ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

E DESENVOLVIMENTO LOCAL

TANIA MARA BORGES DA COSTA

CONSELHO DE SAÚDE E TRANSPARÊNCIA DEMOCRÁTICA NA GESTÃO FISCAL E ORÇAMENTÁRIA DO SUS EM VITÓRIA-ES

VITÓRIA – ES

2015

TANIA MARA BORGES DA COSTA

CONSELHO DE SAÚDE E TRANSPARÊNCIA DEMOCRÁTICA NA GESTÃO FISCAL E ORÇAMENTÁRIA DO SUS EM VITÓRIA-ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Albenes de M. Cruz

VITÓRIA – ES

2015

Dados internacionais de Catalogação – na - Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C837c

Costa, Tânia Mara Borges da.
Conselho de saúde e transparência democrática na gestão fiscal e orçamentária do SUS em Vitória-ES. / Tânia Mara Borges da Costa. - 2015.
174f.

Orientador (a): Prof.º Dr.º Cesar Albenes de Mendonça Cruz.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2015.

1. Conselhos de saúde. 2. Controle social. 3. Gestão participativa. I. Cruz, Cesar Albenes de Mendonça. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 364.444

TANIA MARA BORGES DA COSTA

CONSELHO DE SAÚDE E TRANSPARÊNCIA DEMOCRÁTICA NA GESTÃO FISCAL E ORÇAMENTÁRIA DO SUS EM VITÓRIA-ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 28 de outubro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Cesar Albenes de M. Cruz

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM

Orientador

_____

Prof ª. Drª. Ângela Maria Caulyt Santos da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES EMESCAM

_____

Profª. D. ª. Gilsa Helena Barcellos

Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Dedico este trabalho aos que se solidarizam com as práticas públicas mais que eficientes, com ações de saúde que resultem efetividade concreta nas esferas sociais, visando promover vida saudável e o resgate da cidadania.

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus pela oportunidade de estudar e formular conhecimento. Ao meu esposo Edmur, meus filhos Natalia e Guilherme, que muito amo, embora de corpo ausente em demasiado, levando-os a suportar um convívio que poderia ser mais intenso e menos tenso. Peço-lhes perdão e que compreendam as razões dos atropelos instalados, dada a nobreza dos ideais.

Aos meus Mestres Prof. Dr. Cesar Albenes de M. Cruz, às Profª. Drª. Ângela Maria Caulyt Santos da Silva, Drª. Gilsa Helena Barcellos e Drª. Soraia Gama de Ataíde, que muito me ensinaram, levando-me a um repensar, em horas já avançadas da noite, sob novas e profundas lentes do conhecimento, transmutando as multivariadas realidades que cercam a questão social. À secretária Yara Barcellos, pelo zelo e pelo carinho no atendimento dispensado aos mestrandos.

A Reforma Sanitária não é só um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico, mas também o da civilização humana. É um projeto civilizatório que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde queremos para a sociedade brasileira.

Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar.

Qual o fundamento?

Primeiro, é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas; segundo, como eu posso interferir para torná-lo mais saudável. (Arouca, 2002) [1].

[1] Trecho de entrevista concedida ao "O Pasquim 21, número 28, Edição de 20 de agosto de 2002".

RESUMO

Este trabalho tem por objeto de estudo a gestão do Conselho Municipal de Saúde de Vitória/ES (CMSV/ES). Propõe-se a investigar se a gestão participativa preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre no âmbito do CMSV/ES. A investigação desenvolveu-se sob três objetivos específicos: 1) Identificar na dinâmica de funcionamento do CMSV qual o nível de interferência da comunidade na política de saúde. 2) Avaliar as formas de participação, sobretudo, como acontece o controle social da sociedade civil organizada no CMSV/ES. 3) Investigar se os conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam algum tipo de discussão com suas bases comunitárias e como ocorre o processo de informação e transparência das atividades do CMSV/ES. A pesquisa é empírica e adota uma abordagem mista, com métodos de análise crítica, documental e econometria básica descritiva. Utiliza-se de variáveis explanatórias qualitativas. Constructo em bases qualitativas e quantitativas, de natureza dedutiva sem desprezar a forma indutiva, em razão das normas e práxis das ações da saúde, para alcançar as três dimensões postuladas nos objetivos fundamentados na democracia, participação social e cidadania. Associados ao materialismo dialético e às dimensões sociológicas histórica, simbólica e concreta, possibilitando hegemonia da matéria em relação às ideias por meio das técnicas de observação, levantamento, coleta e catalogação dos dados, revisão de literatura, entrevistas semi estruturadas. A análise de conteúdo documental, sob o método de Bardin, associada à estatística descritiva, apreendeu os três objetivos específicos sob o seguinte pressuposto: Existe relação entre o Conselho Municipal de Saúde com a Participação e Transparência Democrática efetiva na Gestão do SUS em Vitória/ES. Do resultado da análise, conclui-se que existe relação entre o CMS com a participação e transparência democrática efetiva na gestão do SUS em Vitória/ES. Há limitações e interrogantes sugestivas de novas pesquisas. Pois a relevância dos CMS é um imperativo vinculado às esferas sociológicas, pelo necessário e significativo conhecimento social da teoria democrática na dimensão simbólica e Institucional do Estado, no conhecimento crítico da teoria da Participação social e pelo conhecimento elementar da teoria da cidadania. Que deles advêm a consolidação dos direitos fundamentais do homem, que o capacita para ter um controle mínimo sobre as ações do Estado e de seus poderes instalados.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Controle Social. Gestão Participativa. Democracia.

ABSTRACT

This work has as object of study the management of the Municipal Health Council of Vitória/ES, (CMSV/ES). It is proposed to investigate whether the participatory management recommended by the Unified Health System (SUS) occurs within the CMSV/ES. The research was developed in three specific objectives: 1) Identify the operating dynamics of CMSV which the community level of interference in health policy. 2) Evaluate forms of participation, particularly, as the social control of organized civil society in CMSV / ES. 3) To investigate whether the board members representing their respective categories perform some kind of discussion with their community bases and how is the process of information and transparency of the activities of CMSV / ES. The research is empirical guides in a mixed approach, with methods of critical analysis, documentary and descriptive basic econometrics. It uses qualitative explanatory variables. Construct on qualitative and quantitative bases, deductive nature without neglecting the inductive way, because of the standards and practice of health actions to achieve the three dimensions postulated in goals based on democracy, social participation and citizenship. Associated with dialectical materialism and historical sociological dimensions, symbolic and concrete, allowing hegemony of matter in relation to the ideas by means of the monitoring techniques, lifting, collection and cataloging of the data, literature review, semi-structured interviews. The document content analysis under the Bardin method associated with descriptive statistics seized the three specific objectives, under the following assumption: Is there a relationship between the Municipal Health Council with the effective participation and Democratic transparency in NHS management in Vitória/ES. The results of the analysis it is concluded that there is a relationship between the CMS with the participation and effective democratic transparency in NHS management in Vitória/ES. There are limitations and interrogations suggesting further research. For the relevance of CMS is an imperative linked to the sociological spheres, the necessary and significant social knowledge of democratic theory in the symbolic dimension and State Institutional , the critical knowledge of the theory of social participation and the elementary knowledge of the theory of citizenship. Bring the consolidation of fundamental rights of man, which enables him to have minimal control over the actions of the State and its installed power.

