



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GLEND A PEREIRA COSTA SILVA

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO MARANHÃO: análise documental

São Luís

2023

GLEND A PEREIRA COSTA SILVA

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO MARANHÃO: análise documental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Judith Rafaellle Oliveira Pinho

Coorientadora: Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

São Luís

2023

Silva, Glenda Pereira Costa.

Controle social em saúde no maranhão: análise documental / Glenda Pereira Costa. – São Luís, 2022.

93 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

1. Conselhos de Saúde. 2. Controle Social. 3. Participação Social. I. Título. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira.

CDU: 364-3

A Deus, por sempre permitir cumprir todos os objetivos almejados, à minha família, em especial a minha mãe, pai e avó, os quais dedico todas as minhas conquistas, ao meu irmão e aos meus padrinhos.

AGRADECIMENTOS

Este é um momento que finaliza um conjunto de experiências de pesquisa e ilustra as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão dessa importante e tão esperada etapa de formação.

Inicialmente, agradeço a Deus pela oportunidade de estar realizando mais um sonho por ter oportunizado a participação nesta trajetória de pessoas e instituições tão especiais que serão lembradas nas próximas linhas.

A Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pela valorosa acolhida, organização e estrutura, bem como, por todo conhecimento transmitido por meio do seu corpo docente, que me fez querer aprender cada vez mais. Muito obrigada!

A minha orientadora Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho por todos os seus ensinamentos compartilhados, reflexões e pelas interlocuções durante a construção do trabalho durante todas as etapas de construção desta dissertação. Serei eternamente grata pela maneira como conduziu o processo de orientação. Muito obrigada pelo apoio, orientação e escuta!

A minha coorientadora Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho pela confiança, companheirismo e ensinamentos compartilhados em todas as etapas de construção desta dissertação. Agradeço por sempre me encorajar quando o processo de escrita se tornava cada vez mais desafiador. Muita Obrigada!

Agradeço a todos os conselheiros que compõem o Conselho Estadual de Saúde (CESMA), em especial a presidente Maria Raimunda Sobrinho Rudakoff que gentilmente acolheu o projeto de pesquisa.

A minha avó Léa Albertina Pereira Costa, sua história de vida serve como inspiração a todos os netos e bisnetos a seguirem pelo caminho da busca pela educação.

Aos meus pais, Mauro de Oliveira Silva e Glauce Jane Pereira Costa Silva que sempre ressaltaram o valor do conhecimento e oportunizaram o caminho da educação.

A minha madrinha Isabel de Oliveira Silva que sempre me conduziu pelo caminho da honestidade, ensinando que a família é a nossa fonte de prosperidade.

Ao meu irmão Mauro de Oliveira Silva Júnior por todos esses anos de companheirismo sempre demonstrando o quanto prazeroso é estar sempre em busca de seus sonhos.

A minha prima Larissa Cordeiro, que sempre se fez presente dedicando sempre seu tempo a correções do presente trabalho. Obrigada pelo carinho e zelo!

Ao meu companheiro Romário Silva Barros pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Aos meus colegas do PGSC, em especial, a Victor Nogueira da Cruz Silveira, Rômulo Pires e Jhennyfer Mantesso, pelos momentos de aprendizagem, diálogo e companheirismo durante a realização do mestrado. Saibam que valorizo os laços já existentes e a construção dos novos. Gratidão a este grupo.

Por fim, agradeço a todos aqueles que porventura não foram aqui citados, mas que contribuíram direta e indiretamente para realização deste trabalho. Obrigada.

*“O homem não é nada além daquilo que a
educação faz dele.”*

Immanuel Kant

GLEND A PEREIRA COSTA SILVA

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO MARANHÃO: análise documental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: / /

Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Orientadora)

Doutora em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho (Coorientadora)

Doutora em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Luciano Mamede Freitas Júnior

Doutor em Ciências da Saúde

Escola Estadual de Saúde Pública

Profª. Dra. Cristina Maria Douat Loyola

Doutora em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio de Janeiro

SILVA, Glenda Pereira Costa. **Controle social em saúde no Maranhão: análise documental**. 93 f. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

RESUMO

A participação popular esteve presente em diversos momentos na história do Brasil, protagonizando a conquista de importantes direitos sociais, inclusive no setor da saúde. O Controle Social em Saúde é consequência da participação da sociedade civil na administração pública e constitui um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos de Saúde, instituídos por meio da Lei n. 8.142/90, possibilitaram que o poder decisório na condução das políticas públicas estivesse dividido entre Sociedade e Estado. Percebe-se ainda lacunas de conhecimentos sobre a dinâmica e a composição desses órgãos colegiados que possuem caráter permanente e deliberativo nos estados brasileiros. Portanto, esta pesquisa teve por objetivo analisar a dinâmica e a composição da instância para o controle social em saúde, a partir do Conselho Estadual de Saúde no Estado do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental, na qual foram analisadas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde do Maranhão, incluindo as resoluções, Planos Estaduais de Saúde e Relatórios de Conferências Estaduais, durante o período de 2014 a 2020. Os resultados são apresentados e discutidos a partir de duas categorias de análises: CESMA: características de sua composição e Particularidades do processo de aprovação do Orçamento Público da Saúde. Na primeira, estão indicadas as mudanças na distribuição dos assentos entre as entidades que compõem o conselho, após alterações na legislação estadual que rege este órgão. Na segunda, são abordadas as pautas nas quais emergem disputas de poder internas, ocasionando tensionamentos entre os conselheiros, sendo a principal delas a que se refere à gerência do orçamento público da saúde do Maranhão. Conclui-se que existiu por um período de quase vinte anos uma predominância da baixa representatividade, originária da ausência de renovação de membros, tendo como impacto negativo a permanência de grupos mais organizados. Também foram detectadas fragilidades na capacidade de o conselho acompanhar o Orçamento Público da Saúde. A multiplicidade de atribuições e atividades de cunho burocrático, a exemplo, do acompanhamento das prestações de contas e aprovações (ou reprovações) dos relatórios de gestão constituiu-se como um fator limitador para atuação dos conselheiros de saúde. Assim, evidencia-se o diminuto poder de influência do conselho em dar direcionamentos propositivos sobre a definição das pautas

orçamentárias de saúde do estado. Dessa forma, o período analisado ilustra os avanços e os desafios, que perpassam pela persistência de relações assimétricas de poder que afetam a democratização do processo decisório.

Palavras-chave: conselhos de saúde; controle social; participação social.

ABSTRACT

Popular participation has always been present at different times in the history of Brazil, leading to the achievement of important social rights, including in the health sector. Social Control in Health is a consequence of the participation of civil society in public administration and constitutes one of the principles and guidelines of the Unified Health System. The Health Councils, instituted by Law n. 8.142/90, made it possible for the decision-making power in conducting public policies to be divided between Society and the State. There are also gaps in knowledge about the dynamics and composition of these collegiate bodies that have a permanent and deliberative character in the Brazilian states. Therefore, this research aimed to analyze the dynamics and composition of the instance for social control in health, from the State Health Council in the State of Maranhão. This is a documentary-type qualitative research, in which minutes of ordinary and extraordinary meetings of the State Health Council of Maranhão were analyzed, including resolutions, State Health Plans and Reports of State Conferences, during the period from 2014 to 2020. The results are presented and discussed based on two categories of analysis: CESMA: characteristics of its composition and 2. Particularities of the Public Health Budget approval process. The first indicates the changes in the distribution of seats among the entities that make up the council, after changes in the state legislation that governs this body. In the second, the agendas in which internal power struggles emerge, causing tensions between the councilors, the main one being the management of the public health budget in Maranhão. It is concluded that for a period of almost twenty years there was a predominance of low representation, originating from the lack of renewal of members, having as a negative impact the permanence of more organized groups. Weaknesses were also detected in the council's ability to monitor the Public Health Budget. The multiplicity of attributions and activities of a bureaucratic nature, for example, monitoring the rendering of accounts and approvals (or rejections) of management reports constituted a limiting factor for the performance of health counselors. Thus, the council's limited power of influence is evident in giving propositional directions on the definition of the state's health budget guidelines. In this way, the analyzed period illustrates the advances and challenges, which permeate the persistence of asymmetrical power relations that affect the democratization of the decision-making process.

Keywords: health councils; social control; social participation.

LISTA DE SIGLAS

CUT	Central Única dos Trabalhadores
COSEMS/MA	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão
CESMA	Conselho Estadual de Saúde do Maranhão
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREN/MA	Conselho Regional de Enfermagem
CRM/MA	Conselho Regional de Medicina
CRO/MA	Conselho Regional de Odontologia
DOU	Diário Oficial da União
GUP	Gestores de Unidades Públicas de Saúde
HUUFMA	Hospital Universitário Presidente Dutra
IDHMA	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
PPA	Plano de Saúde
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PAS	Programação de Saúde
RAG	Relatórios de Gestão
SES/MA	Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo Geral.....	21
3.2	Objetivos Específicos	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	Conceitos de Controle Social	22
4.2	Controle Social em Saúde no Brasil	25
4.2.1	Institucionalização do Controle Social em Saúde no Brasil e no Maranhão	25
4.3	Relações de Poder e Controle Social em Saúde.....	29
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
5.1	Delineamento do Estudo.....	31
5.2	Local e Período de Estudo.....	32
5.3	Seleção dos Documentos para Estudo.....	32
5.4	Instrumentos para Coleta de Dados.....	33
5.5	Procedimentos para Coleta de Dados e Trabalho de Campo	34
5.6	Análises de Dados	35
5.7	Considerações Éticas	36
6	RESULTADOS	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A – Análise documental das atas ordinárias e extraordinárias	79
	APÊNDICE B – Análise documental das resoluções.....	80
	APÊNDICE C – Análise documental das conferências estaduais de saúde.....	81
	APÊNDICE D – Análise documental dos planos estaduais de saúde	82
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	83
	ANEXO B – Diretrizes da Revista Ciência & Saúde Coletiva para submissão de manuscrito	84

1 INTRODUÇÃO

No que diz respeito às políticas de saúde, tomou-se como ponto de partida o conceito, proposto por Paim e Teixeira (2006), segundo o qual a política de saúde é a resposta social (ação ou omissão) do Estado diante dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e das populações. Logo, esta temática trata da intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde e o ambiente de uma dada sociedade.

A política de saúde engloba questões referentes ao poder em saúde (Politics), bem como ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas (Policy) (PEREIRA; CARDOSO, 2018). Dessa forma, a análise de saúde demanda a compreensão das relações e das disputas em torno do poder na formulação da agenda, assim como na proposição, condução, implementação e avaliação de políticas (VIANA; BAPTISTA, 2008; FLEURY; OUVRENEY, 2008).

Nessa perspectiva, as políticas de saúde envolvem o Estado e sua relação com a sociedade, bem como o desempenho de seu papel, nas condições e nos determinantes de saúde da população propostas como prioridades para a ação pública. Inclui ainda a associação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (SOUZA, 2007; VIANA; BAPTISTA, 2008).

No contexto da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a promulgação da Constituição de 1988, também celebrada como Lei Magna ou Constituição Cidadã, foi inaugurada uma nova fase de pactuação entre Estado e Sociedade, por meio da instituição de mecanismos de envolvimento da sociedade civil na administração pública, dentre eles, o controle social que estabeleceu na área da saúde um espaço institucional para participação da comunidade (BRASIL, 1988; JUNGLOS *et al.*, 2020).

A participação da sociedade civil organizada e de movimentos sociais nas questões de saúde passou a ser caracterizada como um fundamento das políticas sociais, ao garantir a inclusão de diferentes grupos populacionais nas resoluções, fiscalizações e avaliações de políticas públicas, por intermédio dos canais deliberativos, avaliativos e propositivos (KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

Nesse sentido, o processo de participação da comunidade dentro de instâncias do controle social, sobretudo nos conselhos de saúde, possibilitou que os setores da sociedade, que antes não tinham acesso às decisões governamentais, conseguissem participar do conjunto de ações adotadas, orientando-as a partir do reconhecimento e avaliação de suas demandas

sociais. Desse modo, tal instrumento, apresenta a pontencialidade de constituir-se numa ferramenta capaz de nortear os processos decisórios governamentais, visando garantir o compromisso dos gestores com o cumprimento das decisões tomadas no âmbito dos conselhos de saúde (PEREIRA; CARDOSO, 2018; ROLIM, 2013).

Fundamentados na Política Nacional de Participação Social (PNPS), os conselhos de saúde são reconhecidos por serem espaços institucionais de participação popular com caráter deliberativo, permanente e fiscalizador, indispensáveis ao processo de transformação social. (BRASIL, 1990; PEREIRA; CARDOSO, 2018).

No contexto do SUS o controle social é consequência da participação popular e constitui um de seus princípios organizativos, bem como uma diretriz, oportunizando à sociedade o conhecimento sobre como está sendo consolidado, organizado e administrado este sistema em nível municipal, estadual e federal (CÔRTEZ, 2009).

Durante a luta pela redemocratização do país, nos anos de 60 e 70, as ações comunitárias, convergiram para um importante movimento nacional que expressou a indignação de parte da sociedade frente às aviltantes desigualdades sociais, à mercantilização da saúde e à ineficiência do sistema sanitário existente (PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70, representou um marco histórico pela explosão dos movimentos sociais que lutavam por uma participação democrática em vários setores, incluindo a saúde, promovendo debates acerca da construção das políticas de saúde em oposição à centralidade das decisões dos governos militares. Este processo teve como principal desdobramento a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que foi ampliada a participação dos movimentos sociais (MANOROV *et al.*, 2017).

O marco legal da instituição do controle social foi a Lei n. 8.142/90 que estabeleceu os Conselhos de Saúde e as Conferências, como sendo mecanismos que correspondem à participação da sociedade tanto no processo decisório sobre políticas públicas de saúde quanto no controle da ação do Estado, por meio da regulamentação orçamentária (BRASIL, 1990)

Nesse sentido, a descentralização político-administrativa do SUS estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) condicionou a transferência de recursos financeiros aos estados e municípios à criação de conselhos de saúde nos níveis correspondentes (ARANTES *et al.*, 2007; PEREIRA; CARDOSO, 2018). Contudo, a participação popular e democrática, atuante na construção de uma agenda programática e na fiscalização dos recursos financeiros, constitui um dos maiores desafios do Brasil (PEREIRA; CARDOSO, 2018)

As Conferências de Saúde são consideradas espaços participativos, por envolverem agentes de vários segmentos da sociedade, que têm como objetivo comum avaliar a situação de saúde da comunidade à qual pertencem. Seu trabalho consiste na apresentação de diretrizes para a formulação da política de saúde nos entes federativos (municipal, estadual, federal), ocorrendo a cada quatro anos. Em determinadas situações, também pode ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde e, extraordinariamente, por outra Conferência, (BRASIL, 1990).

