRISTINA CAVALEIRO DE MACEDO DOS SANTOS, matrícula n.º 0651508-016, do cargo de Professor, Código GEP-M-AD1.401, lotada na Secretaria Executiva de Estado de Educação.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 31 de agosto de 1991.

PALÁCIO DO GOVERNADOR, 23 DE MARÇO DE 2001

ALMIR GABRIEL  
Governador do Estado

## DECRETO DE 23 DE MARÇO DE 2001

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual, e considerando os fundamentos de direito contidos no Processo n.º 51761/99-SEDUC;

Considerando os termos do Parecer n.º 181/2001 da Consultoria Geral do Estado,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, "ex officio", LEIDE FERNANDES DA SILVA do cargo de Professor, Código GEP-M-401.1, lotada na Secretaria Executiva de Estado de Educação.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 22 de julho de 1989.

PALÁCIO DO GOVERNADOR, 23 DE MARÇO DE 2001

ALMIR GABRIEL  
Governador do Estado

## DECRETO DE 23 DE MARÇO DE 2001

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual, e considerando os fundamentos de direito contidos no Processo n.º 98418/96-SEDUC;

Considerando os termos do Parecer n.º 175/2001 da Consultoria Geral do Estado,

RESOLVE:

Art. 1º Exonerar, "ex officio", ELLANA CUTRIN SERRA AROUCHA, matrícula n.º 0454753-010, do cargo de Agente Administrativo, lotada na Secretaria Executiva de Estado de Educação.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 2 de janeiro de 1996.

PALÁCIO DO GOVERNADOR, 23 DE MARÇO DE 2001

ALMIR GABRIEL  
Governador do Estado



Secretaria Oficial do Estado  
diario@ioepa.com.br

### DIRETORIA ADMINISTRATIVA, REDAÇÃO E PARQUE GRÁFICO

Terra do Cavalo, nº 2271 - Marco  
CEP: 66.090-120 - Belém - Pará  
PABX: 246-7885 - Redação (fax): 255-2882

Diretor Presidente em exercício

**JOSÉ NÉLIO FALHETA**

Diretor Administrativo e Financeiro

**ANA CLÁUDIA MEDeiros**

Diretor Técnico

**LAÉRCIO OLIVEIRA DA SILVA**

Diretor de Documentação e Expediente

**CLAUDIO ROCHA**

# T A B E L A

## ASSINATURAS E PUBLICAÇÕES

ASSINATURA SEMESTRAL: Na capital:

R\$ 50,00 - Outras cidades: R\$ 156,00

ASSINATURA ANUAL: Na capital:

R\$ 100,00 - Outras cidades: R\$ 312,00

PUBLICAÇÕES: Centímetros e col. de 8cm:

Valor: R\$ 23,00.

COMPOSIÇÃO

Centímetros e col. de 8cm: R\$ 4,00

FOTOLITO

Centímetros e col. de 8cm: R\$ 2,00

PREÇO DO EXEMPLAR

R\$ 0,40

RECLAMAÇÕES

24 horas após a circulação do Diário e 5

dias nos Municípios e outros Estados.

OFÍCIOS ou MEMORANDOS

Deverão acompanhar as publicações.

PAGAMENTOS

Em Cheque Nominal à IMPRENSA

OFICIAL DO ESTADO

OBSERVAÇÃO

As assinaturas do DIÁRIO OFICIAL não são

diretas ao recebimento de CADEFINOS

ESPECIAIS, elaborados exclusivamente para

distribuição aos órgãos interessados.

As assinaturas para publicação serão recebidas

imprescindivelmente até as 16 horas.

# GABINETE DO GOVERNADOR

GOVERNADOR: ALMIR JOSÉ DE OLIVEIRA GABRIEL  
PALÁCIO DOS DESPACHOS ☎ (91) 248-1038

## DECRETO DE 11 DE ABRIL DE 2001

Nomeia membros titular e suplente, para comporem o Conselho Estadual de Saúde. O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual, e Considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição Federal e art. 263 da Constituição Estadual; Considerando que o art. 198, inciso III, da Constituição Federal, e art. 4º, inciso II, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determinam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde; Considerando que o art. 1º da Lei nº 6.110, de 19 de janeiro de 1998, que dá nova redação ao art. 3º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, prevê que a composição do Conselho Estadual de Saúde é definida pela Conferência Estadual de Saúde; Considerando que os fatos ocorridos na V Conferência Estadual de Saúde, realizada no período de 11 a 14 de março do corrente ano, impediram a deliberação, pela Plenária, dos membros para comporem o Conselho Estadual de Saúde; Considerando que o art. 4º, inciso II, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina que os Estados, para receberem recursos do Fundo Nacional de Saúde, deverão contar com um Conselho de Saúde em funcionamento; Considerando que é necessário garantir a continuidade da consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado do Pará, sob pena de prejuízos irreparáveis à população, ante o embaraço no implemento de políticas de saúde; Considerando, ainda, os termos dos Decretos datados de 23 de março e 5 de abril de 2001,