Keywords: Health Councils. Social Control. Participatory management. Democracy.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES E DE TABELAS

LISTA DOS QUADROS

QUADRO Nº	DESCRIÇÃO	PÁG.
1	Gastos individuais com saúde de acordo com a OMS	72
2	Gráfico Nº 1 – Gastos do Governo Federal	73
3	Gastos com saúde do Governo Federal nos exercícios de 2001 a 2013	74
4	Sujeitos da pesquisa	86
5	Dados da entrevista	90
6	Resultado sintético das variáveis identificadas nas entrevistas	99
7	Distribuição dos conselhos locais de saúde de Vitória/ES	101
8	Gráfico Nº 2 - Idade dos participantes	103
9	Gráfico Nº 3 - Grau de instrução dos participantes	104
10	Participação dos conselheiros de saúde de vitória/ES	105
11	Gráfico Nº 4 - Participação dos conselhos de saúde de vitória/ES	106
12	Gráfico Nº 5 – Grau de participação dos conselhos locais	107
13	Gráfico 6 - Mandatos dos participantes	108
14	Serviços da rede social de saúde local	111
15	Modelo decisório do SUS	112
16	Modelo institucional da gestão compartilhada de Vitória/ES	113
17	Gráfico Nº 7 - Grau de interferência dos conselhos locais	115
18	Gráfico Nº 8 - Informação e transparência da gestão	121
19	Despesas com saúde nos exercícios de 2001 a 2014	130

LISTA DAS TABELAS

TABELA	DESCRIÇÃO	
1	Idade dos conselheiros	102
2	Frequência das idades dos conselheiros	102
3	Mandatos dos participantes	108

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Art.	Artigo
ADCT	Atos dos Dispositivos Constitucionais Transitórios
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BM	Banco Mundial
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CCS	Conselheiros dos Conselhos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGU	Controladoria-Geral da União
CLAD	Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMSV/ES	Conselho Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CS	Conselhos de Saúde
CST	Companhia Siderúrgica de Tubarão
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
EC	Emenda Constitucional
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ETESUS	Escola Técnica do Sistema único de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNDAR	Centro de Análise e Investigação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IFAC	International Federation of Accountants

ILTP	Índice Latino Americano de Transparência Orçamentária
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
IPSAS	International Public Sector Accounting Standards
IPSASB	International Public Sector Accounting Standards Board
LAI	Lei de Acesso à informação
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LT	Lei da Transparência
MS	Ministério da Saúde
NBCASP	Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicada ao Setor Público
NPS	New Public Service
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCASP	Plano de Contas Aplicado ao Setor Público
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PPPs	Parcerias Público Privadas
PSF	Programa Saúde da Família
RCL	Receita Corrente Bruta
SEMUSV/ES	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Serviço Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRI0

INTRODUÇÃO **15**

2 SOCIEDADE E ESTADO: PONTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS **19**

2.1 LIBERALISMO 19

2.2 SOCIALISMO 21

2.3 CONTRATUAIS LIBERAIS. SOCIAILISTAS E NEO-LIBERAIS 21

2.4. CONCEPÇÕES BRASILEIRAS 45

2.5 GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS 51

2.5.1 Saúde: pressuposto de desenvolvimento econômico e social 51

2.5.2 Sistema Único de Saúde (SUS) 56

2.5.3 Novas disposições da gestão democrática sobre o SUS 61

2.5.4 Relevância do Conselho requer conhecimentos significativos 68

2.5.4.1 Gastos com ASPS nos Exercícios de 2001 a 2013 69

2.6 GESTÃO PÚBLICA CONTEMPORÂNEA 71

2.7 TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO CONTEMPORÂNEA 75

3 METODOLOGIA DA PESQUISA **82**

3.1 LUGAR DA PESQUISA 82

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA 82

3.3 NATUREZA DA PESQUISA 83

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 83

3.5 ENTREVISTAS 86

3.6 VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS QUALITATIVAS 86

3.7 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEÚDO 87

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 87

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA **88**

4.1 RESULTADO DAS ENTREVISTAS 88

4.1.1 Resultado sintético das entrevistas 95
4.2 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA/ES 96
4.2.1 Função do CMSV/ES 96
4.2.2 Função dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) 96
4.2.3 Perfil dos Conselheiros – Sujeitos Participantes 98
4.3 GESTÃO COMPARTILHADA NO CMV 100
4.4 CONTROLE SOCIAL E INTERFERÊNCIA NO CMSV/ES 111
4.5 INFORMAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NO CMSV/ES 117
CONCLUSÕES 131
RECOMENDAÇÕES 132
REFERÊNCIAS 134
ANEXOS 160

INTRODUÇÃO

Os marcos regulatórios nas políticas e sistema de saúde no Brasil, com a participação cidadã e a necessária transparência na Administração Pública, tiveram como embrião a Reforma Sanitária sob um projeto político civilizatório de Arouca (1987), com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado originariamente pela Constituição Federal de 1988 (CF/88). A nova Carta Magna democrática redefiniu a estrutura política e administrativa do Brasil, como observa De Moraes (2002), reestruturando as políticas públicas da saúde sob o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa.

Essas realizações foram uma inegável conquista de parcela da sociedade, que antes de 1988, subjugadas à ditadura, lutava contra o regime militar em prol de mudanças urgentes em três dimensões estatais: pelo resgate Institucional do Estado Democrático de Direito, com a reformulação[2] do papel do Estado, visando à prestação qualitativa e quantitativa dos serviços públicos de saúde que atendesse às demandas sociais, com base na teoria democrática; pelo resgate de ações sócio políticas, com base na teoria da participação social; pelo resgate dos direitos cidadãos, com base na teoria da cidadania. Desse modo, surge o Pacto pela Saúde, sob o conjunto de reformas institucionalizadas pelo SUS, juntamente com a criação dos Conselhos de Políticas e das Conferências Públicas. Nos quais a participação social regionalizada sobre as políticas e sistema de saúde no Brasil é uma exigência imperativa da CF/1988, que visa à participação cidadã.

Que de acordo com estudos realizados por Santos (2009), esses conselhos configuram um fenômeno político jurídico e social, novo na sociedade brasileira, que pela relevância constitucional deles, carecem da necessária formação de valores sobre a participação social regionalizada, quanto à importância de uma memória coletiva local e de maior transparência democrática para o seu bom desempenho.

---

[2] A primeira tentativa de reforma da Administração Pública Brasileira se dá no final dos anos 60, pelo Decreto-Lei 200, de 1967, sob princípios de racionalidade administrativa, planejamento, orçamento, descentralização e o controle dos resultados. Fracassou com a crise política do regime militar impondo o sistema autoritário – Ditadura Militar da década de 70 a 1988, quando se restaura a democracia. E se inicia o processo de redemocratização nacional.

Observa-se que a participação social se dá mediante a interação e a integração da comunidade local, como expressão do pleno exercício de cidadania e pressuposto essencial ao controle social, fundamentados no artigo 198, III, combinados com o artigo 74, §2º da CF/88. Tendo por objetivo garantir o direito de qualquer cidadão interagir com os atos da Administração pública na boa condução e no combate à má gestão dos recursos destinados à saúde. Razões que levaram Da Silva (1992) a denominá-la de Constituição cidadã, porque prevê no artigo 5º, inciso LXXIII, o direito do cidadão à propositura da Ação Popular como exercício da cidadania. Que, nesse caso, torna-se uma ferramenta de manejo processual,[3] outorgada ao cidadão comum, enquanto parte legítima para propô-la. Desde que vise a anular atos lesivos contra o patrimônio e contra a moralidade pública, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e de ônus da sucumbência.

A força do *status* constitucional, dada originariamente ao controle social e à transparência democrática, está contida no artigo 9º, parágrafo 4º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) - Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. No qual estabelece que o Poder Executivo, nas três esferas governamentais, demonstre e avalie o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre, em audiência pública, cumprindo o § 1º do artigo 166 da CF/88. Logo, são modernos mecanismos de gestão participativa do SUS, que requerem informação transparente aos cidadãos, com objetivo de permitir à sociedade conhecer e compreender melhor como são aplicados os recursos destinados às ações da saúde. Mas não somente o cumprimento de uma formalidade na qual as contas públicas sejam divulgadas, como também um conjunto de dados técnicos que o cidadão médio pouco ou nada sabe. Razão por que, foi criada a Lei Complementar 131/2009, Lei da Transparência, alterando e fortalecendo a redação da LRF no que se refere à transparência democrática devida à gestão fiscal. O texto legal inova e determina a conduta pela transparência, impondo para que sejam disponíveis, em tempo real, informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Porém, com a edição do Decreto nº 7.185, de

[3] É uma dentre as muitas outras ferramentas de manejo processual que há na legislação brasileira, que o cidadão pode se utilizar a favor do controle social no combate à má gestão dos bens públicos. A ação popular é um instrumento específico que visa anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade da qual Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural. Instrumento de relevância para o controle social, não em termos *uti singuli*, mas sim *uti universi*. Com a qual o cidadão não busca satisfazer um interesse seu, mas da coletividade. A importância dada à participação popular eleva o *status* da cidadania. A constituição cidadã traz assim maior proteção às ações da saúde, ao possibilitar ao cidadão ser autor da ação popular, que é um dos destaques dos posicionamentos do STJ, visto em recurso julgado em 2004 (Resp. 72.065).