O conselho de saúde é um órgão colegiado que tem como principais objetivos atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, para promover avanços na implementação do SUS, construindo uma rede integrada de serviços de saúde. (VENTURA *et al.*, 2017)

No formato atual, o conselho apresenta uma composição paritária, sendo que 50% de conselheiros são representantes de usuários, enquanto 25% representam trabalhadores da saúde e 25%, o governo e os prestadores de bens e serviços de saúde. A quantidade de conselheiros varia de acordo com o tamanho da população local (BRASIL, 2012).

De fato, apesar dos avanços democráticos nas instituições de controle social, a existência formal desses espaços decisórios não garante a participação efetiva da sociedade tendo em vista que existem Conselhos de Saúde que reproduzem relações de clientelismo político, evidenciados na concessão de benefícios, como uma espécie de troca de favores. E estas práticas mediadas por relações de dependência pessoal contrariam a proposta de cunho democrático dos conselhos de saúde (FIGUEIREDO, 2001).

No decorrer das últimas três décadas, além dos problemas relacionados ao clientelismo político, estas instâncias participativas tem encontrado outros obstáculos para de fato contribuir para a gestão participativa no SUS. Entre os desafios, destaca-se a falta de reconhecimento da importância do controle social, a limitação da capacidade de intervenção dos usuários, mesmo com a paridade legalmente garantida em lei, as fragilidades do modelo para atingir suas atribuições, a crise da democracia participativa e o risco de aprisionamento dos movimentos populares (ALESSIO; BORDIN, 2016; LISBOA *et al.*, 2016).

Diante disso, os conselhos de saúde passam a apresentar disputas de poder, não sendo considerados como espaços neutros, pois operaram mediante as alianças entre grupos que possuem interesses políticos específicos ou pessoais que comumente ditariam os rumos de suas deliberações em direção a classes dominantes, baseados em uma política capitalista que afasta grande parte dos indivíduos do poder de decisão. Desta maneira, estes ambientes são

atravessados por tensionamentos (LAUGHLIN, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; ESCOREL; AROUCA, 2016).

Vale ressaltar que os integrantes dos conselhos de saúde devem exercer seu papel político, superando as hierarquias entre os sujeitos e grupos, reproduzindo distanciamento da centralização de poder e de representação para intervir na implementação do SUS, de maneira propositiva aumentando a interação entre Estado e sociedade para efetivação de políticas públicas (BRASIL, 2013b; PEREIRA; CARDOSO, 2018; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Dessa forma, o presente estudo analisa a composição e a dinâmica de uma situação específica, a saber: o Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CESMA), no período de 2014 a 2020.

2 JUSTIFICATIVA

As intensas mobilizações sociais em defesa da democracia e da saúde possibilitaram a conquista de um sistema de saúde público, universal e equânime em seus princípios e diretrizes e que é responsável pela organização, operacionalização e avaliação das políticas públicas no Brasil. Dentro desse sistema é reconhecida a importância da sociedade na constituição cotidiana do cuidado e dos serviços de saúde por meio da participação e do controle social em saúde (CÔRTEZ, 2009; GUARNIERI; SETTE; PULGA, 2021).

A participação da comunidade é vista como elemento que impulsiona a prática da cidadania, dentro do processo de consolidação do SUS. Nesse sistema, o controle social representa a possibilidade de formalização do controle e da fiscalização do Estado pela sociedade, em que o indivíduo passa a desempenhar condutas mais ativas em sua própria saúde e no território no qual está inserido (JUNGLOS *et al.*, 2020).

Segundo Schmidt (2018), a importância de analisar e discutir políticas públicas perpassa pelo entendimento de diversos aspectos, entre eles, destaca-se a eficiência e a eficácia da participação cidadã no acompanhamento das complexidades da gestão pública. A apropriação e o entendimento fundamentado das políticas proporcionam uma ação cidadã mais qualificada e influente.

Dessa forma, são vistos como um tema novo os debates relacionados à importância da participação da população em ações de atenção à saúde. Principalmente nos processos deliberativos que têm como objetivo principal tornar as políticas públicas mais eficientes e adequadas às necessidades das diferentes comunidades que compõem os territórios brasileiros, fortalecendo à promoção da saúde e combatendo as desigualdades sociais (FLEURY, 2009).

Embora a dimensão participativa seja elemento comum em vários sistemas de saúde pública, inclusive no Brasil. Aqui, grande parte dos Conselhos de Saúde foi criada com base em critérios políticos e sem a participação efetiva da sociedade civil, tendo como consequência problemas relacionados à sua operacionalização, burocratização, baixa representatividade e a formação de disputas de poder em face da atuação de agentes governamentais no papel dominante de articulação de pautas de seus interesses. (PAIM; ALMEIDA, 2014).

Acrescenta-se o fato de que, em relação à infraestrutura, em muitos casos, o funcionamento dos Conselhos ocorre em condições operacionais precárias e de baixa qualidade, com a ausência de linhas telefônicas, sede própria, salas de reuniões, computadores

com acesso a internet e apoio técnico (SILVA, 2018; VILAÇA *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2020).

Neste sentido, é primordial que o cidadão identifique e compreenda os mecanismos e dispositivos legais das políticas públicas que afetam a sociedade, a exemplo de informar-se sobre os agentes que participam de sua formulação, a forma de implementação, a análise dos interesses contemplados ou ignorados, os espaços existentes para sua avaliação, as principais forças envolvidas, bem como atuem no reconhecimento dos adversários e aliados (SCHMIDT, 2018).

A partir da Lei Complementar 141 de 2012, os conselhos passaram a ter uma função de destaque na gestão do SUS, uma vez que nessa lei toda prestação de contas deve ser aprovada pelos conselhos que podem, inclusive, vetar Relatórios de Gestão (RAG). Nessa perspectiva, os conselhos podem refletir não só as demandas da sociedade, mas também demandas que refletem políticas locais (BRASIL, 2012).

As experiências participativas, no entanto, vêm sofrendo ataques em momentos recentes (mais especificamente, desde à destituição da presidenta Dilma Russel), em que campos conservadores da política nacional, de maneira organizada, iniciaram restrições a participação democrática por associar às instâncias participativas as ameaças às instituições políticas (FONTES *et al.*, 2022).

Diante desta conjuntura, Serafim e Trindade (2020) e Tatagiba (2021) afirmam que as instituições de participação encontram-se vulneráveis, desamparadas e em crise. A argumentação é desenvolvida sob a ótica da progressiva ascensão do movimento conservador no Brasil a partir de 2013, culminando em um retrocesso democrático, em que são frequentes as discussões sobre a necessidade de resgate dos ideais participativos para fortalecimento do Estado Democrático de Direito.

Assim, para o fortalecimento do Controle Social, torna-se indispensável a avaliação dos espaços de participação popular dentro do SUS, uma vez que viabilizam questionamentos e reflexões, acerca da identificação das fragilidades e potencialidades, direcionando caminhos para sobrepujar os desafios (GUARNIERI; SETTE; PULGA, 2021).

Considerando a importância da gestão participativa no contexto do SUS e somando outros desafios como o desfinanciamento e a precarização dos serviços de atenção à saúde, Silva (2018) enfatiza a relevância de se investigar a produção científica sobre a efetivação dos mecanismos e práticas de controle social e de participação popular.

O presente estudo dedicou-se a analisar a composição e a dinâmica do Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CESMA), no período de 2014 a 2020, a partir do exame de

seus documentos. Partimos do pressuposto de que Conselho Estadual pode apresentar um papel indutor no funcionamento dos conselhos municipais de saúde, na medida em que o controle social exercido por esta instituição pode impulsionar mudanças no que diz respeito à gestão local do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a composição e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde no Estado do Maranhão no período de 2014 a 2020.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar mudanças na forma de composição do Conselho;
- b) Caracterizar mudanças na estrutura organizacional do Conselho;
- c) Compreender as relações entre os distintos grupos que compõem o conselho na defesa de seus interesses;
- d) Conhecer as particularidades do processo de aprovação do Orçamento Público da Saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceitos de Controle Social

A compreensão dos processos de participação popular, dentro da área da saúde, perpassa pelo entendimento do significado do termo Controle Social, que embora, na atualidade esteja fortemente imbricado com a democracia representativa, nem sempre esteve associada à representação (GALLON *et al.*, 2021)

Após a promulgação da Constituição de 1988, no Brasil, que define que “[...] todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente [...]”, vários espaços institucionais e instrumentos de controle social em saúde se expandiram por meio da implantação de conselhos de saúde, ouvidorias, consultas públicas e realização de conferências de saúde, permitindo o exercício da democracia participativa na administração pública (PACHECO *et al.*, 2020).

No entanto, é preciso considerar que no âmbito da Sociologia esse conceito esteve associado à forma contrária. O termo “controle social” engloba diferentes sentidos no pensamento social, com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas que apresentam distintos significados de acordo com o campo analisado (ALVAREZ, 2004; PEREIRA; CARDOSO, 2018).

A expressão controle social é utilizada caracteristicamente para descrever estudos que utilizam a associação dos recursos simbólicos que uma sociedade possui para garantir que seus membros apresentem conformidade com as regras e princípios prescritos e sancionados socialmente. Tal definição busca ainda, as concepções clássicas nas formulações sobre o problema da ordem e da integração/coesão social de Émile Durkheim (ALVAREZ, 2004). Neste sentido, o papel da sociedade é compreendido como uma força que exerce uma ação/controla coercitivo em relação ao indivíduo.

Torna-se recorrente a afirmação de que o controle social se coloca como uma dimensão estratégica do poder privilegiando o papel do Estado em detrimento dos grupos sociais específicos (COHEN, 1989). Assim, as contribuições do conceito de controle social desenvolvidas no campo da sociologia permitiram a ampliação da compreensão das formas de relacionamento da Sociedade (com ou sem Estado e seus governos) e suas dimensões relacionais com as formas de poder.

Em outra perspectiva, a expressão controle social em saúde, surge a partir da intensa mobilização social em defesa da democracia e dos direitos básicos e fundamentais no

contexto totalitário dos governos militares. No Brasil, durante a década de 70, o regime autoritário vigente entra em crise econômica e de legitimidade social, o que culminam no desenvolvimento de movimentos reivindicatórios com o intuito fulcral de garantir direitos aos cidadãos, objetivando uma melhoria das condições de vida da sociedade.

Desta maneira, surge o movimento da Reforma Sanitária, fomentado por profissionais de várias áreas e, sobretudo, da saúde e por movimentos sociais em busca de um sistema universal de saúde com garantia de acesso à toda população (PAIM, 2008). Diante daquela conjuntura, tornou-se premente a necessidade de compreensão do conceito ampliado de saúde e da ideia de mobilização popular.

Visto que ocorrem incentivos para participação da sociedade nas questões de saúde, a mobilização popular refere-se a movimentos organizados nas comunidades com a finalidade melhorar a saúde dos grupos populacionais nos territórios nos quais estão inseridos (GIUGLIANI *et al.*, 2016).

Assim, essa mobilização popular organizada por meio da participação comunitária, caracteriza-se por ser um fundamento das políticas sociais, que asseguram a inserção da sociedade nas resoluções, avaliações e fiscalizações das políticas públicas, por intervenção dos canais deliberativos, avaliativos e propositivos (KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

Este processo promoveu o surgimento de amplos espaços de construção de saberes, por meio da organização comunitária, que deu origem a um marco histórico e legal acerca da saúde do Brasil. A Constituição de 1988, com os artigos 196 a 200, efetiva a garantia do direito à saúde a toda sociedade, transferindo para o Estado as responsabilidades para manutenção desse sistema (BRASIL, 1988; SOUZA, 2017). Dessa forma, o termo controle social passa a ser ressignificado no campo da saúde.

A partir da Constituição Federal, no ano de 1990, homologou-se a Lei nº 8.080, que dispõe sobre a organização do SUS e traz em seus princípios a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade na assistência, a regionalização e a hierarquização da gestão, descentralização político-administrativa e a participação popular. Logo, pode-se afirmar que o impacto da participação popular foi essencial para criação e consolidação do SUS (BRASIL, 1990).

Ainda neste período, foi instaurada uma segunda Lei Orgânica de nº 8.142/90, que institucionaliza a participação da comunidade na gestão do SUS por intermédio do Controle Social em Saúde, além de estabelecer normas sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros direcionados para a área da saúde, tornando obrigatória a

implementação de Conselhos e Conferências de saúde em todos os municípios e estados do país (BRASIL, 1990).

Por fim, o controle social em saúde é definido como a participação da sociedade na administração pública, que tem como finalidade, acompanhar e fiscalizar as ações do governo, por intermédio da atuação da sociedade nas fases de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas (PEREIRA, 2019). É esta institucionalização de espaços de formulação e deliberação de políticas públicas que é considerada como o elemento que fortalece a democracia, em suas diversas dimensões.

Para Cotta *et al.* (2011, p. 10), o controle social “[...] deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços de saúde [...]”.

Neste tipo de controle exercido “de baixo para cima” e não apenas “de cima para baixo”, a participação social no planejamento de políticas públicas e na gestão da saúde é visto como elemento fundamental para o exercício da democracia e plena efetivação do SUS. É neste sentido que o controle social passa a se constituir em um de seus princípios e também como diretriz, apresentando grande relevância social e política (SOUSA, 2010).

Apresentadas essas questões, cabem, algumas considerações sobre a relação e as diferenças entre o conceito de controle social e participação social, que, embora imbricados e considerados complementares na dinâmica do SUS, possuem funções distintas.

A participação social nas políticas públicas proporciona que a sociedade seja ouvida no processo de tomada de decisão dos governantes, de modo a garantir que essas políticas atendam ao interesse público. Por sua vez, controle social, oportuniza à sociedade fiscalizar as ações do Estado, estabelecendo a prestação de contas pelo governo sobre o uso dos recursos públicos. Dessa forma, a sociedade verifica se o Poder Público está respondendo às suas demandas (BRASIL, 2015).

Dessa forma, quando avaliada a função dos conselhos de saúde, entende-se que estes órgãos institucionalizados de controle social praticam as duas funções ao possibilitar a participação social na dinâmica de tomada de decisões e ao garantir fiscalização das ações tomadas pela Administração Pública.

Segundo Rotolo *et al.* (2016), a participação social constitui um eixo absolutamente vital para qualquer sociedade regida sobre princípios democráticos. Portanto, democracia e participação, teoricamente, mantém uma relação de simetria, ou seja, quanto mais participativa é uma sociedade, mais democrática ela é.

Esta perspectiva pode ser considerada como uma das formas mais avançadas do processo democrático, determinando uma nova relação entre sociedade e estado, visando principalmente o acesso às decisões governamentais sobre as ações da saúde, que deverão ser planejadas entre os agentes políticos e a população, ratificando o conhecimento destes sobre as demandas sociais de seus territórios (ROLIM *et al.*, 2013)

Dessa forma, o Brasil é tido como um país laboratório, importante para o mundo em face do quantitativo e da diversidade de experiências direcionadas para a democracia participativa produzidas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (ALMEIDA; LAVALLE, 2020).