### RESOLVE:

Art. 1º. Nomear os membros a seguir discriminados, para comporem o Conselho Estadual de Saúde:

I - Segmento dos prestadores de serviços de saúde pública e privada:

1. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública - SESPA

Titular: Eduardo Luiz da Silva Loureiro (Presidente do Conselho)

Suplente: José Manoel de Souza Marques

Titular: Raimundo Nonato Bittencourt Sena

Suplente: Fernando Antônio Matos

2. Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Pará - COSEMS/PA

Titular: Miguel Gomes Filho

Suplente: Margareta Maria Cunha Nassar

Titular: Emílio da Silva Barbosa Júnior

Suplente: Matiza Vilela Freitas Lacerda

3. Sindicato dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Estado do Pará - SINDESSPA

Titular: Paulo Fernando da Silva Monteiro

Suplente: Izma Esterina de Oliveira

II - Segmento dos Trabalhadores de Saúde:

4. Associação Brasileira de Odontologia - Seção Pará - ABO/PA

Titular: Amaldo Mário Fries Ziniga

Suplente: Genildo Freire dos Santos

5. Conselho Regional de Farmácia - Seção Pará

Titular: Walter da Silva Jorge João

Suplente: Pirajaguira Pereira Ferraro

6. Sociedade Paraense de Ginecologia e Obstetrícia

Titular: Nelson Luiz de Oliveira Santos

Suplente: Ilcioni Gomes Pereira

7. Sociedade Paraense de Pediatria

Titular: Clóvis José Vieira da Silva

Suplente: Raimunda Nazare Monteiro Lustosa

8. Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará

Titular: Orlyda da Costa Bezerra

Suplente: Laudimmar Mendes

III - Segmento dos Usuários:

9. Grupo de Apoio à Prevenção à Aids - GAPA

Titular: Guilherme Roberto Ferreira Vianna Filho

Suplente: Francisco Rodrigues dos Santos

10. Força Sindical

Titular: Roberto dos Santos

Suplente: Alberto Alexandre dos Santos

11. Pastoral da Criança - CNBB

Titular: Maria das Graças Alves Araújo

Suplente: Myrsi Mary Pedrosa Nunes

12. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental - Seção Pará

Titular: Gilberto Olival Vaz Grap de Souza

Suplente: Haroldo Luiz Pessoa Picanço

13. Associação dos Diabéticos do Estado do Pará

Titular: Mário José Henrique Buetes

Suplente: Willa de Souza Lobato

14. Federação de Centros Comunitários e Associações de Moradores do Estado do Pará - FECAMPA

Titular: Antonia Trindade Valente dos Santos

Suplente: Sebastião Guerra Matos

15. Federação das Sociedades Beneficentes do Estado do Pará

Titular: Juvenal Pereira Valsão

Suplente: José Paulo de Jesus

16. Associação Amarcônica Evangélica

Titular: Eliana Elena Moraes Brandão

Suplente: Vanildo Ribeiro Mendonça

17. Associação Voluntariado de Apoio à Oncologia

Titular: Walter de Jesus Amaral

Suplente: Ana Maria Leão Queiroz

18. Federação das Associações de Aposentados e Pensionistas do Estado do Pará - FAAP/PA

Titular: João Sérgio Fontes do Nascimento

Suplente: Alcir da Costa Araújo

Art. 2º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º. Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO, 11 DE ABRIL DE 2001

ALMIR GABRIEL  
Governador do Estado

O GOV  
confid  
Conside  
DP-CG  
Procun  
Conside  
RESO  
Art. 1º I  
de janer  
Admini  
Art. 2º  
PALAC

O GOV  
confid  
conclui  
0104, de  
de 18 de  
R E S O  
Art. 1º I  
incisos I  
março de  
PINHEI  
SQUEI  
MACIE  
classe B  
classe D  
Art. 2º  
PALAC