27 de maio de 2010, essa obrigação institucional se torna ainda mais rigorosa, pois esse Decreto dispõe no seu artigo 1º e 2º que essa transparência se dará sob um sistema integrado de administração financeira e controle pormenorizado sobre a execução orçamentária e financeira das unidades gestoras, referentes à receita e à despesa dos recursos públicos. Tal Decreto regulamenta que serão instrumentos de transparência de acordo com a LRF, em seu art. 48, Planos, Orçamentos, Leis de Diretrizes Orçamentárias, Relatório Resumido da Execução Orçamentária, Relatório de Gestão Fiscal e as versões simplificadas desses documentos. Além das Prestações de Contas e o respectivo Parecer Prévio do Tribunal de Contas das Unidades Federativas, elaborados, sobres essas Prestações de Contas, nas três esferas governamentais. E que sejam disponibilizados para a sociedade, inclusive nos meios eletrônicos de acesso público, incondicionalmente.

Nesse sentido, a transparência democrática devida à sociedade deverá ser promovida pelos Conselhos de Saúde de toda a Federação Brasileira, dada a relevância dessa transparência, assegurando o incentivo à participação popular e ao controle social em todas as fases da gestão da saúde. Mas estudos de Shimizu *et al* (2013) analisaram as representações sociais do controle com foco na participação social, no qual a organização, o funcionamento, as políticas e as práticas dos Conselhos de Saúde são ancoradas em modelo de gestão centralizador, hierarquizado e burocratizado, que se distanciam dos Conselhos, das discussões sobre as necessidades de saúde. E o controle social consubstancia um autêntico fenômeno na gestão do SUS, que requer, portanto, a necessária formação de valores sobre a participação social e a transparência democrática regionalizada e local. Exige um novo olhar acadêmico para melhor compreender o moderno processo sobre o desempenho técnico das políticas e do sistema de saúde no país, com participação efetiva das bases comunitárias de modo significativo. Novas lentes, em face de novo marco normativo que, uma vez positivado, impõem responsabilização direta para os Gestores Públicos da Saúde e para os cidadãos, em razão das demandas sociais concretas que precisam de satisfação efetiva aliadas a uma boa governança, como direitos fundamentais dos brasileiros.

Fatos que justificam esta pesquisa sobre o Conselho Municipal de Saúde quanto ao grau de participação e de transparência democrática na Gestão do SUS em Vitória/ES. Assim como justificam e amparam o problema de pesquisa que norteia este estudo, sob o seguinte

questionamento. O Conselho Municipal de Saúde de Vitória/ES (CMSV/ES) possibilita efetivamente participação social e transparência democrática na Gestão do SUS?

O mundo construído pela ciência, como ensina Hair *et al* (2005), aspira à objetividade. E na busca de respostas ao problema aqui evidenciado, o objetivo geral nesta pesquisa é: investigar se a gestão participativa preconizada pelo SUS ocorre no âmbito do CMSV/ES com transparência democrática efetiva. E, para alcançar o êxito necessário, a investigação desenvolveu-se sob três objetivos específicos:

1. identificar na dinâmica de funcionamento do CMSV qual o nível de interferência da comunidade na política de saúde;
2. avaliar as formas de participação, sobretudo, como acontece o controle social da sociedade civil organizada no CMSV/ES;
3. investigar se os conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam algum tipo de discussão com suas bases comunitárias e como ocorre o processo de informação e transparência das atividades do CMSV/ES.

Essa problemática não só justifica esse estudo, como também identifica limitações técnicas e operacionais na busca de melhor compreender as formas de manifestação do controle social local, delimitado no CMSV/ES. Mas também, espera com os resultados, segundo Whetten (2003) e Creswell (2010), uma contribuição teórica agregando valor para o meio acadêmico, em especial para SEMUSV/ES e para a Escola Técnica do SUS (ETESUS) de Vitória/ES. E uma contribuição prática para os Conselhos e Gestores de Saúde, há indispensabilidade da existência de um controle social que viabilize qualificação para uma boa governança, que aprimore e fortaleça o processo de transparência democrática na gestão do CMSV/ES e alcance maior efetividade dos gastos com a saúde pública de Vitória/ES.

Esta pesquisa está estruturada em cinco partes. Após essa Introdução, segue-se o a segunda parte com a revisão da literatura, apontamentos teórico-conceituais. A parte 3 contém a metodologia utilizada nesta pesquisa. A quarta parte apresenta os resultados e por fim as conclusões e recomendações. Todas as partes são concernentes ao seguinte pressuposto investigado neste estudo. Existe relação entre o Conselho Municipal de Saúde com a Participação e Transparência Democrática efetiva na Gestão do SUS em Vitória/ES.

2 SOCIEDADE E ESTADO: PONTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Neste capítulo a reflexão sobre a sociedade e Estado abrange apontamentos teórico-conceituais sobre o movimento liberal assim como o ideal socialista e alcança o pensamento neoliberal.

2.1 LIBERALISMO

As concepções concernentes à sociedade e ao Estado são definidas sob diversos paradigmas, que vão desde o mundo clássico e medieval às reflexões do século XIX. Assim, o pensamento medieval dominado pela Escolástica, passando pelo Iluminismo com o estabelecimento da autonomia da razão, sofreu rupturas e repercussões sobre a filosofia, a cultura e as sociedades ocidentais, em especial. E essas concepções assumem novos contornos no século XX, com as formulações do socialismo que se incorporam à cultura teórica contemporânea, em face do pensamento neoliberal (MAYOS, 1993).

Observa-se que o liberalismo é a doutrina que defende a ampla liberdade política e econômica a qual o Estado deve dar liberdade ao povo e deve agir apenas se alguém lesar o próximo, conforme a teoria do Princípio do Dano. Essa concepção liberal nasceu com pensadores europeus dos séculos XVII e XVIII, em face da filosofia, em que o rei era o legítimo representante de Deus na terra, e que detinha a natural primazia sobre todos os assuntos que envolvessem a nação (LOSURDO, 2004).

O aporte doutrinário de Locke não só o coloca como pai do liberalismo clássico e político inglês, uma vez que a sua doutrina liberal tem forte relação com a escravidão, com os proprietistas, com fortes condutas excludentes. E quando lhe é proveitoso, é também racista (MILLENAAR, 2009).

Como também Smith (1981,1983), como seguidor das doutrinas de Locke, adota seus fundamentos da Política clássica e defende a *peculiar institution*, como chamavam o cativeiro negro. Smith é considerado o pai da economia moderna e visto como o mais importante teórico do liberalismo econômico, com a sua obra mais conhecida, *"Uma investigação sobre a natureza e a causa da riqueza das nações*", que tem sido utilizada como referencial para

gerações de economistas em todo o mundo. Na qual o autor demonstra que a riqueza das nações resultava da atuação de indivíduos que, movidos inclusive pelo seu próprio interesse (*self-interest*), promoviam o crescimento econômico e a inovação tecnológica (SEN, 1992).

O absolutismo foi definitivamente rompido pelos liberais com a participação do movimento iluminista fortalecido pelo espírito empreendedor e autônomo da burguesia, que necessitava de um mercado livre para alcançar o mundo com o comércio sem a intervenção do Rei, que inviabilizava as iniciativas e objetivos privados.

Deste modo essa burguesia já não mais se colocava subserviente ao pensamento religioso e monárquico. Assim, a transformação do absolutismo teve como elemento fundamental, no pensamento liberal a concepção de que o homem tinha toda sua individualidade formada antes de perceber sua existência em sociedade, pregando a liberdade e a igualdade, ainda que esvaídas de sua essência (ARAÚJO, 2001).

Para o liberalismo, o indivíduo estabelece uma relação entre seus valores próprios e a sociedade e constrói uma imagem positiva do individuo e defende a ideia de igualdade entre todos. E o direito que o homem tem de agir pelo uso da sua própria razão só poderia ser garantido pela defesa das liberdades.

Razão por que era necessário acabar com o regime monárquico comandado pela vontade individual de um rei, uma vez que ele não pode colaborar na garantia à liberdade, pois a vontade do rei subjuga o interesse social, impedindo os princípios de liberdade e igualdade. (SMITH, 1981 e 1983).

O pensamento liberal reinou hegemônico até o início do século XX. Porém, as mudanças trazidas pelas duas revoluções industriais, mais duas guerras mundiais somadas à revolução russa em 1917 e a quebra da bolsa de Nova Iorque, fizeram com que a doutrina liberal entrasse em declínio. Na década de 90, surge o neoliberalismo, resgatando boa parte do ideal liberal clássico (BOSI, 1988).

2.2 SOCIALISMO

Entretanto o socialismo, ao contrário do liberalismo, apoia o forte controle do estado na economia e na vida das pessoas. É uma doutrina social que surgiu no final do século XVIII e se caracteriza pela ideia de transformação da sociedade pela distribuição equilibrada de riquezas e propriedades, reduzindo a distância entre ricos e pobres.