4.2 Controle Social em Saúde no Brasil

4.2.1 Institucionalização do Controle Social em Saúde no Brasil e no Maranhão

No Brasil, no período histórico anterior ao SUS, o direito à saúde estava condicionado ao exercício laboral formal, deixando à margem um número significativo de cidadãos e de trabalhadores informais e do campo, que só possuem assistência hospitalar gratuita das Santas Casas de Misericórdia ou de Instituições Filantrópicas. Ao observar o desenvolvimento histórico dos debates sobre a participação popular na Administração Pública, torna-se importante frisar o fato da criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) anteceder à institucionalização do Controle Social dentro do SUS (GALLON *et al.*, 2021).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi originalmente institucionalizado como um órgão consultivo do então Ministério da Educação e Saúde Pública por meio da Lei nº 378 de 13 de janeiro do ano de 1937. Em sua composição inicial foi formado por especialistas em saúde pública, indicados pelo ministro e designados pelo presidente da República. Nos anos subsequentes, a formação e a competência do CNS sofreram várias modificações ao longo dos governos que se seguiram. Entretanto, em 1990, com o advento das intensas mobilizações e lutas sociais da Reforma Sanitária Brasileira, o CNS, ganhou o papel formal de deliberar sobre os rumos da política de saúde e constituiu-se em espaço de participação de representantes da sociedade civil (SILVA *et al.*, 2019).

O termo controle social no SUS originou-se no Movimento da Reforma Sanitária vivenciado pela sociedade civil brasileira, a partir da década de 70, que possibilitou o retorno à legalidade democrática. Como mecanismo legal, está instuído em cada esfera correspondente de governo, a partir de instâncias colegiadas como as conferências e os

conselhos de saúde (BRASIL, 2001). É nesse contexto de transformação do arcabouço jurídico-institucional que se estabeleceu a descentralização político-administrativa e participação da comunidade (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Diante das transformações sociais promovidas pelas lutas históricas da sociedade civil, ocorre em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema a “Democracia e Saúde”. Foi a primeira vez na história das conferências de saúde que o evento foi aberto à participação de trabalhadores e da população. A participação em saúde é definida como “[...] o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde [...]” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, não paginado).

Essa participação está instituída na Lei no 8.142/90, que define as Conferências e os Conselhos de Saúde como mecanismos de controle social, correspondentes à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado, sendo seu funcionamento uma das condições para repasse de recursos financeiros federais aos estados, Distrito Federal e municípios (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Na referida lei, a atuação da comunidade e o controle social destacam-se por adquirirem um sentido de participação política com grande relevância social, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos (ARANTES *et al.*, 2007).

Por conseguinte, a instituição dos conselhos de saúde no Brasil teve suas competências detalhadas e ampliadas por resoluções criadas pelo CNS (Resoluções n. 33, de 1992, n. 333, de 2003 e n. 453 de 2012). Ambas possuem como objetivo principal estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários, promovendo um diálogo institucionalizado sobre as políticas de saúde dos estados e municípios (BRASIL, 1992; BRASIL, 2006b).

A Resolução CNS nº 33/92 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu efetivo funcionamento, recomenda ainda que as reuniões sejam realizadas com a periodicidade mensal e a homologação das decisões feita pelo chefe do Poder Executivo local (BRASIL, 1992).

Ainda sobre os avanços, para garantir a participação popular, no âmbito dos conselhos de saúde, foi criada a Resolução CNS nº 333/92. Este documento delibera sobre as entidades que poderão representar os usuários; garante a autonomia do conselho por meio de dotação

orçamentária própria e e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas (BRASIL, 2006).

A resolução CNS nº 453/2012 tem por objetivo a normatização e a aprovação de diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no país, promovendo assim o fortalecimento de sua autonomia e ampliando o controle social dentro do SUS. Entre as atribuições de seus conselheiros estão as seguintes funções: avaliação da organização e do funcionamento SUS; análise de propostas e denúncias de irregularidades; realização de consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde; a avaliação de recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias (BRASIL, 2012).

Estas inovações institucionais que iniciadas a partir a partir da Lei Orgânica 8.142/90 viabilizaram a institucionalização dos Conselhos de Saúde, e possibilitaram a imbricação dos conceitos controle social, participação e representação política da sociedade nas arenas de decisões sobre as políticas de saúde.

A partir desse contexto, destaca-se que as legislações mencionadas legitimam os interesses da população no fortalecimento do controle social, em especial quando se trata sobre as leis orgânicas publicadas para esta diretriz do SUS. Vale ressaltar que, atualmente, todos os Estados e todos os municípios possuem Conselhos de Saúde, em decorrência da publicação da Portaria GM/MS n. 2.135/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e define que os seguintes instrumentos de planejamento do SUS: Plano de Saúde (PPA); Programação de Saúde (PAS) e Relatório de Gestão (RAG) deverão ser apresentados aos membros dos conselhos para aprovação (BRASIL, 2013).

No estado do Maranhão, especificamente, o CESMA foi criado pela Lei Estadual n. 7.528 de 30 de junho de 2000 com as seguintes competências a saber:

I – deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros; II – deliberar, analisar, controlar e apreciar em nível estadual, o funcionamento do Sistema Único de Saúde; III – aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o plano estadual de saúde; IV – apreciar preliminarmente com emissão de parecer, o plano de aplicação dos recursos orçamentários, financeiros alocados no fundo estadual de saúde; V – apreciar e se pronunciar conclusivamente sobre os relatórios de gestão e/ou auditorias financeiras realizadas nos órgãos ou entidades integrantes ou consorciadas ao Sistema Único de Saúde – SUS/MA; VI – deliberar sobre a criação de comissões técnicas necessárias ao efetivo desempenho dos CES/MA; VII – promover articulação intersetorial de saúde, com vista a implantação de um modelo assistencial que atenda as reais necessidades de saúde da população; VIII – solicitar aos órgãos públicos integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS/MA, colaboração de servidores de qualquer graduação funcional para participarem da elaboração de estudos para proferirem palestras técnicas ou ainda prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertence; IX – desenvolver gestões junto as

universidades, entidades e movimentos ligados à saúde do Maranhão, no sentido de buscar compatibilizar a pesquisa científica na área da saúde, da educação com os interesses prioritários e epidemiológicos da população; X – estabelecer critérios de controle a avaliação da operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS/MA; XI – estabelecer parâmetros estaduais quanto à políticas de recursos humanos a ser seguida no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MA; XII – estabelecer instruções, diretrizes para formação dos conselhos gestores das unidades de saúde e de distritos sanitários; XIII – garantir que os sistemas de informação dos órgãos integrantes do SUS no Estado forneçam mensalmente a Secretaria Técnica do CES/MA, informes epidemiológicos, de morbimortalidade de consultas e informações prestadas pelo SUS/MA, além de outras informações de interesse para a saúde pública, divulgando-as para população; XIV – manter audiência com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde; XV – aprovar o regimento, a organização e as normas de funcionamento da conferência estadual de saúde, que reunir-se ordinariamente a cada quatro (04) anos; XVI – promover a descentralização para os municípios dos serviços para proteção, promoção, recuperação e reabilitação a saúde dos trabalhadores aos riscos e agravos das condições de trabalho. (MARANHÃO, 2000, não paginado).

Deve-se apontar que no Maranhão ainda permanece uma situação não recomendada desde 1992, visto que 22,12% dos conselhos de saúde ainda são presididos por secretários de saúde. Tal situação restringe a autonomia dos conselheiros devido à participação do representante do executivo, isto é, do órgão a ser fiscalizado, no conselho. Nessa conjuntura, as relações de poder internas interferem na realização das demandas apresentadas pela sociedade (HORA *et al.*, 2021).

Dessa forma, os grupos organizados e que já possuem interesses específicos e ou pessoais acabam por conquistar o direito de influenciar as decisões que os afetam, e estas deliberações, por sua vez, são corriqueiramente mais direcionadas para atender interesse de um mercado que, possivelmente, não é do usuário do sistema (SCOREL; AROUCA, 2016).

Isto perpassa no aspecto fundamental de que os seus membros, compreendam que, além de reconhecerem o seu papel como conselheiros precisam direcionar esforços ao entendimento da dinâmica da participação das suas representações e das relações de poder formadas no exercício de suas atribuições.

4.3 Relações de Poder e Controle Social em Saúde

No Brasil, as formas de controle social constituem-se em espaços institucionais de governança pública em que a sociedade civil participa na construção de formas de gestão pública. No contexto da redemocratização do país, o controle social incorpora a abertura de canais de comunicação entre o Estado e a sociedade para discutir o processo decisório sobre as políticas de saúde (GERSHMAN, 2004; GOHN, 2004; LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2015).

Os órgãos do controle social em saúde são também os principais mecanismos legais para operacionalização desse processo de governança participativa no Brasil, sendo eles as conferências e os conselhos de saúde. Ambos viabilizam o diálogo entre governos, trabalhadores, agentes econômicos privados e demais setores da sociedade, permitindo a inserção da sociedade civil organizada no controle direto de políticas, programas e serviços de saúde pública em todo o país (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2015).

Ainda que haja avanços importantes por diversos fatores, enfatiza-se que esses mecanismos legais de controle social não funcionam em plenitude, e isso impacta negativamente na qualidade do processo de governança pública, com ênfase para os problemas que decorrem da assistência à saúde (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2015).

Portanto, é importante compreender e analisar que o controle social é institucionalizado como espaço político, no qual nem todos os grupos que compõem a sociedade encontram-se representados (PEREIRA; CARDOSO, 2018).

Dessa forma, os conselheiros, representantes legais destes espaços, defendem grupos com interesses distintos. A participação nos conselhos consiste em estabelecer alianças, de um lado, e oposição, de outro lado. Nesta disputa, o grupo que conseguir angariar mais adesão vai decidir os caminhos tomados pelo Conselho (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Este cenário está intimamente interligado com a questão da democracia interna nas práticas dos conselhos de saúde. Nesses espaços existe a chamada “elite de referência”, isto é um grupo que exerce influência sobre os demais, em virtude de maior reconhecimento de sua capacidade técnica ou política, de convencimento, além de maior perfil socioeconômico (ABRANCHES; AZEVEDO, 2004).

A isso se soma a complexidade do “jogo político”, uma vez que as escolhas institucionais deixam de ser baseadas no contexto histórico-político e nas regras institucionais, estabelecidas por regimentos internos, para atender interesses do Estado ou de

determinados grupos de interesse ou, ainda, nas plataformas e/ou demandas dos movimentos sociais (DURÁN; GERSCHMAN, 2014)

Portando, a configuração dos Conselhos de Saúde tem apontado a presença de tensão política pela existência de disputas partidárias oriundas da política tradicional, e que superam questões ideológicas, apresentando acordos e articulações alinhados com finalidades eleitorais dos diferentes grupos em conjuntura específica, sendo ocupado por conselheiros que tem uma aliança com os governantes (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2007).

Embora se possa afirmar que a institucionalização formal dos conselhos é efetiva, muitos questionamentos são feitos quanto ao fisiologismo e o nível de cooptação dos conselheiros membros do segmento gestor.

A insistência dos atores envolvidos em manter-se criando relações de dependência pessoal assimétricas com as instituições gestoras promove práticas ligadas ao corporativismo e clientelismo, que impactam de forma negativa a possibilidade de relações horizontalizadas entre Estado e sociedade (PEREIRA NETO, 2012).

Dessa forma, o aspecto permanente e deliberativo dessa participação popular perpassa pelo entendimento da função que desempenha um conselheiro de saúde, enquanto representativo, de participar e entender uma política pública e da capacidade de análise das interações de poder exercida pelos seus pares, que devem estar voltadas para perspectiva de permanente avaliação e vigilância sobre as ações de saúde implementadas pelo Estado, a fim de eliminar ou prevenir os desperdícios, os desvios e as malversações na aplicação dos recursos públicos destinados às políticas públicas de saúde dentro do contexto social (PEREIRA NETO, 2012; VENTURA *et al.*, 2017).

No Maranhão, os anos de existência do Conselho Estadual de saúde podem ser agrupados em dois períodos. Entre a sua implementação, em 2000, até 2014, o estado foi governado por grupo político pertencente ao Partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em 2014, este grupo político perde a eleição estadual para o Partido Socialista Brasileiro (PSB).

Compreender a dinâmica das relações políticas em âmbito estadual é fundamental para pensar seus efeitos no interior das instâncias do Controle Social. Este exercício analítico permitiria abrir um leque de possibilidades para maior compreensão das mudanças e das continuidades de práticas que entravam uma participação social mais efetiva. Todavia, dada a limitação temporal para construção da dissertação, o presente estudo dará ênfase à análise de documentos do próprio Conselho para investigar sua composição e suas tensões, sobretudo no processo de aprovação do orçamento público da saúde.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Controle Social do Estado do Maranhão: Perfil dos Conselhos” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) sob o parecer de número 2.835.442 e CAE n. 90328518.4.0000.5087.

5.1 Delineamento do Estudo

Tendo em vista a natureza do objeto de estudo e objetivos da pesquisa, propôs-se um estudo qualitativo do tipo documental. A abordagem qualitativa tem o princípio teórico básico que permite revelar processos sociais ainda pouco estudados referentes a grupos particulares, o que reforça a elaboração de novas abordagens, revisão e construção de conceitos e categorias. Distinguindo-se, assim, pela sistematização progressiva de conhecimento até o entendimento da lógica intrínseca do grupo ou do processo estudado (MINAYO, 2014).

A análise documental tem a capacidade de desvelar a situação e o contexto em que documentos foram produzidos, além de explicitar os valores culturais e ideológicos que motivaram e determinaram sua produção (FLICK, 2009). Nessa ótica, para tirar conclusões de pesquisas oriundas das análises de documentos, é necessário situar os sujeitos em um contexto histórico e social.

Partindo deste princípio, a pesquisa documental é produzida baseando-se em três aspectos, sendo o primeiro a escolha de documentos autênticos. Este levantamento documental é considerado o passo base para realizar a operacionalização de uma pesquisa, seguidos da avaliação sobre a acessibilidade e análise propriamente dita dos documentos (CELLARD, 2008; DRESCH *et al.*, 2015). Nesta pesquisa, tomou-se como objeto de estudo a análise da composição e da dinâmica do Conselho Estadual de Saúde, no Maranhão. A pesquisa foi realizada por meio do exame de documentos produzidos pelo próprio Conselho, e outros ligados a ele, no período de 2014 a 2020. Trata-se de um esforço analítico de interpretar o contexto e o jogo de interações retratadas nos documentos oficiais.