O GOV  
autoriz  
de Estad  
fim de p  
de Des  
PALAC

O GOV  
autoriz  
Bombe  
curso  
Depart  
PALAC

O CH  
atribu  
CON  
RES  
exone  
Divisi  
Crian  
REGI  
CASA

O CH  
atribu  
CON  
RES  
exone  
Divisi  
Adole  
REGI  
CASA

O CH  
atribu  
CON  
RES  
exone  
Tribu

leito  
ados  
los.  
prete  
bs de  
  
fonte  
entre-



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA EXECUTIVA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ - CES/PA

RESOLUÇÃO CES/PARÁ Nº 004, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2004

O PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Constituição Estadual de 1989, Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, Decreto de Nomeação de 08 de Agosto de 2002 e o Regimento Interno do CES/PA, e

CONSIDERANDO a decisão dos membros do CES/PA em Reunião Extraordinária realizada no dia 10 de Fevereiro de 2004;

CONSIDERANDO que nos termos do § 3º do Art.5º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, as decisões do Conselho Estadual de Saúde do Pará serão consubstanciadas em Resoluções, homologadas pelo seu Presidente;

CONSIDERANDO que nos termos do inciso IX do Art. 2º da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, elaborar seu Regimento Interno dispondo sobre sua composição, organização e normas de funcionamento.

RESOLVE:

1. Aprovar o Novo Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Pará, anexo único desta Resolução.
2. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

  
FERNANDO AGOSTINHO CRUZ DOURADO  
PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Homologo a Resolução CES/PA nº 004, de 10 de Fevereiro de 2004.

  
FERNANDO AGOSTINHO CRUZ DOURADO  
SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

Homologado em 30.153  
18.03.2004

**ANEXO ÚNICO DA  
RESOLUÇÃO CES/PARÁ Nº 004, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2004**

**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ – CES/PA**

**REGIMENTO INTERNO – FEVEREIRO/2004**

**CAPITULO I  
DA INSTITUIÇÃO**

Artigo 1º - O presente Regimento Interno regula as atividades e atribuições do Conselho Estadual de Saúde do Pará – CES/PA, previsto no artigo 265, inciso VI, da Constituição Estadual e criado através da Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, publicada no Diário Oficial do Estado do Pará nº 27.510, de 14 de julho de 1993.

**CAPÍTULO II  
DOS OBJETIVOS**

Artigo 2º - O Conselho Estadual de Saúde do Pará – CES/PA é o Órgão Colegiado de deliberação superior do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado, tem caráter permanente e como objetivo básico o estabelecimento das diretrizes da política estadual de saúde bem como o acompanhamento, controle e avaliação de sua execução, em conformidade com a Constituição Estadual e com as Leis n.ºs. 8.080, de 19/09/1990 e a 8.142, de 28/12/1990.

**CAPITULO III  
DA PRESIDÊNCIA**

Artigo 3º - O Conselho Estadual de Saúde do Pará – CES/PA será presidido pelo Secretário Executivo de Saúde Pública, sendo substituído nos seus impedimentos pelo seu suplente ou, no impedimento deste, pelo Conselheiro de mais idade presente no plenário.

Artigo 4º - São atribuições do Presidente, sem prejuízo de outras funções que lhe forem conferidas pelo plenário:

- I. Representar o Conselho Estadual de Saúde do Pará CES/PA, junto aos órgãos públicos municipais, estaduais e federais e sociedade civil e jurídica em geral;
- II. Coordenar as reuniões plenárias do CES/PA;
- III. Criar mecanismos, para por em prática as deliberações emanadas das reuniões plenárias do CES/PA;
- IV. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias do CES/PA.
- V. Delibera *ad referendum* matérias relevantes e urgentes que posteriormente será submetido ao plenário na reunião seguinte.

**CAPÍTULO IV  
DA CONSTITUIÇÃO**

Artigo 5º - A constituição do Conselho de Saúde do Pará – CES/PA obedecerá à legislação estadual específica.

§ 1º - Os membros titulares e suplentes serão indicados de maneira autônoma por seus órgãos, instituições ou entidades e nomeados pelo Governador do Estado.

§ 2º - A posse se dará por ato do Presidente do Conselho Estadual de Saúde.

§ 3º - Será sumariamente dispensado o membro que, sem motivo justificado deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis alternadas no período de doze meses.

§ 4º - As respectivas Entidades dos conselheiros faltosos serão comunicados por ofício do CES/PA, a partir da segunda falta consecutiva ou quarta alternada.