Babeuf (1935) foi considerado o primeiro pensador que apresentou propostas socialistas sem fundamentação teológica e utópica como alternativa política. E o socialismo científico foi criado por Marx (1985, 2013) e com a contribuição de Engels e Schumann (2008) e Engels (1999), sob um sistema ou uma teoria com base na análise crítica e científica do capitalismo.

Enquanto que o socialismo real é uma expressão que designa os países socialistas que preconizam a titularidade pública dos meios de produção. Porém, em algumas nações tornou-se num sistema comunista constituído por regimes autoritários e extremamente violentos, deturpando a semântica do "socialismo", levando assim à queda desses regimes que demonstraram desrespeito pela vida humana (MARX e ENGELS, 1998; POLITZER, 2007).

Em 1891, o Papa Leão XIII publica a encíclica *Rerum Novarum*, com o pensamento social do catolicismo e com a qual a Igreja se vinculou com a questão social e de suas concepções políticas. Ideais reforçados após o Concílio Vaticano II (VINCENTINO e DORIGO, 2001).

2.3 CONTRATUAIS LIBERAIS. SOCIAILISTAS E NEO-LIBERAIS

Para a teoria contratualista moderna de Hobbes (2000), Locke (1978) e Rousseau (1973), a origem do Estado está no contrato social, de modo que o Estado se originou de um consenso das pessoas em torno de alguns elementos essenciais para garantir a existência social (Pinheiro *et al* 2011). Há, entretanto pensamentos divergentes que alguns deles serão aqui também pontuados.

Hobbes (2000) concebeu que o homem é o lobo do próprio homem e que deve haver um poder que esteja acima dos indivíduos para garantir a preservação das pessoas. Sendo necessário um soberano que tenha amplos poderes sobre os súditos. Os cidadãos devem

transferir o seu poder ao governante, que irá agir como soberano absoluto a fim de manter a ordem. O que de certa forma alimenta a tirania e o absolutismo.

Enquanto Locke (1978) parte do princípio de que o Estado existe em função da necessidade de uma instância acima do julgamento parcial de cada cidadão, de acordo com os interesses de cada um. De modo que os cidadãos livremente escolhem e delegam poder ao seu governante para conduzir o Estado, a fim de garantir os direitos essenciais expressos no pacto social. O Estado deve preservar o direito à liberdade e à propriedade privada. Para Locke, as leis devem ser expressão da vontade da assembleia e não fruto da vontade de um soberano.

Entretanto, Montesquieu **(**1996) discute a democracia vislumbrando a separação do poder estatal para livrar o povo da tirania. Seus postulados vão ao encontro de Aristóteles e Madrid (2006), à obra literária, *Política*, na qual expressa que toda cidade tem três elementos: a deliberação sobre os assuntos públicos, as magistraturas e como deve ser o poder judiciário.

Neste sentido, Rousseau (1973) defende que a democracia tem como base o contrato social e fundamenta a liberdade, que é estreitamente vinculada à igualdade social e à efetivação da vontade geral, sob a lente da simplicidade e autenticidade de uma vida natural de comunidades tradicionais de caráter rural. Enquanto Tocqueville (1977), ao contrário, por temer a perda da grandeza, da glória e da liberdade que gozava como integrante da aristocracia dirigente interpreta o processo histórico-social diferente de Rousseau, que vê a condição de liberdade e de igualdade representando um objetivo positivo e desejável para a sociedade (ARON, 1993; ALULIS, 1998).

Mas, Rousseau (1973) e Rousseau e Braunstein (1989) consideram que o ser humano é essencialmente bom, porém, a sociedade o corrompe. Rousseau considera que a origem da soberania é o povo, que todo o poder emana (tem sua origem) do povo e, em seu nome, deve ser exercido. O governante nada mais é do que o representante do povo, ou seja, recebe uma delegação para exercer o poder em nome do povo. Ele defende que o Estado se origina de um pacto formado entre os cidadãos livres que renunciam as suas respectivas vontades individuais para garantir a realização da vontade geral. Um tema muito interessante no pensamento político de Rousseau é a questão da democracia direta e da democracia representativa.

A democracia direta supõe a participação de todo o povo na hora de tomar uma decisão. A democracia representativa supõe a escolha de pessoas para agirem em nome de toda a população no processo de gerenciamento das atividades comuns do Estado.

Os conceitos correlatos à sociedade e ao Estado defendido por Kant (2008) são consolidados por uma teoria geral da política, em especial em sua obra Metafísica dos Costumes, respectivamente sob a Doutrina do Direito e Doutrina da Virtude. Nas quais Kant (1788) aborda o estado de natureza que é por ele concebido como o direito privado, ou "dos privados", cujos instintos fundamentais são a propriedade e o contrato. E os "Direitos do Estado" que advêm do estado de natureza, tendo como pilares o contrato e a propriedade civil, configuram a sociedade civil, que fundou o Estado sob o manto do direito público.

Para Kant (1797), a sociedade civil é constituinte necessária do Estatuto de Direito, em que a sua concepção do direito é um sistema que fornece garantias de organização coercitiva. Assim, a sua doutrina sobre o direito pressupõe que há legislação externa advinda de uma sociedade que é também regulada por essas mesmas leis (JACOBS e KAIN, 2003).

Sob esta lente, no ordenamento jurídico definindo por Kant (1996) há distinção entre ética e moral e suas relações com o direito. Ele abraça a doutrina dos costumes como moral, que contém o direito em sua totalidade como parte dela.

Porém, o direito não contém o todo da moral, mas que só se contrapõe à ética em razão de ter seus objetos distintos de ação. De acordo com os pensamentos de Klein (2014) e Banham (2003), pensamento também adotado por Reale (1994) na construção da sua teoria tridimensional do Direito.

As Doutrinas de Kant (1980) são reconhecidas como os aportes doutrinários do Período Clássico, para a conduta política e sócia econômica da humanidade, que influencia pensadores, até o momento atual nesta nova era do século XXI, para todas as formas de Estado já construídas pelos povos. Nas quais ele identifica o ser racional como aquele capaz de se auto legislar, e dotado de uma liberdade inata, não obstante todo ser humano ter liberdade. Mesmo no direito privado, ele defende a conversão dessa liberdade externa no âmbito político, como condição de se evitar, prevenir ou corrigir o abuso da liberdade de um e outro.

Desse modo, não só a sociedade civil, possui, portanto, tanto o direito de interferir na liberdade de todos visando à preservação do regramento jurídico na sociedade, como também atua sobre todos os cidadãos que carecem de formação ou de condução, visando uma melhor organização coletiva (OLIVEIRA, 2004).

A teoria Kantiana afirma que é possível haver sociedade no estado de natureza, mas não sociedade civil, pois ela representa todas as garantias do direito de indivíduo ou cidadão mediante leis públicas. Assim, sua negação da distinção entre direito natural e direito social em favor da distinção entre direito natural e direito civil. A negação se dá por meio do argumento universal de Kant (1986) em seu imperativo categórico enunciado com três diferentes fórmulas (e suas variantes), abaixo identificadas.

> 1ª. Lei Universal. Age como se a máxima de sua ação devesse tornar-se por meio da tua vontade, uma lei universal. a) Variante: Age como se a máxima da sua ação fosse para ser transformada, por meio da tua vontade, em uma lei universal da natureza.
>
> 2ª. Fim em si mesmo: Age de tal forma que uses a humanidade, tanto na tua pessoa, como na pessoa de qualquer outro, sempre e ao mesmo tempo como fim e nunca simplesmente como meio.
>
> 3ª. Legislador Universal (ou da Autonomia): Age de tal maneira que tua vontade possa encarar a si mesma, ao mesmo tempo, como um legislador universal através de suas máximas. a) Variante: "Age como se fosses, por meio de suas máximas, sempre um membro legislador no reino universal dos fins".

O imperativo categórico e a instauração de uma ética na política como o procedimento a ser adotado para melhor convívio com os outros, consiste no maior problema para a espécie humana, bem como a mais difícil tarefa humana a ser alcançada e a cuja solução a natureza a obriga, de modo a clamar pela instauração de uma sociedade civil que administre universalmente o direito (MESQUITA, 2014).

E, atualmente, toda teoria das Constituições Democráticas pressupõe um modelo de sociedade na qual o tipo mais adequado requer uma política democrática moderna inclusiva e universal que consolide um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e

individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, como bem adota a CF/88, explicitamente em seu preâmbulo.