5.2 Local e Período de Estudo

O estudo foi realizado no Conselho Estadual de Saúde do Estado do Maranhão (CESMA) localizado na capital, a cidade de São Luís. Esse conselho foi criado pela Lei Estadual 7528 de 30 de junho de 2000, alterada pela Lei nº 8172 de 16 de setembro de 2004 que foram revogadas e substituídas pela Lei nº 11.034, de 28 de maio de 2019. Esta dispõe sobre a composição, a organização, as atribuições e o funcionamento do CESMA, e dá outras providências, que estabelecem as competências do CESMA. (MARANHÃO, 2000, não paginado; MARANHÃO, 2019)

O estado do Maranhão apresenta uma área de 329.651,495 km², dividido em 217 municípios e uma população estimada de 7.153.262 habitantes, entre os quais mais de um milhão de habitantes encontram-se concentrados principalmente na capital São Luís e em outros municípios com população superior a cem mil habitantes (IBGE, 2020).

De acordo com a pesquisa de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) realizada no período de 2012 a 2017, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o estado do Maranhão ocupa a penúltima posição do ranking do IDH quando comparado a outros estados. Este resultado evidencia uma profunda desigualdade social e de renda que impacta negativamente no acesso aos serviços básicos de saúde. Esta situação, corresponde ao maior desafio da efetivação de políticas sociais (BEZERRA, 2015; IPEA, 2019).

Este subprojeto foi realizado no período de janeiro a março de 2022, a partir da escolha e análise de documentos ligados ao CESMA. Foram analisados os Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde, Atas das reuniões mensais e/ou extraordinárias e Resoluções emitidas pelo conselho e os Planos Estaduais de Saúde no marco temporal de 2014 a 2020.

O recorte temporal foi determinado pela falta de acessibilidade as Atas e Resoluções expedidas pelo CESMA, em anos anteriores a 2014, uma vez que estes documentos ainda não se encontram disponíveis no site oficial da Secretária de Saúde do Estado.

5.3 Seleção dos Documentos para Estudo

Todos os documentos utilizados neste estudo para conhecer a dinâmica e a composição do Conselho ao longo do tempo foram definidos com base em dois critérios: o primeiro está relacionado ao grau de relação com o fortalecimento do controle social no estado e na gestão do SUS, pois são pautas de discussões do Conselho Estadual de Saúde e

expressam a organização, estrutura e funcionamento. O segundo diz respeito à acessibilidade, em que verificou-se que os Relatórios das Conferências de Saúde e os Planos Estaduais de Saúde encontram-se em meio eletrônico, enquanto as Atas foram obtidas no acervo físico do respectivo conselho.

Os Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde têm a função de orientar os governos municipais na elaboração de seus planos de saúde e garantir que os interesses e às necessidades na área da saúde tenham ações prioritárias bem definidas dentro do SUS, tornando-se uma peça fundamental para o fortalecimento do controle social (BRASIL, 1990). No decorrer de seu acontecimento, existem oficinas que buscam ampliar, junto à sociedade, a disseminação de informações sobre a importância da gestão compartilhada dentro do SUS.

O Plano Estadual de Saúde é um instrumento de gestão elaborado, em cada esfera de governo, para o desenvolvimento do planejamento e implementação de todos os eixos, objetivos e metas a serem realizadas no âmbito da saúde no período de quatro anos, compondo a base das atividades e da programação de cada nível da gestão do SUS (SUZART *et al.*, 2021).

É importante ressaltar e conhecer o processo de trabalho realizado nos Conselhos de Saúde, assim como a divulgação das decisões tomadas nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as Atas Normativas e as Resoluções publicadas em Diário Oficial da União (DOU).

As atas normativas são documentos que registram fatos ocorridos nas reuniões mensais ou extraordinárias dos Conselhos de Saúde, e que apresentam aspectos importantes na avaliação da composição dos segmentos sociais ao longo dos anos, por meio do registro do processo eleitoral. Apresentam ainda as particularidades do conselho durante o processo de votação das pautas orçamentárias.

As Resoluções emitidas pelos Conselhos de Saúde são emanadas das reuniões plenárias, sendo considerados atos normativos editados para manifestar suas decisões e que apresentam força de lei, devendo ser homologadas pelo chefe do poder executivo e publicizadas em meios de comunicação.

5.4 Instrumentos para Coleta de Dados

Utilizaram-se quatro roteiros estruturados e construídos para cada tipo de documento, com a finalidade de obter informações específicas de cada um. Em relação às atas ordinárias e extraordinárias pretendeu-se compreender, por meio da anotação das frequências, a

assiduidade e ausências dos membros do Conselho de Saúde. Nos registros dos pleitos eleitorais, buscou-se quem são as distintas entidades, instituições e movimentos sociais que compõem o conselho, bem como, destacar as principais pautas e pontos de tensionamentos entre os conselheiros de saúde (APÊNDICE A).

Nas resoluções buscaram-se os seguintes dados: assunto, os números das resoluções, das reuniões e das paginas de publicação em Diário Oficial da União (DOU) com suas respectivas datas, assim como, a ausência das publicações das resoluções. Também foram coletadas informações sobre as composições da Mesa Diretora (Presidente, Vice-Presidente, 1ª Secretária e 2ª Secretária) e da Secretaria Executiva (APÊNDICE B).

Os Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde possuem mesas temáticas com palestras, formação de grupos de trabalhos, com eixos, diretrizes e propostas. Nestes, buscou-se verificar a existência ou ausência de temas que se correlacionam com o fortalecimento do Controle Social no Estado do Maranhão (APÊNDICE C).

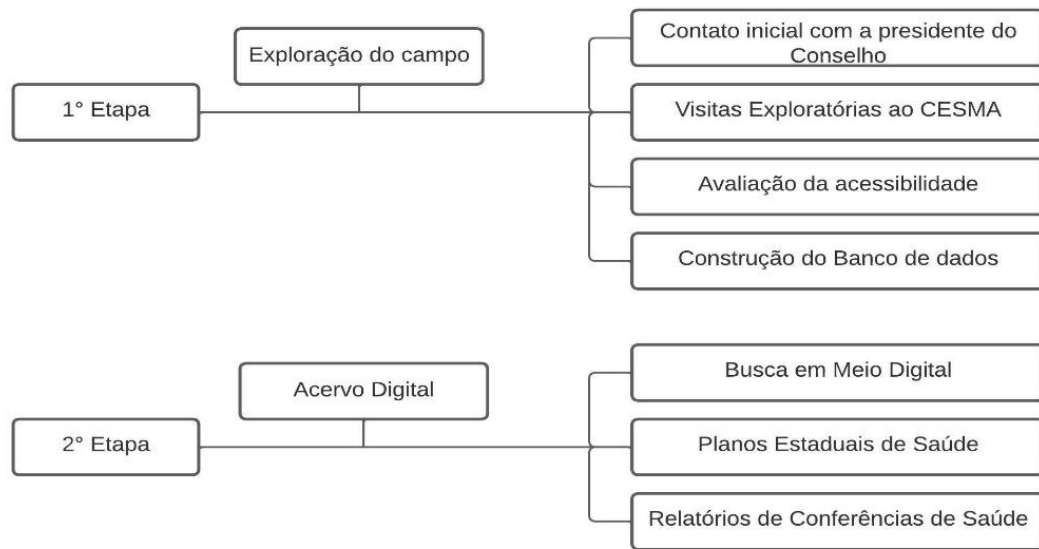
No que se refere aos Planos Estaduais de Saúde observou-se a existência (ou ausência) de eixos, diretrizes, metas ou objetivos específicos que buscassem ampliar e fortalecer o Controle Social, organizados de forma individual ou associada a outros programas e projetos, juntamente com a especificação da destinação de recursos para realizar as ações anuais (APÊNDICE D).

5.5 Procedimentos para Coleta de Dados e Trabalho de Campo

A pesquisa foi realizada em dois momentos. No primeiro, foi realizada a exploração do campo, a partir do contato estabelecido, de forma prévia, com a presidente do Conselho Estadual de Saúde, para apresentação do projeto de pesquisa. Após a pactuação, foram agendadas visitas exploratórias ao CESMA para avaliar a acessibilidade aos documentos que estavam ligados diretamente ao seu processo de trabalho, sendo estes as atas e resoluções.

Nesta etapa foi levantado todo o acervo disponível para pesquisa e logo em seguida, foi dado início a construção do banco de dados. No segundo momento, foi realizada uma consulta a sites oficiais para buscar os Planos Estaduais de Saúde e os Relatórios de Conferências de Saúde, de acordo com a figura a seguir:

Figura 1 – Etapas da coleta de dados



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

5.6 Análises de Dados

Os dados foram analisados segundo o referencial da análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin (2011). A análise de conteúdo fundamenta-se na descoberta dos núcleos de sentido que constituem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto estudado (MINAYO, 2014). A técnica pretende descrever e interpretar todo o conteúdo dos textos e organizar a análise em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

A pré-análise é a fase de organização do material. Tem como objetivo tornar os dados funcionais para sistematização das ideias iniciais, por meio da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação de hipóteses e a formulação de indicadores que fundamentem a interpretação final.

É dividida em quatro etapas: 1) Leitura flutuante, que é o primeiro contato com o fruto da coleta, permitindo conhecê-lo; 2) Escolha dos documentos que foram analisados; 3) Formulação de hipóteses e objetivos; 4) Referenciação dos índices e elaboração de indicadores que foram determinados pela separação dos documentos analisados (BARDIN, 2011).

A exploração do material é a fase da descrição analítica que tem por finalidade a construção da codificação, classificação e categorização do material examinado. Consiste em reunir todo material coletado (*corpus*) submetido ao aprofundamento do conhecimento, elucidado pelas hipóteses e referenciais teóricos (BARDIN, 2011).

A última fase da análise de conteúdo, tratamento, inferência e interpretação dos resultados, é caracterizada como o momento de análise reflexiva, intuitiva e crítica do material, captando os conteúdos contidos em todo material coletado o com intuito de destacar às informações resultantes (BARDIN, 2011).

O presente estudo enfatiza as categorias de análise oriundas das atas e resoluções relativas às características da composição do conselho e as suas particularidades durante o processo de aprovação do Orçamento Público da Saúde contidos nas atas e resoluções em virtude das limitações temporais para construção desta dissertação.

5.7 Considerações Éticas

Esta pesquisa faz parte do projeto “Controle Social do Estado do Maranhão: Perfil dos Conselhos” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, em conformidade com as normas estabelecidas na Resolução 466/12, foi aprovada com o parecer de nº 2.835.442 (ANEXO A).

Os pesquisadores esclareceram todas as dúvidas do CESMA com relação à pesquisa e o consentimento para acesso aos documentos foi formalizado mediante uma parceria entre a UFMA e CESMA construída, especificamente, para o estudo, com a finalidade de contribuir para o conhecimento da situação estrutural e organizacional dos conselhos do Estado do Maranhão.

6 RESULTADOS

Controle Social em Saúde no Maranhão: análise documental

Social Control in Health in Maranhão: document analysis

(a ser submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva, **Fator de impacto JCR 1.336.**

Qualis Capes B1|2013-2016|)

Glenda Pereira Costa Silva (<https://orcid.org/0000-0002-5586-3757>)¹

Judith Rafaelle Oliveira Pinho (<https://orcid.org/0000-0001-8857-8138>)²

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho (<https://orcid.org/0000-0003-1180-1586>)³

Resumo

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a dinâmica e a composição da instância para o controle social em saúde, a partir do Conselho Estadual de Saúde no Estado do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental, na qual foram analisadas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde do Maranhão, incluindo as resoluções, Planos Estaduais de Saúde e Relatórios de Conferências Estaduais, durante o período de 2014 a 2020. Os resultados são apresentados e discutidos a partir de duas categorias de análises: 1. CESMA: características de sua composição e 2. Particularidades do processo de aprovação do Orçamento Público da Saúde. Na primeira, estão indicadas as mudanças na distribuição dos assentos entre as entidades que compõem o conselho, após alterações na legislação estadual que rege este órgão. Na segunda, são abordadas as pautas nas quais emergem disputas de poder internas, ocasionando tensionamentos entre os conselheiros, sendo a principal delas a que se refere à gerência do orçamento público da saúde do Maranhão. Conclui-se que existiu por um longo período uma predominância da baixa representatividade, originária da ausência de renovação de membros, tendo como impacto negativo a permanência de grupos mais organizados. Também foram identificadas fragilidades na capacidade de o conselho acompanhar o Orçamento Público da Saúde. Dessa forma, o período analisado ilustra os avanços e os desafios, que perpassam pela persistência de relações assimétricas de poder que afetam a democratização do processo decisório.

Palavras-chave: conselhos de saúde; controle social; participação social.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Avenida Edson Brandão, S/N. Condomínio Eco Park II. Bloco 11. Ap. 201, 65045-680, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: glenda.silva@discente.ufma.br.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, 65020-070, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: judith.pinho@ufma.br.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, 65020-070, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: ruth.britto@ufma.br.

Abstract

This research aimed to evaluate the dynamics and composition of the instance for social control in health, from the State Health Council in the State of Maranhão. This is a documentary-type qualitative research, in which minutes of ordinary and extraordinary meetings of the State Health Council of Maranhão were analyzed, including resolutions, State Health Plans and Reports of State Conferences, during the period from 2014 to 2020. The results are presented and discussed based on two categories of analysis: Aspects of Social Participation within the scope of the State Health Council of Maranhão; The role of the State Council in the social control of the budget. The first indicates the changes in the distribution of seats among the entities that make up the council, after changes in the state legislation that governs this body. In the second, the agendas in which internal power struggles emerge, causing tensions between the councilors, the main one being the management of the public health budget in Maranhão. It is concluded that there was a predominance of low representativeness for a long period, originating from the lack of renewal of members, having as a negative impact the permanence of more organized groups. Weaknesses were also identified in the council's ability to monitor the Public Health Budget. In this way, the analyzed period illustrates the advances and challenges, which permeate the persistence of asymmetrical power relations that affect the democratization of the decision-making process.

Keywords: health councils; social control; social participation.

Introdução

O processo de formalização da participação social na área saúde teve seu início a partir do processo de democratização do país, na década de 70, sendo representado na prática pela sua incorporação ao texto da Constituição Federal de 1988, como um princípio e uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). O controle social foi implementado como prática democrática que possibilita à sociedade o exercício de um controle sobre o Estado. Trata-se de um instrumento que possibilita aos cidadãos acompanhar e fiscalizar as ações deste nas fases de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas. Configura-se, portanto, como um alicerce que impulsiona a prática da cidadania.

Em 1990 foram instaurados dois dispositivos constitucionais sobre o SUS, as Leis Orgânicas nº 8.080/90 e a nº 8.142/90. A primeira dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. A seguinte ratifica e regulamenta as Conferências de Saúde

e Conselhos de Saúde, como espaços de exercício da participação da comunidade na gestão do SUS, através do Controle Social, além de estabelecer normas sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde⁶.