§ 5º - Os Órgãos, Entidades e Instituições poderão, a qualquer tempo, propor a substituição de seus representantes mediante documentação específica dirigida ao Presidente do CES/PA.

§ 6º - No caso de impedimento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, automaticamente, assumirá o respectivo suplente com os mesmos direitos e deveres do titular.

§ 7º - Os membros suplentes, quando presentes às reuniões plenárias do CES/PA, terão assegurado direito à voz, mesmo na presença dos titulares.

§ 8º - Ao Presidente do CES/PA caberá exercer o voto de qualidade em caso de empate nas votações.

§ 9º - O exercício da função de conselheiro não será remunerada considerando-se como serviço público relevante. Os conselheiros titulares e suplentes, que participarem das reuniões ou de eventos designados pelo CES/PA, poderão ter suas despesas custeadas pelo orçamento do mesmo desde que aprovadas pelo plenário do Conselho, quando a Secretaria Executiva solicitará a dispensa do trabalho do Conselheiro a seus respectivos empregadores, bem como, fornecerá declaração de participação.

## **CAPÍTULO V DAS DIRETRIZES BÁSICAS DE ATUAÇÃO**

Artigo 6º - O Conselho Estadual de Saúde do Pará - CES/PA observará, no exercício de suas atribuições, além das previstas na legislação específica vigente que regula a matéria, diretrizes básicas de atuação, visando:

- I. Uma política de saúde pública voltada para o desenvolvimento e a complementaridade entre as dimensões previstas (saneamento básico, preservação ambiental, educação sanitária e ambiental e ações assistenciais) garantindo os serviços de saúde a toda população paraense, em observância aos princípios do SUS.
- II. A melhoria das condições ambientais e dos cuidados com a saúde pública no aspecto coletivo e individual;
- III. A integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, buscando-se um sistema de referência e contra-referência, com eficiência e eficácia, conforme as características produtivas, ecológicas e epidemiológicas de cada região do Estado;
- IV. A descentralização efetiva das ações de saúde através de mecanismos de incremento de responsabilidade a nível local na gerência do setor;
- V. O pleno funcionamento das instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde no Estado, com ampla garantia da participação popular e da democratização das decisões;
- VI. A efetivação de uma política de Recursos Humanos para o setor saúde que contemple a admissão somente através de concurso público, plano de carreira, cargos, salários e vencimentos, capacitação e educação permanente, estímulo ao tempo integral e dedicação

exclusiva, gratificação para atividades consideradas insalubres, perigosas e de risco, bem como, ao trabalho nos locais de difícil acesso.

## **CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS**

Artigo 7º – São atribuições e competências do Conselho Estadual de Saúde do Pará – CES/PA, sem prejuízo do que estabelece a legislação federal e Constituição do Estado, em seu art. 265, inciso VI, letras “a” até “e”, além do disposto no art. 2º, incisos I a XIII da Lei nº 5.751, de 13/07/1993, e demais disposições legais vigentes:

- I. Estabelecer as diretrizes da Política Estadual de Saúde, acompanhar, controlar, avaliar e fiscalizar a sua execução em âmbito estadual, propondo medidas de aperfeiçoamento e de re-direcionamento que julgar necessário;
- II. Deliberar sobre as estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do Sistema Único de Saúde no Estado, articulando-se com os demais colegiados a nível nacional e municipal;
- III. Deliberar sobre as estratégias e prioridades a serem observadas pela Secretaria Executiva de Saúde Pública na formulação do Plano Estadual de Saúde, de acordo com as propostas deliberadas na Conferência Estadual de Saúde e com a realidade epidemiológica do Estado, das regiões e dos municípios;
- IV. Avaliar e deliberar sobre o Plano Estadual de Saúde e a sua aprovação, estabelecendo mecanismos de acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização de sua execução;
- V. Garantir a participação popular no controle social do Sistema Único de Saúde, através da representação da sociedade civil organizada, nos colegiados gestores do Sistema Único de Saúde no Estado;
- VI. Acompanhar, controlar, avaliar, fiscalizar e manifestar-se sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado, deliberando sobre as prioridades orçamentárias, operacionais e metas dos órgãos institucionais, vinculados ao Sistema Único de Saúde em nível estadual;
- VII. Difundir informações que possibilitem à população paraense em geral o máximo de conhecimento possível sobre as Políticas de Saúde e do Sistema Único de Saúde.
- VIII. Divulgar periodicamente as deliberações do CES/PA em informativo ou instrumento similar próprio;
- IX. Estabelecer recomendações e diretrizes gerais para implantação e acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde;
- X. Aprovar a proposta orçamentária anual da Secretaria Executiva de Saúde Pública;
- XI. Solicitar e ter acesso livremente a todas as informações, de qualquer caráter, que digam respeito à estrutura e funcionamento da Secretaria Executiva de Saúde Pública e de todos os órgãos públicos ou privados vinculados ao Sistema Único de Saúde no Estado;
- XII. Examinar denúncias, responder a consultas sobre assuntos relevantes das ações e serviços de saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do colegiado;