Muito embora as teorias e propostas de Kant (1980) que envolvem a sociedade e o Estado terem influenciado tanto sua época, como toda a filosofia contemporânea, depreende-se que há duas grandes tendências conceituais sobre a sociedade atual. Uma adota critérios externos à própria organização, como o estado de conhecimento ou das técnicas de trabalho. A outra, em critérios internos, como o grau de simplicidade ou complexidade da organização social.

Muito embora a independência dos Poderes proposta por Montesquieu (1996) tivesse como propósito a garantia de liberdade, ele não abordou a separação entre a sociedade civil e o Estado, atribuindo ou delimitando aos mesmos suas respectivas esferas de ação.

Mas, foi Hegel (1995) o primeiro autor que conceitua sociedade civil (bürgerliche Gesellschaft) e a difere do Estado. Além de atribuir a cada uma das duas instâncias sua própria esfera de ação. Ele sujeita a sociedade ao Estado sem nele desaparecer, com base no fundamento comum do Direito Natural moderno e secular. Para Hegel (1997, 2010), a sociedade civil é uma instância necessária, porém, insuficiente para a realização plena da liberdade humana, pois só o Estado possui as condições sistemáticas para a realização plena desse princípio como uma comunidade ético-política, que guarda dentro de si a unidade da vontade particular e da vontade substancial universal, sem anular o princípio da liberdade subjetiva.

Aqui se observa que o ponto decisivo para o autor é que ele enraíza a liberdade, na comunidade ético-política (Sittlichkeit), sem anular a liberdade individual. Pelo contrário, essa liberdade, denominada pelo filósofo de subjetiva, constitui um traço essencial do próprio conceito de liberdade dos modernos.

Logo, filosofia que, como a hegeliana, pretende elaborar uma concepção abrangente de liberdade, conciliando o aspecto subjetivo (individual) e objetivo (institucional). Sob uma ótica similar, o movimento lógico-dialético, que transpassa universalidade e particularidade coloca os dois momentos numa relação recíproca, em que cada um dos termos resulta da

negação do outro, evitando, com isso, fazer da particularidade uma mera dedução (a partir da universalidade). Assim, o particular está contido no universal e, por isso, esse segundo momento está contido no primeiro, e ele é somente um, por aquilo que o primeiro já é em si mesmo.

Observa-se que para Hegel (1995), a ação do homem se dá em três níveis: família, sociedade civil e Estado, onde toda ação humana é movida por interesses dirigidos à obtenção de bens específicos. Sem interesse não há ação. Assim, a característica que separa a sociedade civil do Estado é para Hegel (2010, 1997) a natureza particular ou geral do interesse que move os homens a agir ou deixar de agir, ou seja, a ação. Interesse esse que leva a promover ações que derivam de uma natureza particular dá origem à sociedade civil. Enquanto as ações, que derivam de uma natureza geral, dão origem ao Estado. Por ser produto de ações que obedecem ao interesse geral de toda a coletividade e dirigem-se ao bem universal. Esse princípio de distinção entre sociedade civil e Estado é de um ponto de vista puramente metodológico, útil para estabelecer a diferença entre o social e o político.

De modo que Hegel (1997) denomina a sociedade civil, também, de "sistema das necessidades" (Bedürfnisse). Esse sistema das necessidades surge da dinâmica imposta pela satisfação das necessidades particulares, das individuais, da propriedade e do trabalho. Mas, ninguém pode se satisfazer sozinho. Daí a razão do mercado, onde há vínculos de interdependência generalizada entre todos os membros de uma coletividade. E, desses conceitos surge uma dialética perene entre trabalho, meios de satisfação e necessidades, ou seja, economicamente falando, entre a oferta e a procura segundo os economistas, que conferem peculiar dinamismo à sociedade civil. Figura esta que não se pode confundir com o Estado, que deve a todos tutelar (CIOTTA, 2007).

A teoria hegeliana entende que a atividade econômica moderna abandonada a si mesma gera extremos de riqueza e de miséria, dissolução política e decadência das instituições. Desse ponto de vista, pode-se dizer que Hegel estabelece as bases para a noção de luta de classes defendida por Marx (1985). Contudo, partindo da premissa de que a regulação da atividade econômica não surge diretamente do mercado, pois nasce de uma exigência interna do dele. Considerando que uma longa cadeia de mediações necessárias eleva os homens do seu interesse individual até a realização do bem comum. E é aqui que entra o papel regulador sob

a direção do Estado e no ritmo do desenvolvimento de sua atividade econômica, de modo que cada povo avança progressivamente na universalização de sua ação histórica. É o que Hegel (1995), denomina cultura ou civilização (Bildung), significa literalmente formação, mas equivale, de certo modo, à cultura ou à civilização (RESTREPO, 1990).

Na concepção hegeliana, não há espaço para a teoria Estado Contratualista. Pois que ela tece critica à concepção de Estado Contratual, uma vez que se confundiria o Estado com a Sociedade Civil. Papel no qual o Estado figurava como esfera positiva da sociabilidade, estabelecido de forma voluntária ou compulsória entre indivíduos que viveriam, hipoteticamente, em um *estado de natureza* que fosse constantemente ameaçado, para Hobbes (2000), ou pacífico para Locke (2011), Rousseau (1973) e (Rousseau e Braunstein, 1989).

Nesse sentido, o Estado burguês incorpora essas características, assim como as características próprias do Estado ganham espaço e incorporação de interesses organizados pela força de trabalho e do capital que se sobrepõem aos interesses do Estado.

Já, Comte (2003) foi pioneiro da ciência empírica e teórica da sociedade, que a denomina de sociologia, sob a ideia de uma ordem cultural como seu elemento constitutivo. Ele fundamenta sua teoria em duas proposições correlatas. A primeira proposição é a lei dos três estados que assim se sucede: no primeiro estado, há uma sociedade teológica de estrutura militar, com base na propriedade e na exploração do solo; no segundo estado, uma sociedade de legistas, caracterizada pela distinção clara entre o poder temporal e o espiritual; no terceiro estado, há uma sociedade positivista, na qual se aplicam as ciências positivas à ordem natural, com o surgimento da indústria. Enquanto que a segunda proposição apresenta o teorema no qual as ciências teóricas formam uma hierarquia em cujo ápice está a sociologia (SANGUINETI, 1977).

A ele é atribuída a origem do positivismo, com a criação do *Système de philosophie positive* e *Cathéchisme positiviste* , *Système de politique positive*, *Appel aux conservateurs* e *Synthèse subjective* (Comte, 1899). Cabe observar aqui duas variedades "disciplinares" de Positivismo Jurídico e o Histórico. O Positivismo Jurídico também chamado de "Jus positivismo" é obra de Kelsen (1939) que, no início do século XX afirmou que as fontes do Direito têm que ser buscadas apenas no próprio Direito, excluindo-se as fontes extrajurídicas

como hábitos e costumes compartilhados, além de valores disseminados socialmente. O que leva a possibilidade de uma Sociologia do Direito a partir da consideração do Direito como um sistema fechado em si mesmo e nega a possibilidade de considerar na prática o Direito como integrante de um sistema maior, que é o sistema social, que o informe com outros princípios juridicamente aplicáveis (MATOS, 2011; LACERDA, 2014).

O Positivismo na História seria aquela corrente iniciada com a obra do historiador alemão Von Ranke, que no século XIX definiu que os documentos falam por si próprios, consistindo o trabalho do historiador em apresentar os fatos indicados pelos documentos. Assim, além de carecer de interpretações e de hipóteses de fundo, essa historiografia caracterizar-se-ia por ser dedicada aos fenômenos políticos, isto é, aos atos dos grandes líderes e à vida política das nações, incluídas as guerras. O Positivismo Comtiano afasta-se dessa modalidade porque a historiografia por ele sugerida não consiste, metodologicamente, na acumulação de fatos ou na ausência de hipóteses interpretativas; em segundo lugar, porque em termos teóricos a historiografia proposta por Augusto Comte é de caráter sociológico, vinculada a grandes durações (LACERDA, 2009).