Os Conselhos foram institucionalizados como espaços de caráter deliberativo e permanente, que inserem a sociedade civil no processo decisório e na fiscalização do manejo dos recursos públicos destinados ao SUS. Estes mecanismos são estratégicos para garantia de uma democracia mais participativa. Vários segmentos da sociedade civil, sendo eles: gestores institucionais, prestadores de serviços públicos, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde. Sua composição é paritária: 50% são representantes de usuários, 25% de trabalhadores do SUS e 25% para gestores e prestadores de serviços.^{6,7}

Os conselhos de saúde apresentam avanços institucionais consideráveis no exercício do controle social e na ampliação da cidadania. Todavia, apesar do aparato legal, enfrentam dificuldades com a falta de reconhecimento da própria população, a limitação da capacidade de intervenção dos usuários, mesmo com a paridade legalmente garantida em lei, burocratização para cumprimento de exigências legais, crise da democracia representativa e o risco de aprisionamento dos movimentos populares.^{8, 9, 10}

No Estado do Maranhão, a criação do Conselho Estadual de Saúde (CES), pela Lei Estadual n. 7.528 de 30 de junho de 2000, representou a institucionalização de um espaço social para a participação da comunidade na construção e avaliação de políticas públicas.¹¹ O Conselho, constitui-se pela interação entre novos atores institucionais, que representam entidades diversas e movimentos sociais.

Compreender os aspectos relacionados à composição e à dinâmica do Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CESMA), por intermédio da análise dos documentos que registram o exercício regular de suas práticas e atribuições, desponta como de fundamental

importância para conhecimento e, esperamos, o fortalecimento de instâncias de participação social.

Considerando que as atribuições dos Conselhos de Saúde perpassam pela atuação de seus membros na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas, as seguintes questões balizaram a realização do estudo: quais são as entidades que compõe o CES-MA? Quais as principais mudanças ocorridas em sua estrutura organizacional? As deliberações sobre o orçamento público da saúde atendem as demandas da sociedade?

Nessa perspectiva, o exame de uma situação concreta como o Estado do Maranhão, revela especificidades locais, mas também possibilita problematizar questões mais abstratas e importantes, a nível nacional, sobre os entraves à participação social mais efetiva na saúde em nosso país.

Dessa forma o presente estudo procurou analisar a composição e debates do CESMA, no período de 2014 a 2020, por meio do exame de diversos documentos no esforço de interpretar o cenário de tais interações, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido através da participação popular.

Material e Método

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo documental, que teve como base a análise de documentos que mantém relação com a atuação CESMA, localizado na capital, a cidade de São Luís. Esta técnica foi escolhida em função dos documentos terem a capacidade de desvelar a situação e o contexto em que foram produzidos, além de explicitar os valores culturais e ideológicos que motivaram e determinaram sua produção.¹²

Os documentos analisados foram: atas de reuniões ordinárias e extraordinárias e as resoluções do CESMA. A escolha foi baseada em dois critérios: o primeiro está relacionado

ao grau de relação com o fortalecimento do controle social no estado e na gestão do SUS, pois são pautas de discussões dentro do Conselho Estadual de Saúde e expressam sua organização, estrutura e funcionamento.

O segundo diz respeito à acessibilidade, pois as Atas e as Resoluções foram obtidas no acervo físico do respectivo conselho. Dessa forma, houve a necessidade da exploração do campo que foi realizada a partir do contato estabelecido, de forma prévia, com a presidente do Conselho Estadual de Saúde, para apresentação do projeto de pesquisa.

Após a sua anuência, foram agendadas visitas exploratórias entre janeiro e março de 2022 ao CESMA para avaliar a acessibilidade aos documentos que estavam ligados diretamente ao seu processo de trabalho, sendo adotado o recorte temporal em decorrência da falta de acesso aos arquivos expedidos em anos anteriores a 2014.

Ao finalizar esta etapa, foram aplicados dois roteiros estruturados e construídos para cada tipo de documentação, com a finalidade de extrair informações específicas de cada um. Em relação às atas ordinárias e extraordinárias pretendeu-se compreender, os registros dos pleitos eleitorais e quem são as distintas entidades, instituições e movimentos sociais que compõe o conselho, bem como, destacar as principais pautas e pontos de tensionamentos entre os conselheiros de saúde.

Nas resoluções buscaram-se os seguintes dados: assunto, os números das resoluções, das reuniões e das páginas de publicação em Diário Oficial da União (DOU) com suas respectivas datas, bem como, a ausência das publicações das resoluções. Também foram coletadas informações sobre as composições da Mesa Diretora (Presidente, Vice-Presidente, 1ª Secretária e 2ª Secretária), da Secretaria Executiva e as Comissões de Trabalho.

Análise das informações e registros

O acervo coletado, compilado e organizado é composto por: 76 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias e 93 resoluções. Todas as informações foram transferidas para uma planilha de dados em Excel®.

Devido à extensão do banco de dados delimitou-se a análise para o conteúdo das atas e resoluções do CESMA, partindo das competências descritas na Resolução nº 453/2012²¹ e na Lei Complementar nº 141 de 2012,¹³ respectivamente. A resolução dispõe sobre a definição, a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde nos diferentes níveis de atuação e sobre a prestação de contas do estado, na área da saúde. Inclui também o andamento da agenda de saúde pactuada; relatório de gestão; montante, fonte e forma de aplicação dos recursos; auditorias iniciadas e concluídas no período; oferta e produção de serviços na rede assistencial.

A lei complementar discorre sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Como resultado do tratamento do material, obteve-se a identificação das categorias temáticas conforme técnica proposta por Bardin ¹⁴ (2011). O processo analítico do conteúdo de pesquisa possibilitou a identificação duas categorias:

1. CESMA: características de sua composição e
2. As particularidades do processo de aprovação do Orçamento Público da Saúde.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Controle Social do Estado do Maranhão: Perfil dos Conselhos” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que

utilizará procedimentos quantitativos e qualitativos e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) sob o parecer de número 2.835.442

Resultados e Discussão

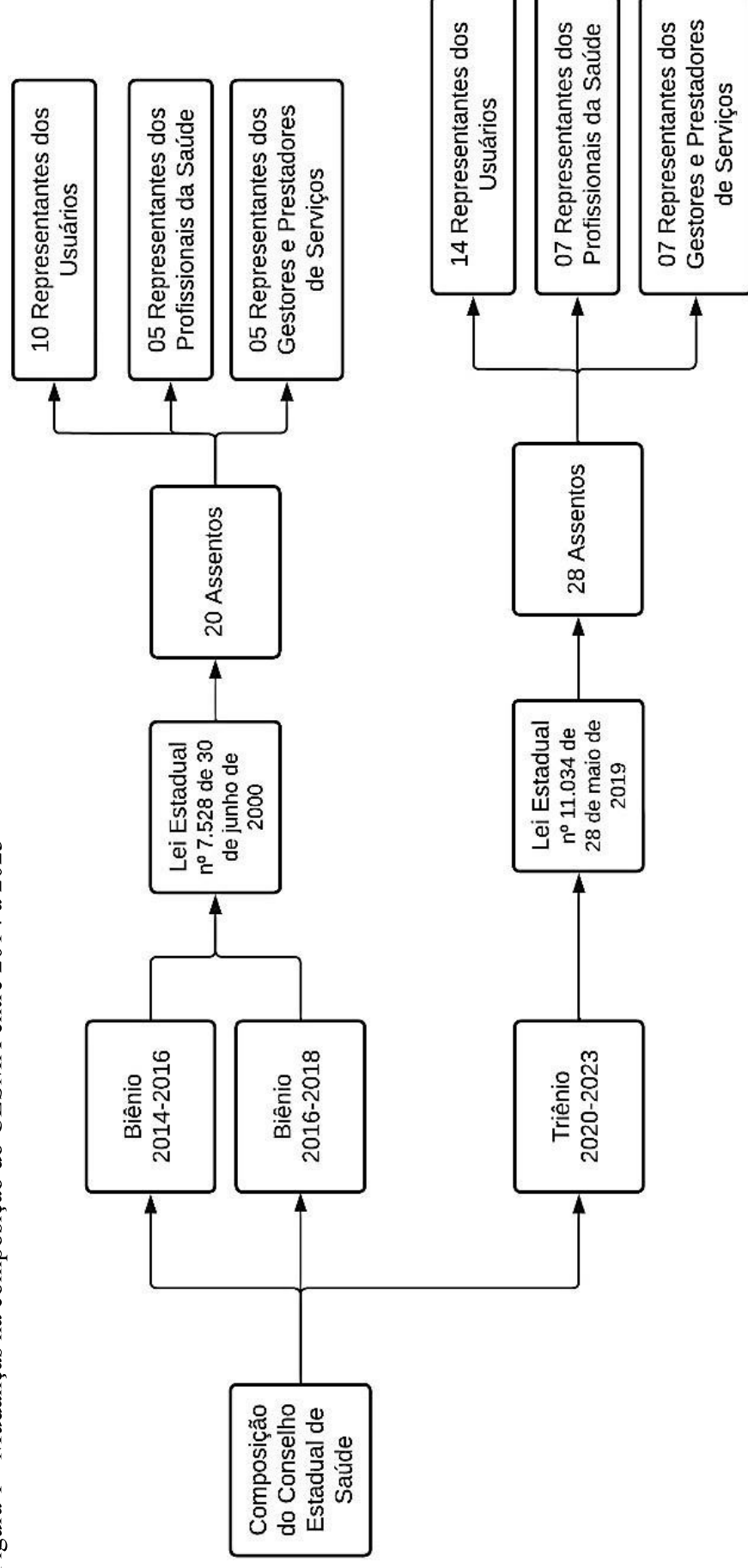
Duas categorias de análise serão exploradas na apresentação dos resultados: a primeira diz respeito a características da composição do conselho e a segunda às deliberações referentes aos aspectos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.¹³

1. CESMA: características de sua composição.

O CESMA foi criado pela Lei Estadual 7.528 de 30 de junho de 2000,¹¹ essa lei foi revogada e substituída pela Lei nº 11.034, de 28 de maio de 2019¹⁵ que dispõe sobre sua composição, organização, atribuições e seu funcionamento, e dá outras providências.

O presente estudo analisou a composição do conselho em dois biênios, correspondentes a 2014-2016 e 2016-2018, regidos pela Lei Estadual 7.528 de 30 de junho de 2000.¹¹ O período seguinte, que se refere ao triênio 2020 - 2023, regulamentado pela nova legislação. A mudança na legislação, no entanto, não altera o caráter paritário da composição do CESMA, que está dividida em três grupos: gestores e prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, apenas amplia o número de conselheiros, conforme a imagem a seguir:

Figura 1 - Mudanças na composição do CESMA entre 2014 a 2023



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Quadro 1 - Comparação entre representações de acordo segmento e período correspondente

Biênio 2014-2016	Triênio 2020-2023
Representantes do segmento governo e/ou prestadores de serviços	
Ministério da Saúde (MS)	Secretária de Estado da Saúde do Estado do Maranhão (SES/MA)
Secretária de Estado da Saúde do Estadodo Maranhão (SES/MA)	
Conselho de Secretários Municipais deSaúde do Maranhão (COSEMS/MA)	
Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA)	
Assessoria de Saúde das GerênciasRegionais	
Prestadores de Serviços Filantrópicos	
Gestores de Unidades Públicas de Saúde (GUP)	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (COSEMS/MA)
Representantes do segmento de trabalhadores da área da saúde	
Conselho Regional de Enfermagem (COREN/MA)	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Maranhão
	Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público do Estado de Maranhão
	Sindicato dos Trabalhadores do Controle de Endemias do Maranhão
Conselho Regional de Medicina(CRM/MA)	Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado do Maranhão
	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Estado do Maranhão
Conselho Regional de Odontologia(CRO/MA)	Sindicato de Cirurgiões Dentistas do Estadodo Maranhão
	Conselho Regional de Enfermagem (COREN/MA)

Representantes do segmento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)	
Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura do Estado do Maranhão	Central Única dos Trabalhadores (CUT)
Federação da Agricultura do Estado	Central dos Trabalhadores e Trabalhadores do Brasil
Federação das Indústrias do Estado do Maranhão	Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
Federação dos Trabalhadores das Indústrias do Estado do Maranhão	União Brasileira das Mulheres
Pastoral da Criança do Estado do Maranhão	Movimento Nacional da População de Rua
Federação do Comércio do Estado do Maranhão	Federação dos Sindicatos dos Pescadores Profissionais, Artesanais, Aquicultores, Marisqueiros, Criadores de Peixe, Marisco e Trabalhadores na Pesca do Estado do Maranhão
Federação dos Empregados do Comércio do Estado do Maranhão	Pastoral da Criança do Estado do Maranhão
Fórum das Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias	União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado do Maranhão
Confederação Geral dos Trabalhadores	Associação da Periferia do Maranhão
	Federação dos Empregados no Comércio e Serviços do Estado do Maranhão
-	Fórum Maranhense de Resposta Comunitária de Luta contra as IST/AIDS e Hepatites Virais
-	Federação dos Trabalhadores na Indústria do Estado do Maranhão
-	União Geral dos Trabalhadores

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Quanto à distribuição desses assentos por biênio e segmento representado, pode-se observar que entre os anos de 2014-2016, das vinte vagas existentes, dez 10 pertencem ao grupo dos usuários, respeitando a paridade.

Chama atenção nesta composição que as entidades representativas dos usuários, em sua grande maioria (6) sejam confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, listadas a seguir: Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura do Estado do Maranhão; Federação da Agricultura do Estado do Maranhão; Federação das Indústrias do Estado do Maranhão; Federação dos Trabalhadores das Indústrias do Estado do Maranhão e Federação dos Empregados do Comércio do Maranhão.

Contudo, estes dados sugerem a existência de fragilidades na representação dos conselheiros. Destaca-se ainda, que esta configuração estava prevista e assegurada pela primeira lei de criação do conselho. As representações estabelecidas entre os conselheiros de saúde e suas respectivas entidades, no segmento dos usuários, observa-se a existência de distanciamento entre os representantes e as comunidades, sinalizando uma deformidade da ocupação destes espaços. Nesse contexto, Bispo Júnior e Gerschman ¹⁶ (2015) afirmam que representantes que fazem parte deste grupo, mas que se identificam e militam com outros segmentos, tendem a contribuir com desmobilização do interesse entre seus pares, além de afetar gravemente a paridade e a correlação de forças no interior dos conselhos.

Ainda neste período, foram identificados outros problemas relativos à categoria dos gestores e prestadores de serviços; e profissionais de saúde. Os critérios de proporcionalidade das vagas, destinadas a cada segmento, não estão claras na legislação, estando os profissionais da saúde representados apenas por três instituições, sendo elas: o CRM, COREN e CRO. Com relação às vagas destinadas a categoria dos gestores estavam distribuídas entre órgãos gestores das esferas federal, estadual e municipal juntamente com representantes de instituições de saúde.