- XIII. Convocar e realizar Conferência Estadual de Saúde, com o objetivo de analisar as ações do Sistema Estadual de Saúde, com periodicidade de dois anos;
- XIV. Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- XV. Convidar entidades, autoridades científicas e técnicos nacionais ou estrangeiros para colaborarem em estudos ou participarem das reuniões;
- XVI. Realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil para informar e debater matérias de interesse para o setor saúde de ofício ou a requerimento dos interessados e sempre que julgar necessário;
- XVII. Criar comissões especiais no âmbito do CES/PA que se fizerem necessárias;
- XVIII. Deliberar sobre as questões que não obtiverem consenso na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e sobre os recursos contra ela impetrados;
- XIX. Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com poderes constituídos, CNS, Ministério Público, Câmaras Municipais, Assembléia Legislativa e outros, bem como, os setores relevantes não representados no CES/PA;
- XX. Opinar e decidir sobre impasses ocorridos nos Conselhos Municipais de Saúde na condição de instância de recurso do Sistema Único de Saúde;
- XXI. Articular e apoiar sistematicamente os Conselhos Municipais de Saúde, visando a formulação e realização de diretrizes básicas comuns e a conseqüente otimização do Controle Social;

## **CAPÍTULO VII DA ORGANIZAÇÃO**

Artigo 8º – O Conselho Estadual de Saúde do Pará contará com a seguinte organização:

- I. Plenário;
- II. Comissões Especiais;
- III. Secretaria Executiva.

Artigo 9º – O Conselho Estadual de Saúde do Pará contará com uma Secretaria Executiva cujas atribuições incluem:

- I. Apoiar administrativamente ao Presidente, ao Plenário, às Comissões Especiais e aos Conselheiros do CES;
- II. Elaborar a ata das reuniões plenárias do CES/PA, contemplando a síntese das discussões, intervenções relevantes e a íntegra das deliberações;
- III. Encaminhar os ofícios e resoluções, convocações e correspondências do CES/PA;
- IV. Organização e guarda dos documentos do CES/PA, bem como, do boletim informativo e demais publicações;

V. Encaminhar convocação de reuniões aos conselheiros do CES/PA.

VI. Providenciar as atas e publicação das resoluções.

Artigo 10 – O CES/PA reunir-se-á ordinariamente mensalmente; e, extraordinariamente, poderá haver tantas reuniões quantas necessárias, desde que convocadas pelo presidente, ou por requerimento assinado por um terço dos conselheiros e com pauta previamente definida.

Artigo 11 – As sessões plenárias do CES instalar-se-ão com a presença da maioria absoluta dos seus membros, considerando as seguintes obrigações e prerrogativas:

- I. Os órgãos e entidades, Conselheiros titulares ou suplentes que tenham interesse de apresentar assuntos na pauta de reunião, deverão protocolar na Secretaria Executiva do CES/PA com antecedência de 12 dias;
- II. Deliberar conclusivamente e emitir resoluções sobre os assuntos que lhe forem submetidos;
- III. Requerer ao Presidente do CES/PA a convocação de reunião extraordinária do CES/PA com antecedência mínima de dois dias úteis para discussão e deliberação sobre assuntos urgentes;
- IV. Deverão ser abertas à participação de pessoas e/ou entidades interessadas nos assuntos das reuniões ordinárias e extraordinárias com direito a voz desde que aprovado pelo plenário do CES/PA.

Artigo 12 – As deliberações do CES/PA serão consubstanciadas em resoluções, recomendações ou moções.