Entretanto, Comte (2003) transporta o Positivismo filosófico para o religioso, produzindo dissensões ou deserções. E nesse sentido, sendo ele um intelectual, sua teoria estava se distanciando da prática, em especial, pelo processo revolucionário que se iniciou com o movimento das comunas, no século XIV e que se acentuaria com a Reforma Religiosa. Fato que contribuiu para Comte ser considerado como o chefe de uma religião na qual o sacerdócio era exercido pelos sociólogos, versão nova dos filósofos de Platão, porém, esses sacerdotes oficiariam também na política. E sua teoria tornou-se contraditória, sua principal palavra de ordem era fundamentalmente conservadora sob o ponto de vista social: nem restauração, nem revolução. Tendia, portanto, antes, consolidar as vantagens conquistadas em 1789, evitando atribuir um caráter reacionário ao domínio da burguesia e do poder político, os quais ele admirava. Fatos que o distanciava do proletariado, com o temor que lhe causava uma igualdade possível e total em relação a esse mesmo proletariado (COSTA, 1951).

A teoria positivista de Comte foi transformada na Religião da Humanidade e na Igreja Positivista presta-se culto de adoração à Trindade Positivista, que é composta por: 1) Humanidade ou Grande Ser , entidade coletiva, real e abstrata, formada pelo conjunto de seres

humanos convergentes do passado que contribuíram para o progresso da civilização, do futuro e do presente; 2) Grande Fetiche é o planeta Terra com todos os elementos que o compõe: vegetais, animais, água, terra; 3) Grande Meio é o espaço, os astros, o Universo (COSTA, 1951).

A Igreja Positiva no Brasil, fundada em 1881, teve grandes expoentes como Benjamim Constant, Marechal Rondon e muitos outros. É ativa no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, com grande aceitação no século XIX, embora com menor intensidade no século XX, mas teve grande importância durante a campanha do petróleo é nosso, cujo vice-presidente era o positivista Alfredo de Moraes Filho. E também durante o processo de impeachment do ex-presidente Fernando Collor de Mello, em que o Centro Positivista do Paraná solicitou, assim como a Ordem dos Advogados do Brasil e Associação Brasileira de Imprensa, o afastamento do Presidente da República (VALENTIM, 2010).

Porém, Tocqueville (1977) observa o igualitarismo que se consolidaria e, como fato consumado, colocaria em risco a liberdade, além de preparar o caminho para a servidão ou para o despotismo, partindo da tese da inevitabilidade histórica da democracia. Nesse sentido, para Tocqueville, é a igualdade e não a liberdade o aspecto fundamental que caracteriza a democracia, com a necessária presença do liberalismo, a fim de poder preservar e garantir a liberdade. Assim, liberdade independe da condição social e corresponde basicamente a uma modalidade do agir político, tal liberdade própria dos espíritos mais elevados. O amor pela liberdade política representa o valor mais sublime na concepção política tocquevilleana, como salienta Prélot *et al* (1971). Enquanto que o objetivo principal do Governo, para Tocqueville, não deve ser o de dar à nação inteira o máximo de força e de glória, mas sim, o de dar a cada indivíduo o máximo de bem-estar e o mínimo de miséria; então, considerem os cidadãos iguais e optem por um governo democrático (JASMIN, 1997).

Assim, aquelas concepções defendidas por Hegel (1995) no período histórico, que abarca os séculos XVII e XVIII sobre o fundamento social da filosofia contratualista, é também a época que Marx (1867), em sua obra *O capital*, denomina de *acumulação primitiva de capital*, a conduta da burguesia e a configura enquanto classe social, que começa a adquirir um enorme potencial econômico e político. Porém, para usufruí-lo, teria como objetivo livrar as relações mercantis das amarras da política do antigo regime feudal (MARX e ENGELS, 2009).

Dessa forma, a articulação do pensamento liberal-contratualista foi também abordado por Marx (1843) em sua obra *A questão judaica*, argumentando que o mundo moderno comercializado é o triunfo do judaísmo, uma pseudo-religião cujo deus é o dinheiro (MACCOBY, 2006). Assim como ele vislumbra a mesma articulação no art. 2° da Declaração Universal dos Direitos do Homem, (1793), com os anseios privados da burguesia como classe social, numa crítica aos direitos do homem egoísta integrante da sociedade burguesa, voltado para si mesmo e para seu interesse individual, com o objetivo de romper com a liberdade do humanismo metafísico individualista defendido pelo pensamento liberal burguês (ALTHUSSER, 1968; ATIENZA, 1982; GOMEZ PEREZ, 1978)

Marx defende que tanto as necessidades quanto os meios para satisfazê-las são produto do trabalho coletivo, são um produto social e não meramente natural. A produção, a distribuição, o intercâmbio e o consumo de mercadorias, objetos da economia política clássica, configuram esse sistema que põe as necessidades de uns em conexão com os meios para satisfazê-las, possuídos por outros. Para Marx, o Estado se identifica com o que Hegel (1995), designa como Estado exterior (a lei limita o livre arbítrio individual a impor sua própria generalidade).

Assim sendo, o Estado burguês, observa Marx (1867), que vai ter seu principal papel na regulação dessas relações que são as fundamentais da sociedade civil-política burguesa, ou melhor, as relações de produção. Sendo assim, o Estado é sempre uma instância em desfavor dos trabalhadores, já que pode regular, mas nunca extinguir essa mediação fundamental: a exploração do trabalho pelo capital. Por conseguinte, o Estado é uma esfera a favor das classes dominantes desde seus primórdios, nas sociedades escravistas da Antiguidade. Surgiu para proteger os interesses da classe dominante e controlar as revoltas dos escravos. Inicialmente, havia apenas alguns traços essenciais do Estado Moderno, como a presença de um corpo policial-militar, de uma burocracia hierárquica, cobradores de impostos, escribas e mensageiros, em suma, um corpo de funcionários públicos. E consequentemente, novas configurações vão se aglutinando a esses traços essenciais (DE SOUZA, 2010)

Assim, em Marx (1867), o Estado não inaugura a sociedade civil. Antes, ergue-se a partir dela no interesse de determinada classe social. A recuperação histórica do surgimento do Estado permite que o autor demonstre a vinculação orgânica entre Estado e capital. Para ele, na medida em que o uso industrial da máquina tende a dissociar o trabalhador dos seus meios de

consumo, particularmente em virtude da expulsão do trabalhador do mercado de trabalho e, portanto, do seu meio de subsistência, o salário, os trabalhadores expulsos transformam-se de compradores em *não compradores*.

Daí decorre que: a) diminuirá a procura daquelas mercadorias; b) cairão os preços delas; c) aumentará o desemprego; d) parte do capital antes destinada à produção de meios de subsistência passará a se reproduzir de outra forma (particularmente na atividade financeira); e) os trabalhadores empregados nessas áreas da produção ficarão privados de parte de seus salários (MARX, 1980).

Neste sentido, o enorme poder de expansão da indústria e sua dependência do mercado mundial gera, necessariamente uma produção em ritmo febril, seguida de abarrotamento dos mercados que, ao se contraírem, ocasionam um estado de paralisação. A vida da indústria se converte numa sequência de períodos de atividade moderada, de prosperidade, de superprodução, de crise e estagnação. Surgem assim as cíclicas *crises* de *superprodução* e de *superacumulação*.

Marx (2005), assim como Marx *et al*, (2009), opõem-se à concepção de Durkheim (1997) e de Weber (2005), quando priorizam o indivíduo e suas motivações, enfatizando as condições materiais das quais faz parte. Em sua discordância, ele concebe como relação social aquela que permite entender a sociedade e as relações de produção. Identificam, ainda, que o modelo de sociedade é a forma como os homens produzem o modo como transformam, pelo trabalho, o mundo ao seu redor. E, sobretudo, a relação com os meios de produção, caracterizados pela propriedade privada (máquinas, ferramentas, capital). Em que os detentores dos meios produtivos possuem condições de explorar o trabalho dos que não são proprietários e só possuem a força de trabalho, e que dão em troca de um salário, configurando a exploração pelo do trabalho.

Desta forma, o autor preocupou-se em estudar a sociedade capitalista e não em elaborar uma teoria geral das sociedades como Durkheim (1997). Embora discordasse radicalmente da concepção weberiana de sociedade, Marx acredita ainda que o inconsciente social condiciona e afeta a conduta e as ações das pessoas. Tanto das que estão na gestão das coisas quanto naquelas que operacionalizam as coisas. Porém, de modo mais analítico, Jolivet (1955)

define, acrescendo outros atributos, que sociedade é a união moral de seres racionais e livres, organizados de modo estável e eficaz, para realizar um fim comum e conhecido de todos.

Após os postulados de Marx, o mundo contemporâneo concebe a sociedade civil como uma instância separada do Estado e da economia visto ora como base operacional de iniciativas e movimentos não comprometidos com as instituições políticas e as organizações de classe, visto ora como espaço articulado pelas dinâmicas da esfera pública e da ação comunicativa (HABERMAS, 1997).