Este cenário está intimamente interligado com a questão da democracia interna nas práticas dos conselhos de saúde. Nesses espaços existe a formação de uma “elite de referência”, que pelo exercício do poder consegue ter maior influência em relação a outras representações e, que, geralmente possuem uma maior capacidade técnica ou política e maior perfil socioeconômico.¹⁷

No caso do CESMA, as autoras sugerem que os conselheiros enfrentam dilemas decorrentes da falta de compreensão sobre o critério da paridade associados com a ausência de definição clara sobre o papel social e político das diversas instituições que o compõem, sobretudo no segmento dos usuários, podendo gerar relações de indução políticas que implicam em baixo desempenho das instâncias participativas, por conduzir a atividade dos participantes em desconexão com os grupos representados. Como pode ser observado no fragmento extraído de atas de reuniões com essa pauta em debate:

Ata da Centésima sexagésima quinta Reunião Ordinária (165ª Reunião Ordinária de 11 de Janeiro de 2016)

“A representante da Pastoral da Criança (usuária) passa a palavra para o representante da UGT (usuário) que começou a apresentação sobre a Resolução 453 que enfatizou a importância dessa discussão devida sempre ser mencionada nas auditorias, portanto é bom conhecê-la. Na segunda diretriz , que trata da instituição e reformulação do conselho, enfatizou a necessidade do conselho saber exercer o seu papel. Falou sobre a reformulação do CES-MA que hoje funciona de acordo com a paridade, porém ressaltou a importância de inclusão de outros conselhos, citando vários existentes, dentre eles o Conselho Indígena...”

O estudo de Bispo Júnior (2018)¹⁶ mostrou similaridades de resultados com esta pesquisa quanto à análise feita sobre a Composição do Conselho Estadual da Bahia (CES/BA), que manteve entre os anos de 2003-2012, uma situação não condizente com os critérios de paridade entre os representantes do segmento dos usuários, dos 12 assentos destinados ao segmento, cinco pertenciam a representantes do empresariado, a exemplo da Federação de Indústria do Comércio do Estado da Bahia (FIEB).¹⁶ Somente a partir de 2012, o referido conselho passa por uma reestruturação em decorrência da entrada de uma nova gestão estadual, com a ocupação do empresariado no interior da representação dos usuários, caindo de 33% para 9%.

De acordo com Pereira; Cardoso ¹⁹ (2018) , é importante compreender que o controle social é institucionalizado como espaço político, e dessa forma entram em cena interesses, representações e práticas que nem sempre correspondem às necessidades dos distintos grupos que compõem a população. E a manutenção de um grupo restrito de atores constitui um processo elitista de participação social, o que pode indicar forte razão para o distanciamento de outros personagens com capacidade de contribuir na elaboração contribuir na elaboração das políticas públicas.²⁰

Partindo para o segundo biênio (2016-2018), é possível observar que existe um processo de renovação ainda pouco expressivo e abaixo do que é preconizado na resolução nº 453/2012,²¹ que recomenda que a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços promovam uma mudança de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

Segundo Lüchmann (2007),²⁹ a qualidade e a legitimidade da representação são dependentes do grau de articulação e organização da Sociedade Civil, e a participação constitui um fator chave para a boa representação. A ausência de uma capacidade associativa

de determinados grupos em torno de seus direitos pode ser um elemento que dificulta a ocupação de seus lugares legítimos

Com a homologação da nova Lei nº 11.034, de 28 de maio de 2019¹⁵ que dispõe sobre a composição, a organização, as atribuições e funcionamento do CESMA, pode-se observar avanços significativos quanto à distribuição dos assentos por segmento representado quando comparado aos últimos dois biênios, por intermédio de uma paridade equânime e com uma maior pluralidade de atores envolvidos, demonstrados na Tabela 01.

Neste sentido, o destaca-se que o segmento dos usuários, no qual foi possível identificar a diminuição da participação de confederações e federações totalizando apenas quatro (Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado do Maranhão, Federação dos Empregados no Comércio e Serviços do Estado do Maranhão, Federação dos Trabalhadores Rurais e Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado do Maranhão e Federação dos Trabalhadores na Indústria do Estado do Maranhão) e a entrada de movimentos sociais que representam distintos grupos da sociedade nesta nova conjuntura.

Rocha *et al.* ²⁰ (2020) definem que o envolvimento dos cidadãos nos processos decisórios tem como finalidade tornar as políticas públicas mais responsivas e adequadas às realidades das populações, estabelecendo novas relações entre Estado e sociedade. Outro aspecto analisado, é que as relações estabelecidas entre os conselheiros de saúde e suas respectivas entidades, no triênio evidencia a existência de um alto grau de proximidade entre os representantes e as comunidades representadas, a exemplo, do segmento dos profissionais da saúde com a entrada de vários sindicatos de diferentes classes. Além disso, os conselheiros do governo e dos profissionais da saúde obtiveram a definição do quantitativo de assentos que pertencem a cada um.

É importante salientar que ao longo dos anos de desenvolvimento das instâncias participativas na saúde, um conjunto de inovações foram mencionadas de maneira

positiva, dentre elas, figura a recomendação da legislação nº 33/92, a qual recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros. O CESMA, a partir da sua nova lei, em seu primeiro triênio, elege sua primeira presidente, representante do segmento dos usuários. Dessa forma, este é um fato histórico que marca uma nova ordem de organização, em contraponto, aos anos anteriores, em que o conselho foi presidido por secretários de saúde.

Assim, essa prática, ainda influenciava diretamente na escolha dos atores sociais que viriam para compor a Mesa Diretora e a Secretária Executiva do CESMA. Todas as mudanças eram tangidas pelas modificações político-organizativas decorrentes das trocas do cargo de Secretário de Saúde, que passavam a indicar um nome para assumir a secretária executiva, e posteriormente convocavam uma eleição para escolha dos cargos da mesa diretora (vice-presidente; 1º secretário e 2º secretário), sem que houvesse, na grande maioria das vezes, uma composição paritária.

Deve-se apontar que no Maranhão ainda permanece uma situação não recomendada desde 1992, já que 22,12% dos conselhos de saúde ainda eram presididos por secretários de saúde.²² Tal situação restringe a autonomia dos conselheiros, já que o processo de participação está diretamente ligado às relações de poder, pois estas arenas participativas não se configuram como espaços neutros.

Grupos organizados e que já possuem interesses específicos e ou pessoais, diante das demandas apresentadas, acabam por conquistar o direito de influenciar as decisões que os afetam. Dessa forma, as decisões tendem a ser direcionadas para atender interesses pessoais ou mercadológicos, que, possivelmente, não são dos usuários do sistema.²⁰

A composição do CESMA traz reflexões acerca de várias modificações sofridas aos longos dos anos, tendo como grande marco histórico, a modificação da sua lei de criação, a qual permitiu a ampliação da participação de movimentos sociais com intuito de qualificar os processos de gestão das políticas públicas.

No entanto, segundo Miwa *et al.*²³ (2017), vários estudos indicam que ainda existe uma participação tímida e incipiente dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, fato este, considerando como grande entreve do controle social, indicando que há ainda um longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja efetiva na condução do exercício da democracia participativa.

2. As particularidades do orçamento público da saúde no âmbito do conselho

Os Conselhos de Saúde, instituídos como mecanismos de controle social, com caráter deliberativo, fiscalizador e informativo tem como uma de suas funções vitais realizar o acompanhamento da prestação de contas da administração pública no setor da saúde.

É a partir da Lei Complementar 141 de 2012¹³ os conselhos passam a ter uma função de destaque na gestão do SUS, uma vez que nessa lei toda prestação de contas deverá ser aprovada pelos conselhos que podem inclusive vetar Relatórios de Gestão (RAG). Nessa perspectiva, os conselhos podem refletir não só as demandas da sociedade, mas também demandas que refletem interesses políticos locais.

O cabo de guerra da alocação de recursos

A temática orçamentária ocupa um espaço de destaque nos debates ocorridos no CESMA, sendo um dos principais pontos de tensão e embates entre seus componentes. Durante a leitura dos documentos, pode-se notar diferenças consideráveis e também similaridades entre os anos analisados.

Nos anos de 2014 e 2015 observou-se similaridades em relação à limitação da participação dos conselheiros durante o debate sobre as prestações de contas e de relatórios de gestão. Após a mudança da presidência do conselho, ainda em 2015, percebe-se uma inquietação no sentido de que haja maior participação dos conselheiros.

No entanto, observa-se que os gestores mantem controle sobre as discussões da temática no plenário do conselho, enquanto uma parcela restrita dos conselheiros estaduais

mobiliza o espaço político do CESMA para debater sobre a alocação dos recursos financeiros, a outra, formada em grande parte pelos representantes da SES/MA minimiza os questionamentos oriundos dessas discussões. Como pode ser observado no fragmento extraído de ata:

Ata da Centésima Quinquagésima Segunda Reunião Ordinária (152ª 17 de Novembro de 2014)

“O conselheiro representante do FIEMA (usuário) pediu que seja posta em prática pelos conselheiros a Lei Complementar 141 que muito auxilia os conselheiros em suas deliberações. Disse que nas reuniões do Conselho nada foi aprovado por ele. Disse, ainda, que o Conselho precisa ser reformulado e que cada conselheiro possa contribuir melhor com a discussão das pautas e votação das mesmas”.

Observa-se que essa solicitação demonstra uma necessidade de que as deliberações estejam alinhadas ao que versa a lei sobre os gastos em saúde. Pode-se sugerir que essa fala representa uma inquietação por mudanças e até insatisfação sobre as relações de poder existentes entre os conselheiros.

Em sequência, pode-se observar um contexto semelhante registrado em ata de reunião do ano de 2015. Ainda que tenham sido apontadas inconformidades no relatório apresentado, ele é aprovado e há somente uma abstenção.

Ata da Centésima sexagésima quarta Reunião Ordinária (164ª Reunião Ordinária de 01 de Setembro de 2015)

“Continuando, foi apresentado o RDEO do primeiro quadrimestre de dois mil e quinze pela Técnica da ASPLAN (SES) , a qual focou principalmente nos programas que compõem o plano plurianual de

dois mil e doze a dois mil e quinze, nas unidades de saúde públicas e privadas nas esferas governamentais, os tipos de estabelecimentos do Estado, a produção por financiamento e o consolidado de janeiro a abril (de dois mil e quinze, conforme documento apresentado que ficará à disposição nos arquivos da secretaria executiva do conselho. Falou que a pactuação do Estado só fechou em agosto deste ano. O conselheiro representante do Fórum de Pessoas com deficiências e patologias (usuários) comentou sobre a metodologia da apresentação ficou um tanto difícil de compreensão, o conselheiro achou o relatório muito vago. A Técnica da ASPLAN (SES) explicou que o relatório consolidado por ser muito extenso fica difícil ler tudo, pois o resumo apresentado é tudo que consta no relatório. O representante da UGT (usuário) que a auditoria se processa em duas etapas; parcial com algumas dúvidas e a final que é a conclusão. A mesa colocou em votação sendo aprovado com a maioria de votos, com apenas uma abstenção”.

Esse registro é importante para ratificar a inquietação registrada em 2014 sobre a necessidade dos conselheiros deliberarem conforme a lei 141 de 2012.¹³

Outra fragilidade está relacionada ao ritmo de trabalho do CESMA, no que diz respeito às discussões do orçamento que são marcadas por uma periodicidade variável das reuniões. Há relatos encontrados na comissão Comissão Técnica de Orçamento, Finanças, Análises de Prestação de Contas e Auditorias que avalia as pautas orçamentárias de que as reuniões não apresentam um cronograma regular e que o tempo de leitura e avaliação dos relatórios enviado pela SES/MA é, via de regra, curto.

A mesma reclamação está presente nas prestações das contas públicas. Segundo conselheiros, trata-se de uma grande responsabilidade, a aprovação ou reprovação dos planos apresentados pela administração, todavia o prazo para o exercício da análise é considerado pequeno.

Estes fatos acarretam como consequência o acúmulo de relatórios de gestão (RAG) que necessitam ser avaliados pela Comissão Técnica de Orçamento, Finanças, Análises de Prestação de Contas e Auditorias, que emite pareceres favoráveis ou desfavoráveis em relação aos dados apresentados. Dessa forma, o tempo curto conferido pelo Estado para avaliação detalhada dos gastos pelos conselheiros é alvo de críticas por parte dos mesmos. Este procedimento dificulta o interesse pela temática, restringindo informalmente o acesso a grupos específicos.

As dificuldades relacionadas às análises de relatórios orçamentários não se referem somente às não conformidades encontradas nos documentos, o prazo de envio da documentação para análise e suspensão de reuniões também desmobilizavam os conselheiros.

Ata da Centésima Quinquagésima Quarta Reunião Ordinária (154º de 05 de fevereiro de 2015)

“A representante do CRO (trabalhadores) deu boas vindas ao presidente e disse que o CES/MA não ainda não teve condições de exercer suas ações; disse que os instrumentos devem chegar com antecedência ao Conselho para ser examinado pelas comissões para emissão do parecer.”

Ata da Centésima Quinquagésima Reunião Ordinária (150º de 22 de setembro de 2014)

“A conselheira representante dos Prestadores de Serviços Filantrópicos (gestor) reclamando das suas diárias para participar das reuniões devido morar no município de Vargem Grande- MA, que

não caem em tempo hábil. Sobre a mobilização para as reuniões, reclamou que na penúltima reunião não foi comunicada sobre o aviso de não realização da mesma, tendo se deslocado do seu município e chegando em São Luís, fez a ligação para o Conselho, sendo avisada da não realização da reunião, perguntou, de quem é a responsabilidade de autorização para mobilizar e desmobilizar reuniões?”

Ata da Centésima sexagésima quarta Reunião Ordinária (164º de 09 de Maio de 2016)

*“Para o segundo item (apresentação do RDEO), a técnica da ASPLAN justificou da impossibilidade de apresentá-lo por estar há pouco tempo à frente do setor (ASPLAN) não deu tempo de se inteirar completamente do assunto e solicitou ao Conselho uma reunião extraordinária ainda este mês para poder apresentá-lo alegando urgência na aprovação. O Conselho aprovou uma reunião extraordinária para o dia vinte e um de dezembro de dois mil e quinze. O senhor representante da UGT (**usuário**) reclamou da falha da Secretaria (de saúde – grifo nosso) não mandar o relatório em tempo hábil visto que o segundo quadrimestre deveria ser apresentado em setembro, a vice-presidente (**trabalhadores**) falou que o Conselho também deveria ter solicitado em tempo hábil”.*

O trecho acima é de uma reunião de 2016, após mudança de governo. Vale ressaltar que há um diálogo entre representantes das categorias usuário e gestor. No entanto, há uma mudança de postura do representante da gestão, que ao ser cobrado pelo envio do relatório em tempo hábil, retruca essa fala afirmando que o conselho também deveria ter cobrado o envio de tal documento.

Esse é um marco importante, pois pode representar enfim uma mudança de postura do representante da gestão, enquanto o usuário permanece na mesma cobrança sem efetivamente atuar para que tal situação mudasse.

Em sequência, observa-se o registro de uma atitude que podemos sugerir como um marco para uma sequência de apontamentos de problemas com relação ao envio do relatório orçamentário: o agendamento de uma reunião extraordinária, para que esse documento pudesse ser melhor analisado.