Parágrafo Único – Aos conselheiros, que compõem o Plenário do CES/PA compete, individualmente:

- a) Apresentar projetos de resolução, formular moções e recomendações;
- b) Conhecer, manifestar-se e votar sobre matérias submetidas à discussão, trazendo sempre a opinião das entidades ou Instituições que representam e não as de iniciativa própria;
- c) Representar o CES/PA quando designado pelo Plenário e ou Presidente.
- d) Compor Comissões Especiais, que poderão ter caráter permanente ou temporário, em função dos respectivos objetos para os quais foram criados.

Artigo 13 – O CES/PA, contará com as Comissões Especiais permanentes ou transitórias, que serão compostas por conselheiros titulares e suplentes, com poder de propor ou recomendar resoluções ao Plenário, sendo suas decisões tomadas sempre pela maioria de seus membros para posterior apreciação e homologação no Plenário.

§ 1º - Cada Comissão terá um coordenador eleito entre seus membros e para cada processo será indicado um relator.

§ 2º - As Comissões Especiais poderão recorrer à assessoria e consultoria especializada de pessoas, entidades ou instituições, sobre temas em questão, para a consecução de seus objetivos.

## **CAPÍTULO VIII DO FUNCIONAMENTO**

Artigo 14 – A Secretaria Executiva do CES/PA deverá remeter a pauta das reuniões as entidades com antecedência de oito dias às reuniões ordinárias e dois dias as reuniões extraordinárias..

Artigo 15 – O CES reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, instalando-se as sessões plenárias com a presença da maioria dos seus membros, que deliberarão pela maioria dos membros presentes.

Parágrafo Único – Haverá uma tolerância máxima de 30 (trinta) minutos para se estabelecer o quorum para se iniciarem as reuniões do CES/PA. Não havendo a reunião por falta de quorum, serão registradas as presenças e ausências.

Artigo 16 – O calendário anual de reuniões do CES deverá ser amplamente divulgado e o acesso às reuniões assegurado ao público.

Artigo 17 – As deliberações do CES/PA, serão tomadas mediante:

- I. Resoluções que deverão ser homologadas pelo Secretário Executivo de Saúde Pública e publicadas no DOE;
- II. Recomendações sobre temas ou assuntos específicos e relevantes;
- III. Moções que expressem o juízo do CES sobre fatos ou situações de qualquer tipo ou natureza;
- IV. Outros atos administrativos.

Artigo 18 – Fica assegurado a cada um dos membros participantes das reuniões do CES/PA o direito a se manifestar sobre o assunto em discussão, porém, uma vez votado, tal assunto não poderá voltar a ser discutido no seu mérito, nem a título de recurso de votação, na mesma reunião.

Artigo 19 – Os assuntos tratados e as deliberações tomadas em cada reunião serão registradas em Ata, a qual será lida e aprovada na reunião subsequente, devendo conter as posições majoritárias e minoritárias com seus respectivos votantes.

Parágrafo Único – Cópia das atas serão entregues a cada um dos conselheiros para apreciação e posterior aprovação, pelo menos com 08 (oito) dias úteis de antecedência, as reuniões em que deverão ser aprovadas ou não.

## **CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Artigo 20 – Que a comissão de orçamento e finanças apresente trimestralmente a prestação de contas do CES/PA ao Plenário, para análise e aprovação.

Artigo 21 – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, parcial ou totalmente, por deliberação de 2/3 (dois terços) dos membros do Plenário, devendo a proposta de alteração ser encaminhada a cada um dos conselheiros titulares, com antecedência mínima de 08 (oito) dias úteis que precedam a reunião.

Artigo 22 – Os casos omissos, bem como, as dúvidas suscitadas na execução deste Regimento Interno serão dirimidas pelo Plenário.

Artigo 23 – O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação pelo Plenário, devidamente homologado pelo Secretario Executivo de Saúde Pública e publicado pelo DOE.

Belém-PA, 10 de Fevereiro de 2004

**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ – CES/PA**

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ – CES/PA**

**RESOLUÇÃO CES/PARÁ Nº 017, DE 21 DE MAIO DE 2002**

**O PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ**, substituto, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei nº 6370, de 10 de julho de 2001, e pela Portaria nº 00327, de 24 de abril de 2002, e

**CONSIDERANDO** a decisão dos membros do **CES/PA** em Reunião Ordinária realizada no dia 21 de maio de 2002.

**CONSIDERANDO** o Curso de Qualificação para Conselheiros Estaduais de Saúde no período de 15 a 18 de abril de 2002.

**CONSIDERANDO** a proposta do Plano de Trabalho para o Conselho Estadual de Saúde, proposto no Encontro supra citado.

**RESOLVE:**

1. **Aprovar** a proposta do Plano de Trabalho para o Conselho Estadual de Saúde, no exercício de 2002, conforme anexo.
2. **Esta Resolução** entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

**FERNANDO ANTONIO MARTINS**  
**PRESIDENTE DO CES/PA, Substituto**

Homologo a Resolução CES/PA Nº 017, de 21 de maio de 2002.