Transitou-se, assim, de uma imagem de sociedade civil como palco de lutas políticas e empenhos hegemônicos para uma imagem que converte a sociedade civil ou em recurso gerencial – um arranjo societal destinado a viabilizar tipos específicos de políticas públicas – ou em fator de reconstrução ética e dialógica da vida social. De uma fase em que o marxismo preponderava nas discussões e deixava sua marca, ingressou-se numa fase em que a perspectiva liberal-democrática, nuançada ou afirmada de modo ortodoxo, prevalece e opera como referência principal.

Assim, a fragmentação das sociedades contemporâneas é subproduto mais expressivo do desenvolvimento capitalista das últimas décadas, pela interligação e integração econômica que relativizaram o poder estrutural dos Estados nacionais e o social ganhou maior transparência e maior autonomia relativa, diante do político. Contudo, o mundo não se tornou mais igual, porém, muito maiores distâncias que separam ricos e pobres, protegidos e desprotegidos, trabalhadores e proprietários. Além de que, a crise da democracia representativa e as transformações socioculturais associadas à globalização fizeram com que a política seja bem mais midiática e bem menos controlada pelos tradicionais operadores políticos (NOGUEIRA, 2003).

Observa-se, ainda, que nem todos os grupos humanos, na acepção científica do termo, constituem uma sociedade que, segundo concebido por Giddings (1897), é uma coletividade de indivíduos reunidos e organizados para alcançar finalidades e objetivos comuns, com o pressuposto da organização permanente. Razão por que não se pode considerar uma plateia ou multidão como uma sociedade. Pois embora tenham um objetivo comum, ainda que efêmeros, são destituídas de organização e não são de natureza permanente. Entretanto, há

uma sociedade mais vasta indo além da família, porém, menor que as igrejas e que a humanidade, que prevalece sobre todas as demais em função dos laços que envolvem o indivíduo, que é a sociedade política, o Estado.

O conceito de reflexividade defendido Giddings (1897) é aquele que a sociedade não está no fim da modernidade, mas em uma segunda fase da modernidade, ou seja, a alta modernidade. Fato que possibilita que os agentes individuais, instituições e organizações adquiram capacidade de refletir sobre sua própria condição de existência. Entretanto, diverge do pensamento de Beck (2010), que defende a sociedade reflexiva, porém, concebe-a como sociedade de risco, na qual demonstra que o descrédito no controle moderno sobre a natureza é o responsável pela postura reflexiva atual, na qual não se podem mais relegar aos especialistas as decisões. A sociedade é confrontada cotidianamente com os riscos fabricados por suas próprias ações.

Sob essa primeira fundamentação teórica da sociologia, se observa ainda que há concordância desses mesmos ideais com os pensadores Spencer (1977), Parsons (1976) e Durkheim (1997), dentre outros. Na concepção defendida por Durkheim (1997), a sociedade é um conjunto de regras e normas, padrões de conduta, pensamentos e sentimentos que não existem apenas na consciência individual. E sim nas novas instituições, que são encarregadas de moldar nos indivíduos tais valores e referências sempre adequadas à manutenção da ordem e do bem comum, como um todo harmônico. Com as mesmas características das leis naturais, isto é, regem os fenômenos sociais independentemente da vontade dos indivíduos. E defende que certas classes que exercem ocupações fundamentais devem necessariamente ser privilegiadas, explicando assim a concentração de poder e riquezas nas mãos da burguesia industrial, classe da qual fazia parte.

Como Durkheim (1997), Swedberg (2005) e Weber (2005) concebem a sociedade como fruto de uma construção social. Nas transformações das relações sociais estabelecidas entre indivíduos, advindas das motivações e sentidos que atribuem as suas ações em relação ao outro com quem interagem. De modo que o pensamento coletivo, como o Estado, o mercado econômico e as religiões existem pela ação recíproca dos indivíduos, estabelecendo, dessa forma, relações sociais mantidas continuamente. Significando, segundo Tomazi (1986), que podem ser relações descontraídas por ações que não sejam recíprocas, mas que orientem

novas condutas, atribuindo outros sentidos e valores às ações dos cidadãos, de modo que favoreçam o desmantelar das estruturas até então construídas. A visão weberiana ampara o liberalismo, com ênfase no indivíduo como sendo o responsável pelos seus méritos e derrotas, inclusive pela posição ocupada no quadro de classes sociais, afastando assim a responsabilidade da tutela Estatal sobre a sociedade e o bem estar social.

Observa-se, no Século XX, uma defesa de Kelsen (2010), para a tese de que a Ciência do Direito seria uma ciência universal, da separação entre os conceitos de Estado e de sociedade, em sua relação com o estudo da ciência do Direito. Ele dizia que o Estado é uma ordem jurídica, mas nem todo ordenamento jurídico pode ser designado como Estado. Só o é quando o ordenamento jurídico estabelece, para a produção e execução das normas que o integram, órgãos que funcionam de acordo com a divisão do trabalho. Estado significa ordenamento jurídico quando já alcançou certo grau de centralização. Os elementos do Estado, a soberania, o território e o povo não são senão a validade do ordenamento estatal em si, e âmbito da validade espacial e pessoal desse ordenamento (TOVAR, 2010).

Defendeu, ainda, Kelsen (2010), a importância da função Estatal de um Tribunal Supremo, como guardião constitucional contra a teoria nazista de Schmitt (2006), em uma democracia moderna, formado por magistrados, profissionais preparados, o que garantiria uma maior imparcialidade nas decisões, especialmente, quando se tratasse de minorias ou de questões relacionadas aos opositores do governo. Fato que gerou a redação da Constituição Austríaca de 1920 (MENDES, 2008). Ele, também, define ordem como um sistema de normas, cuja unidade é constituída pelo fato de todas elas terem o mesmo fundamento de validade, e que o fundamento de validade de uma ordem normativa, tal qual o direito positivo ou normativo, é uma norma fundamental da qual se retira a validade de todas as normas dessa ordem. Sendo a coação o elemento determinante da ordem jurídica. Assim a ordem coativa é que distingue o Direito das demais ordens sociais, pois esta ordem reage contra condutas humanas indesejáveis e socialmente perniciosas com um ato de coação, isto é, um mal que é infringido ao indivíduo contra sua vontade, se necessário, em caso de resistência, empregando a força física. Vale ressaltar que é a ordem jurídica que determina as condições sobre as quais se dá esse emprego da força física e por quem ele se dá. Existe, portanto, um monopólio da coação por parte da comunidade jurídica.

Significando dizer com Hegel (2010, 1997) que a ordem universal ou a vontade geral prevalece sobre a individual ou a vontade objetiva prevalece sobre a subjetiva. E, salienta-se que em Kelsen (2009), todas as normas que cumprirem o procedimento determinado pelo ordenamento jurídico são legais e legítimas. Ele diverge de Weber (1994), na medida em que legitimidade e legalidade se confundem, face ao entendimento fundamental da norma pelo elemento jurídico necessário que limita a legitimidade, que é a efetividade. Ou seja, na ordem jurídica social, não basta que haja apenas a legalidade/legitimidade, sendo necessária a efetividade do governo.

Entretanto, Habermas (1987) diverge de ambos e apresenta nova visão para o critério para se assegurar a legitimidade de uma norma. Ele critica a forte relação entre legalidade e legitimidade de Kelsen (2009) e Weber (1994), afirmando que a fé na legalidade só pode criar legitimidade se supõe de antemão a legitimidade da ordem jurídica que determina o que é legal. Pois este fundamento deve ser uma moral convencional que, por determinar normas prévias, gerais e vinculantes para todos, possibilite o surgimento de um poder político que possa justificar a sua autoridade coercitiva. E, neste sentido, a fundamentação da autoridade do direito seria devido a este enlace entre direito e moral. Aquele momento de incondicionalidade que, inclusive no Direito moderno, constitui um contrapeso à instrumentalização política do meio que é o Direito, deve-se ao entrelaçamento da política e do Direito com a moral.

Dellagnezze (2012) lembra que o Direito é uma ciência social e tem como objetivo o estudo das normas que disciplinam a conduta do homem em sociedade, visando à harmonia do convívio e ao bem comum. Os romanos, maiores juristas da Antiguidade, afirmavam *Ubi societas, ibi jus,* o que quer dizer, Onde houver sociedade, aí haverá Direito.