Ata da Centésima Nonagésima Primeira Reunião Ordinária (191º de 05 de março de 2018)

*“Quanto ao Item Apresentação e discussão do RDEO a Conselheira representante do Ministério da Saúde (**gestor**) explica que devido à comissão não ter reunido não foi possível analisar todas as informações e com isso não conseguiram concluir o relatório, diante disso sugere que seja feita reunião extraordinária com pauta única, constando apresentação do RDEO e RAG, todos concordaram e foi aprovado em plenária.”*

Além das observações discutidas acima, pode-se notar que existe uma tendência dos conselheiros em votar de acordo com os pareceres emitidos pela Comissão Técnica de Orçamento, Finanças, Análises de Prestação de Contas e Auditorias, criada para realizar as análises sobre a temática orçamentária. Apesar de manter um bom nível discursivo em suas reuniões plenárias, e rotineiramente os conselheiros pertencentes a esta comissão, fazerem ressalvas e pedidos de esclarecimentos sobre o orçamento, as contas públicas durante o período analisado nunca foram reprovadas.

Não estamos necessariamente apontando esse fato como problema, visto que a comissão foi criada para esse fim. E a pactuação de envio dos relatórios em tempo hábil de

análise pode ser o motivo dos demais conselheiros se sentirem confiantes em aprovar o que a comissão analisou.

Quando a temática orçamentária entrava em pauta, a dinâmica adotada constituí-se de uma apresentação técnica, feita geralmente por especialistas da SES/MA, e em seguida, ocorria breve discussão baseada na leitura do parecer da comissão, contando com breves momentos para os conselheiros esclarecerem possíveis dúvidas, e logo após a votação para se aprovar ou reprovar o Relatório Quadrimestral, Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Abaixo alguns trechos de atas que retratam a forma de como os pareceres passaram a ser apresentados:

Ata da Centésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária da 197ª Reunião (03 de setembro de 2018).

“Dando sequência, teve a Apresentação e do Parecer do Relatório Detalhado de Execução Orçamentária/RDEO-1º Quadrimestre 2018/ e Relatório Resumido de Execução Orçamentária/RREO-2º Bimestre/2018, tendo como Relator o Conselheiro representante da Pastoral da criança (usuário) , representando a Comissão Técnica de Orçamento, Finanças, Análise de Prestação de Contas e de Auditorias. A referida Comissão sugere cobrar as medidas que estão sendo tomadas pela SESMA para sanar os baixos resultados e sugere também a reinclusão como indicador do estado, os dados referentes ao Pré-natal, número de consultas e vacinas dispensadas as parturientes como medida para baixar os índices de mortalidade materno e infantil perinatais. A incorporação de número maior de auditores elevou também o numero de auditorias para 98. O índice de

recursos próprios aplicados na saúde (EC29) alcançou 12,03% no primeiro quadrimestre. A Comissão, ainda sugere ao CESMA requisitar as seguintes informações adicionais: lista das empresas que prestam serviços ou são fornecedoras da SESMA, descrevendo o objeto e o valor dos respectivos contratos e seu período de vigência; Lista dos servidores de saúde do estado com o tipo de contratação, carga horária, lotação, remuneração, inclusive gratificação do SUS; Lista das pactuações da CIB ocorridas em 2018, objeto e eventualmente os valores contidos na mesma”.

Ata da Ducentésima Reunião Ordinária (201º de 14 de janeiro de 2019)

“Após, o conselheiro da Pastoral da Criança (usuário) pede a palavra para fazer vários questionamentos como: 01. Parecer da comissão de fundo da PAS que foi apresentada ao CESMA na reunião do mês de janeiro que na ocasião fez uma cobrança da lista de serviços oferecidos, lista de fornecedores, contratos, valores e execução desses serviços, e pergunta aos representantes da Secretária Executiva do CESMA se foi solicitado ao SESMA os referidos questionamentos; 02- Quer uma explicação sobre o fechamento de várias UPAS que não foi repassado do CESMA; 03- Hospital de Chapadinha que foi inaugurado e o CESMA não sabe quais os serviços são oferecidos ao mesmo; 04- Planejamento cobrado do RAG/2018, com prazo até 30 de março para a Comissão fazer o parecer e que recebeu informação de uma servidora que o sistema não vai abrir em tempo hábil para entregar o parecer e gostaria da presença do presidente do conselho para fazer essas

explicações; 05- Exoneração do Secretário Adjunto da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, que desempenhava um trabalho digno e de compromisso com o serviço público; 06- Como anda o PGASS?[]”

Esse modelo de condução das discussões sobre as pautas orçamentárias expressa uma prática de indução em favor da aprovação do orçamento público da saúde, visto que os debates são conduzidos de uma forma em que os gestores mantêm um controle do tempo (de leitura, reflexão e apresentação) e domínio sobre o conteúdo, enquanto somente uma parcela restrita de conselheiros pertencentes à comissão específica de trabalho conseguem argumentar sobre a alocação de recursos e a ampliação dos serviços de saúde para a população.

No contexto analisado até aqui, pode-se apontar a existência de relações assimétricas de poder e as dificuldades visíveis das entidades representativas, sobretudo, no segmento dos usuários de vocalizarem um julgamento ponderado sobre as contas públicas, sinalizando um processo de avanço limitado no desenvolvimento da participação social ocasionando uma fragmentação do interesse pela temática.

Embora a pauta orçamentária apresente uma relevância para o exercício do controle social, é importante destacar que a aprovação ou reprovação das contas públicas são pautados por direcionamento da gestão, verifica-se que este segmento mantém um controle sinalizando a existência de relações assimétricas de poder entre os conselheiros.

Outro grande entrave está relacionado à participação ativa de todos os segmentos que compõem o CESMA nas pautas orçamentárias, sobretudo dos usuários, e que podem estar ligados às legislações e aos instrumentos complexos usados pelos técnicos da administração pública na prestação de contas, sistemas estes em que os conselhos recebem o acesso, mas que dificultam a compreensão, a avaliação e a transparência no repasse das informações.

Embora, os instrumentos de gestão façam parte da rotina de trabalho dos conselheiros de saúde, por vezes, muitos estudos demonstram que eles ainda são desconhecidos pelos mesmos, em especial, no segmento dos usuários.⁷

A Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012,³⁰ propõe que os todos os instrumentos de gestão do SUS, incluindo a Programação Anual de Saúde e os Relatórios Anuais de Saúde devem ser obrigatoriamente disponibilizados para acesso público no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), o qual os conselheiros de saúde também têm acesso de informações sobre as contas públicas.

No entanto, as esferas administrativas detem um papel importante na promoção da transparência e da visibilidade dos dados referentes ao orçamento público por meios eletrônicos de fácil acesso público, visto que o direito a informação é assegurado por lei e essencial para manutenção da participação e fiscalização dos cidadãos, usuários e instituições que exerçam o controle social em saúde.³¹

De acordo Fleury *et al.*²⁶ (2010), as linguagens essencialmente técnicas utilizadas nos balancetes periódicos, mecanismo mais usado para a prestação de contas pelas secretarias de saúde, representam um obstáculo ao avanço da transparência se não for combinada com outras formas de prestação de contas, pois há dificuldade no entendimento das informações ofertadas.

Silva *et al.* (2020)³² aponta que os Conselhos de Saúde são responsáveis pela elaboração e promoção de capacitações que apoiem o fortalecimento do Controle Social nos estados brasileiros. No entanto, apenas 61,3% dos Conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) desenvolviam ações de educação permanente, com prevalências mais elevadas na região Norte, especialmente nos estados do Acre, Rondônia e Amapá, os quais apresentavam, respectivamente, 78,3%, 77,5% e 76,5% de qualificação dos seus conselheiros de saúde.

Nesse sentido, ressaltamos o registro de uma oferta de formação técnica aos conselheiros. Não foi possível identificar os caminhos que levaram à essa conquista.

Ata da Ducentésima Nona Reunião Ordinária (209º de 02 de setembro de 2019)

“Dando sequência, a conselheira representante do Ministério da Saúde (gestor) apresenta o agendamento da capacitação do DIGISUS para os conselheiros estaduais, que será no treze de setembro no Ministério da Saúde-MA, localizado no Shopping do Jaracati, de 08h às 12h, e diz que espera os conselheiros compareçam na capacitação.”

Diante disso, outros estudos destacam ainda que as informações repassadas de modo sintético e a dependência financeira do órgão, também podem ser usadas como moeda de troca em aprovações de pareceres.^{24, 25, 26} Nessa ótica, outros estudos apontam que a reduzida participação dos usuários nos conselhos, em parte, está associada ao baixo reconhecimento da própria comunidade em relação às funções dos membros do conselho de saúde e ao caráter voluntário desse cargo.^{7, 28}

De um lado estavam os conselheiros de saúde, que adotavam uma postura de prestar pouca atenção às informações fornecidas nos relatórios de prestação de contas e tecerem comentários pontuais e ligados estritamente à área de atuação profissional, sem que houvesse a ocorrência de debates relacionados aos dados contidos no relatório. Do outro, os gestores da Secretaria de Saúde limitavam-se a apresentar o conteúdo técnico-financeiro, evidenciando interesse distinto entre os grupos.

No caso do CESMA, vale ressaltar que este caráter voluntariado, implica em alguns questionamentos transversais sobre o orçamento destinado pela SES/MA para subsidiar as suas ações anuais. Em diversos momentos, destacam-se tensionamentos entre os conselheiros com a SES/MA acerca de alguns benefícios cedidos pela secretaria de saúde destinada a

viabilizar o acontecimento das reuniões mensais do conselho, a exemplo do veículo utilizado como transporte pelos membros do CESMA.

Dessa forma, o CESMA dentro dos debates sobre as pautas orçamentárias vem se caracterizando muito mais como espaço de homologação das proposições orçamentárias da gestão estadual do que como locus de avaliação e direcionamento das contas públicas aplicadas para manutenção ou desenvolvimentos de políticas públicas e serviços de saúde.

Os resultados desta pesquisa apresentaram similaridades com um estudo realizado por Oliveira *et al.*,² sobre a prestação de contas de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) que demonstrou a existência de uma diferença de comportamento entre representantes do Estado e conselheiros de saúde em relação à corresponsabilidade exercida por ambos ao tratar sobre contas públicas.

Sobre os temas discutidos no âmbito do conselho, os referentes às prestações de contas e aprovação de relatórios foram predominantes. Contudo, cabe refletir sobre o processo de democratização do setor saúde, que segundo Bispo Júnior (2018),¹⁶ perpassa pela compreensão que somente a exigência legal do funcionamento dos conselhos de saúde, por meio das legislações estabelecidas, não é suficiente para garantir sua eficiência, sendo necessária uma mudança de postura das autoridades governamentais, sobretudo no compartilhamento do poder.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa trazem uma reflexão sobre o impacto da análise composição e a dinâmica do Conselho Estadual de Saúde no fortalecimento controle social em saúde no estado do Maranhão. Nos últimas quatro anos, no Brasil, a fragmentação das demandas sociais modificou os inúmeros aspectos envolvidos na mobilização social, incorporando novas demandas relacionadas à precarização desses espaços de decisão sobre as políticas públicas.

Nesta ótica, estas arenas ainda são institucionalizadas, e por muitas vezes, exercem uma linha de atuação, que hierarquiza-se e legitima-se em função de grupos que apresentam interesses específicos que se distanciam das reais necessidades da população. Essa lógica de funcionamento é antagônica a função dos conselhos de representar o olhar crítico da sociedade diante das decisões da administração pública.

A questão de fundo, a qual norteou a construção de grande parte deste artigo, é a importância dos documentos e os dados que esses revelam sobre o funcionamento dos conselhos de saúde nos estados brasileiros, e que permitem avaliar diferentes entraves relacionados à participação popular e ao controle social dentro do SUS.

A pesquisa sobre o CESMA mostrou, de certa maneira, os conflitos sociais e/ou políticos que estão organizados segundo uma seletividade que é imposta por grupos específicos que compõem ou representam os interesses do Estado, imprimindo às atividades dos conselheiros estaduais barreiras à sua efetiva ação.

Dessa forma, umas das principais atribuições do conselho, realizar o acompanhamento da execução orçamentárias das políticas públicas no estado, é também uma espécie de “cabo de guerra” que requer dos atores envolvidos uma expertise para avaliar as informações produzidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Portanto, essa função ainda é

considerada uma de suas principais fragilidades, devido à ausência de entendimento por parte dos conselheiros sobre as legislações que definem as atribuições e o funcionamento destas arenas participativas.

Em contrapartida, quando avaliado a composição do conselho observa-se uma mudança considerada positiva após a promulgação da nova lei estadual, com a entrada de movimentos sociais que se aproximam dos diversos grupos que compõem os diferentes interesses da sociedade maranhense. Contudo, o funcionamento regular deste conselho não garante que exista efetivo controle social.

Referências

- ¹ Pereira IP, Chai CG, Loyola CMD, Felipe IMA, Pacheco MAB, Dias RS. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(5):1767-1776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16552017>
- ² Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(8):2329-2338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>
- ³ Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- ⁴ Côrtes SMV. Conselhos e conferencias de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p.102-28.
- ⁵ Junglos C, Amadigi FR, Machado RR, SORATO J. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. *Cogitare enferm*. 2019;24:e66874. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66874>
- ⁶ Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990.
- ⁷ Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5):2437-2445. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a18.pdf>

- ⁸ Paiva FS, Stralen CJ, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(2):487-498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.10542012>
- ⁹ Alessio MAG, Bordin R. Conselhos de saúde: a percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/159142>.
- ¹⁰ Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des) caminhos da participação social. *Trab. educ. Saúde*. 2016;14(3):679-698. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>
- ¹¹ Maranhão. Lei n. 7.528 de 30 de junho de 2000. Cria o Conselho Estadual de Saúde e dá outras providências. São Luís: Conselho Estadual de Saúde; 2000.
- ¹² Flick U. Desenho na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Editora Artmed; 2009.
- ¹³ Brasil. Lei complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 2012.
- ¹⁴ Bardin L. Análise de Conteúdo. 6. ed. São Paulo: Almedina; 2011.
- ¹⁵ Maranhão. Lei n. 11. 034 de 28 de maio de 2019. Dispõe sobre a composição, a organização, as atribuições e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES/MA, e dá outras providências. São Luís: Governo do Estado do Maranhão; 2019.
- ¹⁶ Bispo Júnior JP, Gerschman S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2015;31: 183-193.
- ¹⁷ Abranches M, Azevedo S. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: Santos Junior OA, Ribeiro LCQ, Azevedo S. Governança democrática e poder local. Rio de Janeiro: Revan; 2004.
- ¹⁸ Pereira MF, Cardoso AJC. Política, planejamento e gestão participativa em saúde. Brasília, DF: Editora UNB; 2018.
- ¹⁹ Santos FAS, Souza IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1154-9.