**NILO ALVES DE ALMEIDA**  
**SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**

**ANEXO**

**PROPOSTA DO PLANO DE TRABALHO PARA O**  
**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES/PA**

## **EXERCÍCIO 2002**

1. Elaboração da Cartilha do CES/PA
2. Programa de Educação Continuada para os Conselheiros de Saúde.
3. Elaboração do Manual dos Conselheiros de Saúde
4. Elaboração de um Instrumento de Acompanhamento e Avaliação para o Controle Social
5. Participação do CES/PA, em todo e qualquer Evento de Saúde Realizado no Estado. (Proposta de Resolução)
6. Participação dos Conselheiros nos Cursos de Treinamento e Capacitações realizados pela Divisão de Treinamento da SESPA
7. Articulação com a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa
8. Implantar o Boletim Informativo do CES/PA
9. Divulgação do Trabalho do CES/PA através da Mídia
10. Definir Periodicidade para Avaliação do Plano
11. Aprimorar a Agenda do CES, Segundo Contato Prévio com os Conselheiros Municipais
12. Relacionar Etapas para Elaboração da Agenda
13. Promover Fóruns permanentes com Conselhos afins
14. Articular de forma permanente com o Ministério Público, Tribunal de Contas, Órgãos de Defesa do Consumidor, representações de Usuários e Trabalhadores
15. Criar as Comissões de fiscalização para acompanhamento do Fundo de Saúde, Plano de Saúde e programações anuais

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ – CES/PA**

**RESOLUÇÃO CES/PARÁ Nº 072 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2006**

**O PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ**, substituto, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 5.751, de 13 de julho de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei nº 6.370, de 10 de julho de 2001, Capítulo III, Artigo 3º do Regimento Interno do CES/Pa e pela Portaria nº 0924/2006-CCG de 23 de agosto de 2006, e;

**CONSIDERANDO** a decisão dos membros do CES/PA em Reunião Ordinária realizada no dia 19 de dezembro de 2006;

**CONSIDERANDO** a apresentação da Agenda Mínima das ações para o exercício de 2007 sobre comunicação e informação em saúde pela Comissão Permanente do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde.

**RESOLVE:**

1. Aprovar a Agenda Mínima das ações para o exercício de 2007 da Comissão Permanente do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde, constante no anexo único desta Resolução.
2. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

**JESSÉ FERREIRA GUIMARÃES JUNIOR**  
**PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, em Exercício.**

Homologo a Resolução CES/PA nº 072 de 19 de dezembro de 2006.

**FERNANDO AGOSTINHO CRUZ DOURADO**  
**SECRETÁRIO EXECUTIVO DE SAÚDE PÚBLICA**

**ANEXO ÚNICO DA  
RESOLUÇÃO CES/PARÁ Nº 072 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2006**

**AGENDA MÍNIMA DAS AÇÕES DA COMISSÃO PERMANENTE DO  
PACTO PELA DEMOCRATIZAÇÃO E QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO E  
INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

A elaboração das propostas de atuação para o ano de 2007 e 2008 se deu com a criação através da Resolução 056/2006 do CES/PA e participação da Comissão Permanente de Comunicação e Informação em Saúde (CPCIS – CES/PA) em duas Oficinas e o Seminário Nacional que deu subsídio para a elaboração destas ações:

- Criação de uma Home-Page do CES/PA, visando uma atualização dessas informações que serão disponibilizadas diariamente de acordo com a necessidade, mantendo uma divulgação ampla das deliberações dos conselhos, das conferências e dos fóruns e das plenárias de saúde com uma comunicação direta através de e-mail de grupo, e-mail Corporativo viabilizando a informação ente os Conselhos e Conselheiros de Saúde.
- Sensibilizar os Conselhos Municipais de Saúde a implementar suas Comissões Permanentes de Comunicação e Informação em Saúde, bem como, na criação de Agenda Mínima de trabalho.
- Avaliação, Monitoramento e Atualização do Cadastro Nacional a nível Estadual, visando um acompanhamento permanente dos dados fornecidos através do sistema.
- Criação do Informativo, sendo distribuído trimestralmente.
- Utilização de todos os meios de comunicação Internet, Rádios, Televisão, boletins, jornais, Cartilhas... E de todos os segmentos envolvidos com o controle social para dar visibilidade às ações do SUS.
- Desenvolver estratégia de comunicação, integrando profissionais, serviços e usuários, visando à melhoria da qualidade ao compartilhamento de informações.
- Seminário Estadual de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, com o tema central “Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação Informação em Saúde” para o exercício do Controle Social.
- Acompanhar a implementação da inclusão digital do Conselho Nacional de Saúde nos Conselhos Municipais de Saúde neste Estado.