- ²⁰ Rocha MB, Moreira DC, Bispo JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(1):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>
- ²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
- ²² Hora ACA *et al.* Presidência dos conselhos de saúde no estado do Maranhão: espaço democrático ou disputa de poder? In: FALCAI A *et al.* Caminhos da saúde coletiva: diálogos, experiências e perspectivas. São Luís: EDUFMA; 2021. Disponível em: <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>
- ²³ Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saude soc.* 2017;26(2):411-423. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170049>
- ²⁴ Benelli SJ, Costa-Rosa A. Conselhos municipais: prática e impasses no cenário contemporâneo. *Psicol. estud.* 2012;17(4):577-586. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n4/a04v17n4.pdf>
- ²⁵ Gonçalves AO, Gonçalves RS, Tavares AL. O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. *Saúde soc.* 2011;20(3):659-672. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300012>
- ²⁶ Grisotti M, Patricio ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(3):831-840. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a26.pdf>
- ²⁷ Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local, no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2010;28(6):446-455. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a06.pdf>
- ²⁸ Brasil. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS. 2. ed. p.19. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
- ²⁹ Lückmann LHH. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova* 2007;70:139-70.
- ³⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2012; 29 mar
- ³¹ Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
- ³² Silva RCC, Novais MAP & Zucchi P. (2020). Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. *Clinics*. 75:e1443.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle Social, no Brasil, foi institucionalizado a partir da Constituição Federal de 1988, sendo de fato implementado com a criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Isto significou para o país o início de uma reforma político-administrativa, qual inseriu a participação da sociedade como preceito fundamental para Administração Pública, sendo considerados uma das maiores inovações políticas nos anos de 1990 (SILVA; MEDEIROS, 2020; FONTES *et al.*, 2021).

De maneira normativa, o Conselho possui capacidade de promoção e aprofundamento democrático na gestão das políticas públicas, preservando a legitimidade dos representantes, a dinâmica deliberativa igualitária e a oferta de recursos capazes de impor sanções mediante decisões tomadas por esses órgãos (GOMES, 2015).

Nesse contexto, após mais de trinta anos das conquistas legais, pesquisas começam a analisar as experiências participativas, bem como seus desafios e limitações. O presente estudo enfatizou a importância estratégica de explorar os documentos ligados ao fortalecimento do Controle Social no Estado do Maranhão, tendo em vista a importância desses órgãos tem para o processo decisório sobre os orçamentos destinados para as públicas e a reorganização da atenção à saúde.

A análise da dinâmica e a composição do Conselho Estadual de Saúde (CESMA) evidencia a importância para a compreensão das relações de proximidade e/ou distanciamento entre sociedade e Estado, sobretudo no estado do Maranhão, já que até o presente momento pouco se conhece sobre a sua estrutura e organização.

Destaca-se ainda a importância de discutir o modo como ocorre à representação social dentro do Conselho Estadual de Saúde. Neste sentido, houve importantes avanços com a conquista da nova lei estadual que rege este órgão, de maneira a direcionar a distribuição equânime de assentos entre os usuários, profissionais da saúde; gestores e prestados de serviços, respeitando o critério da paridade. De acordo com Almeida (2015), obstáculos são enfrentados quanto à legitimidade de representação exercida por organizações da sociedade civil dentro dos Conselhos.

No entanto, observaram-se vários dilemas, que perpassam por falta de autonomia do conselho, dominação de alguns grupos específicos e ausência de conhecimento das pautas orçamentárias, prejudicam o fortalecimento do controle social pela via da participação social, que tem avançando timidamente nos últimos anos no estado. Nesse sentido, os conselhos de saúde, em especial, o conselho estadual, são espaços representativos do olhar crítico da

população diante das decisões da administração pública, e que são tidos como “espelhos” indutores de mudanças para os conselhos municipais de saúde.

Dessa forma, é imprescindível que haja investimentos na capacitação dos atores sociais que formam estas arenas participativas para que atuem de maneira permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; e garantam a expertise necessária para deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde.

Neste contexto, espera-se que os conselhos de saúde exerçam sua função primordial de fiscalização e deliberação das contas públicas, mas também sejam considerados espaços democráticos que apresentam grande expressão da discussão sobre as demandas da sociedade, especialmente se tratando das políticas públicas, atuando para o fortalecimento e ampliação da cidadania e de democracia participativa.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, M.; AZEVEDO, S. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? *In*: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (Org.). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.
- ALESSIO, M. A. G.; BORDIN, R. **Conselhos de saúde**: a percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social. 2016. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/159142>. Acesso em: 23 set. 2022.
- ALMEIDA, C. Da participação à representação política: um balanço crítico dos estudos mais recentes sobre Conselhos Gestores. **Interseções**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 54-78, 2015.
- ALMEIDA, D. R.; LAVALLE, A. G. Democracia: qual queremos? *In*: TEIXEIRA, A. C.; ALMEIDA, C.; MORONI, J. A. (Org.). **A democracia necessária e desejada**: dilemas e perspectivas. Marília: Lutas Anticapital, 2020.
- ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.
- ARAGÃO, E. R. O. **Os donos do Maranhão**: dominação política e grupos familiares em um estado brasileiro. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016.
- ARANTES, C. I. S. *et al.* O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 470-478, set. 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Almedina, 2011.
- BEZERRA, B. R. R. Patrimonialismo e pobreza: aproximações entre estrutura política e realidade social no Maranhão no início do século XXI. **InterEspaço**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 191-211, 2015.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 117, p. 99-122, 2018.
- BRASIL. **Gestão municipal de saúde**: leis, normas e portarias atuais. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Lei complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.
- BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 out.2022.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Participação e controle social**. Brasília, DF: Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no sistema único de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 10, de 11 de julho de 2013**. Regulamenta o Decreto no 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992**. Aprova o documento recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

BULMER, M. **Sociological research methods**. London: Macmillan, 1977.

CABRAL, E. H. S. **Terceiro setor: gestão e controle social**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2017.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

COHEN, S. The critical discourse on “social control”: notes on the concept as a hammer. **International Journal of the Sociology of Law**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 347-357, ago. 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferencias de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES; 2009.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a18.pdf>. Acesso em: 13 out. 2013.

COUTO, C. A. A. M. **Estado, mídia e oligarquia**: poder público e meios de comunicação como suporte de um projeto político para o Maranhão. 136 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

DICIONÁRIO DE VERBETE BIBLIOGRÁFICO. **Verbetes Roseana Macieira Sarney**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

DÓRIA, P. **Honoráveis bandidos**: um retrato do Brasil na era Sarney. 9. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2016.

DRESCH, A. *et al.* **Método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia**. Porto Alegre: Bookman, 2015. Disponível em: <http://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582602997>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DURÁN, P. R. F.; GERSCHMAN, S. **Desafios da participação social nos conselhos de saúde**. Saúde e Sociedade, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 884-96, 2014.

ESCOREL, S; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 39-48, dez. 2016.

FIGUEIREDO, J. E. S. A. de. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. Participação, democracia e saúde. **Cebes**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: www.cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participação.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLICK, U. **Desenho na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009

FLICK, U. **Métodos de Pesquisa**: introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, F. L. L. *et al.* Da democracia participativa à desdemocratização no Brasil: instituições de participação em crise. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e48911528534-e48911528534, 2022.

FONTES, F. L. L. *et al.* Desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil: uma revisão ancorada na biblioteca virtual SciELO (2015-2020). **International Journal of Health Management Review**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1-27, 2021.

FORTES, M. P. **O processo político maranhense**: da oligarquia Sarney à Ascensão Do PCdoB. São Luís, 12 dez. 2019. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_669_6695ccab1149dc34.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

GALLON, A. A.; MUELLER, A. A.; FREES, D. O controle social como ferramenta estratégica no sistema público de saúde brasileiro. **Humanidades em Perspectivas**, v. 3, n. 7, p. 53-66, 2021.

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov./dez. 2004.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre, Artmed, 2008.

GIUGLIANI, C. *et al.* **Ação comunitária pela saúde em Porto Alegre**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

GOHN, M. G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JÚNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (Ed.). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

GOMES, E. G. M. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cadernos EBAPE.BR**, [S. l.], v. 13, n.4, p. 894-909, 2015.

GUARNIERI, J. M.; SETTI, S. M.; PULGA, V. L. A participação popular na saúde: desafios e potencialidades no contexto municipal. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 1-13, 2021.

HORA, A. C. A. *et al.* Presidência dos conselhos de saúde no estado do Maranhão: espaço democrático ou disputa de poder? In: FALCAI, A. *et al.* (Org.). **Caminhos da saúde coletiva**: diálogos, experiências e perspectivas. São Luís: EDUFMA, 2021. Disponível em: <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>. Acesso em: 15 jul. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo 2020 Maranhão**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em: 2 nov. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Radar IDHM**: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

JUNGLOS, C. *et al.* Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, 2019.

KRUGER, T. R.; OLIVEIRA, A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 57-71, 2018.

LAUGHLIN, M. **The Care Group Difference**: a guide to mobilizing communitybased volunteer health educators. Baltimore: USAID, 2010.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, [S. l.], n. 8, 2016. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 15 jul. 2021.

LISBOA, E. A. *et al.* Conselhos locais de saúde: caminhos e (des) caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2016.

MANOROV, M. *et al.* Bases legais do SUS no conselho municipal: um desafio para efetivar a gestão participativa na saúde. **Extensio**, [S. l.], v. 14, n. 25, p. 61, jun. 2017.

MARANHÃO. **Lei n. 7.528 de 30 de junho de 2000**. Cria o Conselho Estadual de Saúde e outras providências. São Luís: Conselho Estadual de Saúde, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

PACHECO, H. F. *et al.* A *accountability* das organizações sociais no SUS: uma análise do papel institucional do conselho estadual de saúde em Pernambuco. **Physis**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 1-20, 2020.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Brasil: Medbook, 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 40, n. esp., p. 73-78, ago. 2006.

PEREIRA NETO, A. F. (Org.). **Conselhos de favores**: controle social na saúde – a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

PEREIRA, I. P. *et al.* O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 5, p. 1767-1776, 2019.

PEREIRA, M. F.; CARDOSO, A. J. C. **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. [S. l.: s. n.], 2018.

- PEREIRA, R. M. *et al.* Conselhos gestores de políticas públicas: relações entre estado e sociedade civil no contexto local. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 5, p. 29-40, 2016.
- PRIOR, L. **Using documents in social research**. London: Sage, 2003.
- REGULAMENTAÇÃO da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 6, p. 1206-1207, 2011.
- ROCHA, E. N. *et al.* O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 104-111, jan./mar. 2013.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.
- ROTOLO, L. M; FERNANDES, G. F; MARTELLI, P. O controle social em nível local no SUS e as possibilidades de transformação da cultura política no Brasil. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n.1, p. 31-42, 2016.
- SCHMIDT, J. P. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, 2018.
- SCOTT, J. **A matter of record- documentary sources in social research**. Cambridge: Polity, 1990.
- SERAFIM, L.; TRINDADE T. A. Desafios da participação para a transformação do Estado e da sociedade. *In*: TEIXEIRA, A. C.; ALMEIDA, C.; MORONI, J. A. (Org.). **A democracia necessária e desejada: dilemas e perspectivas** (1, 11-24). Marília: Lutas Anticapial, 2020.
- SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 180-192, 2015.
- SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Análise política da composição do conselho nacional de saúde (2015/2018). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-25, 2019.
- SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Análise política da composição do Conselho Nacional de Saúde (2015/2018). **Physis**, v. 29, p. e290113, 2019.
- SILVA, G. G. A.; EGYDIO, M. V. R. M.; SOUZA, M. C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 23, n. 53, p. 37-42, set./dez. 1999.
- SILVA, M. I. S. *et al.* A Gestão Participativa no SUS: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Rio Grande do Norte, v. 10, n. 4, p. 1810-1817, 2018.
- SILVA, R. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. **Clinics**, v. 75, e1443, 2020.

SILVA, V. R.; MEDEIROS, M. R. A. Challenges and possibilities for social control of public policies in the current background of social rights. **Textos & Contextos Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2020.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafio da estratégia saúde da família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1227-1243, 2010.

SOUSA, A. A. O controle social e o empoderamento do sus: o direito à saúde promovendo cidadania. **Themis**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 119-128, 2010.

SOUZA, C. Estado da arte em políticas públicas. In: HOCHMAN G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA, T. R. P. Controle social no sistema único de saúde: sentidos da participação, poder político e democracia participativa - um estudo de caso na perspectiva da psicologia política. **Revista Psicologia Política**, [S. l.], v. 17, n. 38, p. 121-140, 2017.

SUZART, N. A. *et al.* Problemas e prioridades para atenção hospitalar no SUS Bahia: análise dos planos estaduais de saúde. **Revista Gestão & Saúde**, v. 12, n. 1, p. 68-79, 2021.

TATAGIBA, L. Desdemocratização, ascensão da extrema direita e repertórios de ação coletiva. In: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA M. (Org.). **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A. C. C. (Org.). **O papel do CMS na política de saúde em São Paulo**. São Paulo: Pólis, 2007.

VENTURA, C. A. A. *et al.* Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface**, [S. l.], v. 21, n. 63, p. 907-920, jun. 2017.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VILAÇA, D. S. S.; CAVALCANTE, D. S.; MOURA, L. M. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2065-2074, 2019.

WOLFF, S. Analysis of documents and records. In: FLICK, U.; KARDORFF, E. V. STEINK, I. (Ed.). **A companion to qualitative research**. London. Sidney: Sage, 2004.

APÊNDICE C – Análise documental das conferências estaduais de saúde

[illegible]

APÊNDICE D – Análise documental dos planos estaduais de saúde

[illegible]

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão

Pesquisador: Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90328518.4.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.835.442

Apresentação do Projeto:

O controle social em saúde é instituído pela Lei nº 8142/1990, essa mesma lei institui os conselhos e conferências de saúde com instâncias colegiadas que visam garantir esse direito. O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, porém pouco se conhece sobre sua organização e estrutura no âmbito do Estado do Maranhão. Assim, o objetivo desse estudo é analisar as instâncias de controle social no Estado do Maranhão. Será realizado um estudo híbrido de natureza quanti e qualitativa. Para a análise quantitativa será delineado um desenho ecológico, analítico com os 217 conselhos municipais do estado do Maranhão (CMS/MA) e no Conselho Estadual de Saúde (CES/MA). Para a análise qualitativa utilizara-se a metodologia das representações sociais a partir da evocação livre de palavras. A teoria das representações sociais auxilia na compreensão da realidade social por meio da análise de conhecimentos construídos e manifestos no senso comum (SANT'ANNA, 2012). Com esse estudo espera-se conhecer a realidade dos conselhos de saúde do estado do Maranhão, principalmente no que se refere à influência política de sua composição. O grau de influência política nessa formação influencia diretamente nas decisões locais de saúde, como planejamento e execução orçamentária em um município.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as instâncias de controle social no Estado do Maranhão

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1906 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO B – Diretrizes da Revista Ciência & Saúde Coletiva para submissão de manuscrito



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*



Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).



apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.



documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados



Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O



dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio



HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.