## SÍNTESE DA AGENDA SETEMBRO/DEZEMBRO – 2009 DO CES/PA

**Data:** 19/10/2009 – 8 às 18 horas

**Local:** ETSUS

- **Diretrizes Temáticas / Metodologia** – definida pela equipe organizadora
- **Equipe organizadora:** Mesa Diretora, Dra. Danielle, Bete Siqueira, Regina Daibes
- **Estimativa de Recurso:** A comissão ficará responsável em orçar a atividade de planejamento
- **Observação:** Secretaria Executiva (SE) providenciará passagens e diárias para os conselheiros.

### 5.3.2 Agenda Setembro a Dezembro/2009 – Orçamento Previsto: R\$65.000,00(?)

<b>Proposta / ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Recurso</b>	<b>Prazo</b>
Elaboração do novo desenho da estrutura administrativa do CES, em consonância com a nova Lei CES (homologação pelo Pleno do Conselho)	Mesa Diretora, Beth Siqueira	0,00	Até 09/10/2009
Realização de estudo técnico e jurídico, a luz da Lei Federal 8080/90, sobre as Comissões Intersetoriais e respectiva vinculação ao CES a) Revogação das Resoluções anteriores da CIST e edição de novas Resoluções	Manolo e Admir	Recursos Humanos (RH)	Até 09/10/2009
Reestruturação da <i>Home Page</i> do CES	Mauro e Mesa Diretora	RH / Técnicos do NITIS	Até 09/10/2009
Criação do email Institucional	Mauro	RH / NITIS E PRODEPA	Até 06/11/2009
Elaboração e publicação do Boletim on-line do CES	Mauro e Comissão de Comunicação	RH (Jornalista SESPA) NITIS	Até 09/10/2009
Elaboração e publicação do Informativo impresso	Mauro e Comissão de Comunicação	RH (Jornalista SESPA) Recursos Financeiros (RF): comissão deverá levantar a estimativa de custo	30/11/2009
Levantar os custos junto ao PRODEPA para a implementação da reunião ordinária on-line para os municípios	Mauro e Comissão de Comunicação	RH – (Jornalista SESPA)	16/10/2009
Elaboração de instrumento para Controle dos expedientes administrativos do Conselho (Xerox, Transporte)	Secretaria Executiva	RH	De ofício
Providenciar agendamento de forma a apoiar o deslocamento / condução para os Conselheiros em viagem	Secretaria Executiva / Setor de transporte / Comissão de Gestão e orçamento	RH	Até 20/10/2009
Emissão da Carteira de Identificação dos Conselheiros	Secretaria Executiva	RH e Recursos Financeiros a ser estimado	Até 06 novembro/2009

### 5.3.3 Encaminhamentos complementares:

- a. Emissão da Carteira de Identificação: somente será nomeado o conselheiro substituto, quando for devolvida a carteira do conselheiro que está saindo; a carteira terá prazo de validade durante os dois anos de mandato da entidade; a prestação de conta de diárias e de outras obrigações da entidade serão critérios para a nomeação de conselheiros substitutos e respectiva emissão da carteira de identificação.
- b. A secretaria executiva deve solicitar aos conselheiros a documentação necessária para providenciar a carteira de identificação.
- c. A conselheira Danielle indicou a possibilidade de aproveitar a licitação realizada pela SESPA objetivando a aquisição dos crachás dos servidores, para a emissão das carteiras de identificação dos conselheiros.
- d. A mesa diretora está revendo atos, deliberações e resoluções das gestões anteriores, identificando pendências, bem como apontando providências a serem apreciadas pelo Pleno e, posteriormente, encaminhadas às comissões permanentes. A proposta é apresentar na próxima reunião do Conselho a pauta das principais pendências detectadas.