De modo diverso, a Teoria Econômica de Estado formulado por Keynes (1982) contra o liberalismo econômico puro, a prática da intervenção é inquestionável. Não obstante, o liberalismo econômico defende a teoria do mercado livre, regulando o desenvolvimento produtivo que consiste na não intervenção da economia por parte do Estado político, como pressuposto de promover a integração da sociedade.

Nesse sentido, observa Polanyi (1944, 2001) que não houve a promoção e nem a integração da sociedade, e a ideia de que o grande progresso técnico dos instrumentos de produção que aconteceu na Revolução Industrial foi acompanhado de uma catastrófica desarticulação nas vidas das pessoas comuns. O que o autor denomina de Moinho Satânico, pela transformação que triturou os homens, transformando-os em massa. Tendo em vista, ainda, que a economia liberal culminasse na crise dos anos 30, com a ideologia de não proteção da sociedade produtiva, fato que promoveu também o fracasso do liberalismo, evidenciando uma ideologia político-liberal da produção, ocorrendo uma exclusão significativa da sociedade fora do processo produtivo, pelo princípio da aplicação do liberalismo puro, entregando o indivíduo sua própria sorte. Não obstante, sob este mesmo princípio e no mesmo período, Keynes formula a sua teoria, defendendo a intervenção parcial do Estado na economia e a justifica como necessária e imperiosa, por força da crise econômica mundial de 1929, em face de uma justa distribuição de renda como garantia de uma sobrevivência digna (CARVALHO, 2008).

Observa-se, ainda, que nesse contexto, de acordo com Montano e Duriguetto (2010), a expansão capitalista se dá sob nova condição do capitalismo monopolista, mediante uma estratégia hegemônica do capital produtivo-comercial que incorpora e enquadra a classe trabalhadora industrial-urbana. Sendo também visto como expansão produtiva fordista pela organização e pelas lutas dos trabalhadores, que é denominada de capitalismo tardio clássico de acordo com Mandel (1982), e de regime de acumulação fordista/keynesiano citado por Harvey (2008), como também chamada de breve século XX, de acordo com Hobsbawm (1995), ou ainda a fase de expansão produtivo-comercial denominado por (ARRIGHI, 1997).

É, portanto, um momento histórico em que a questão social sob o entendimento de Netto (1992) é internalizada na ordem social não mais como um mero problema oriundo do indivíduo, consequente do insuficiente desenvolvimento social e econômico, denominado de subdesenvolvimento. Mas que também é transportada para a esfera política, porém, reduzida à gestão administrativa dos problemas sociais e seu enfrentamento institucional, sendo tratada de forma sistematicamente segmentada, mediante às políticas sociais estatais. Que atendem à globalização e ao desenvolvimento desigual (ARRIGHI, 2007).

E, sob tais condições, as expressões da questão social são vistas pela teoria keynesiana de acordo com Keynes (1985), e por Montano e Duriguetto (2010), como um problema de

distribuição de renda ou do mercado e também um descompasso na relação oferta/demanda de bens e serviços. Sob esta nova lente, surge no final do Século XIX e inicio do Século XX a estrutura de Estado que objetivava atender às necessidades do cidadão, o Estado de Bem Estar Social, que consistia numa política social na qual o Estado era o responsável para atender às demandas da população, regulando serviços, bem como fornecendo à sociedade esses mesmos serviços como forma de garantir melhor qualidade de vida (FRACALANZA, 2010).

Dessa forma, a tese de Keynes defende que o Estado deve agir dentro dos parâmetros do desenvolvimento liberal. Logo, a natureza do Estado é configurada enquanto parceiro do capitalismo e deve, assim, salvar a própria sociedade produtiva. Significa dizer que a intervenção Estatal na economia visa à garantia do pleno emprego e à retomada do desenvolvimento econômico para evitar a falência do capitalismo. E não visa ideal reformista de realizar política de Estado. Significa também dizer que sua base teórica não é na defesa da sociedade socialista, para mudar a forma de produção, ou o modo produtivo, e nem para defender o Estado como organização política total da produção, como dono dos meios de produção, e nem mesmo para mudar a concepção liberal da economia. Não obstante, a escola keynesiana se fundamenta no princípio de que o ciclo econômico não é autorregulado como pensam os neoclássicos, mas que é determinado pelo espírito animal (*animal spirit*, no original em inglês) dos empresários. É por esse motivo, e pela incapacidade do sistema capitalista conseguir empregar todas as pessoas que querem trabalhar, que Keynes defende a intervenção do Estado na economia. A função básica desse modelo de Estado consistia em propiciar à sociedade, como direito fundamental, remuneração e renda para uma vida digna, alimentação, saúde, segurança e, principalmente educação de qualidade, além de uma consistente infraestrutura de transporte, lazer e cultura. Assim, o Estado era responsável por garantir a manutenção desses direitos, permitindo-se atuar como agente, de forma direta na sociedade e, principalmente, na economia. Preocupou-se, em sua teoria, que Estado deve garantir uma distribuição de renda, de modo que todos os indivíduos participassem da riqueza existente (DELLAGNEZZE, 2012; KEYNES, 1982)

A economia de mercado é definida por Polanyi (1944) como um sistema auto regulável de mercado, que surgiu e se estabeleceu de forma espontânea, mas houve a necessidade do forte braço Estatal para sua manutenção. A questão primordial é que o funcionamento do mercado como entidade autorregulada exige que todo o tecido social opere segundo as leis de mercado.

Toda a produção deve estar voltada para a venda no mercado, e todos os rendimentos devem derivar de tais vendas. Por isso, não somente os bens, serviços e componentes da indústria devem ter um preço no mercado, mas também o trabalho, a terra e o dinheiro sendo seus preços chamados, respectivamente, salários, aluguel e juros. Essas três coisas passaram a funcionar como mercadorias, e, sem isso, seria impossível o estabelecimento da sociedade de mercado, da economia de mercado e do mercado auto regulável (SILVA, 2003; WJUNISKI *et al* 2010). Porém, essas coisas não são mercadorias, como defende Polanyi (2001), que o trabalho é o equivalente ao próprio ser humano, no qual consistem todas as sociedades, e a terra é o ambiente natural onde as sociedades existem. Então, para que o estabelecimento da economia de mercado e o sistema capitalista industrial tivessem êxito, foi necessário que o trabalho, a terra e o dinheiro, que não são mercadorias, fossem convertidos em mercadorias mediante um processo de construção legal que legitimasse tal conduta, deliberadamente promovido pela intervenção do Estado Inglês do século XVIII, assegurando a criação dessas mercadorias fictícias: trabalho, terra e dinheiro (SILVA, 2003; MACHADO, 2012).

Interessante observar no que concerne ao estabelecimento da sociedade de mercado, da economia de mercado e do mercado auto regulável, cabe aqui citar as observações de Stiglitz (2002), sobre os efeitos da globalização e seus malefícios, quando afirma que os países chamados de economias em desenvolvimento, mas na verdade, não se desenvolvem, uma vez que o Fundo Monetário Internacional (FMI) prescreve as políticas que as nações devem seguir como pressuposto de qualificação para os empréstimos do próprio FMI ou de bancos do setor privado. E desse modo, o FMI tem feito grandes danos pelas políticas econômicas que ignoram as implicações de informações incompletas, os mercados inadequados e as instituições inviáveis, dados esses, que são especialmente características de países em desenvolvimento. Como resultado, Stiglitz argumenta que essas prescrições econômicas impostas pelo FMI não fazem sentido para os países para os quais o FMI a está recomendando, e demostra que essas políticas têm sido desastrosas para os países seguirem.

O conceito de sociedade civil concebido por Gramsci (1950) se deu com o resgate da tradição iluminista e hegeliana dos séculos XVIII e XIX e o renovou com radicalidade, olhando a sociedade civil como parte orgânica do Estado, como âmbito dotado de especificidade, mas somente compreensível se integrado a uma totalidade histórico-social. Ele foi o criador do conceito de hegemonia e de bloco hegemônico, e também por focar o estudo dos aspectos

culturais da sociedade, ou seja, a chamada superestrutura no marxismo clássico, como elemento a partir do qual se poderia realizar uma ação política e como uma das formas de criar e reproduzir a hegemonia. Que para ele, é o exercício das funções de direção intelectual e moral unidas àquela do domínio do poder político.

Mas para Gramsci o grande problema da sociedade é entender o processo pelo qual o proletariado ou uma classe dominada, subalterna poderá se tornar a classe dirigente e exercer o poder político, ou seja, se converter em uma classe hegemônica. Sendo neste ponto, que ocorre a crise da hegemonia que para ele é neste momento, que a hegemonia se manifesta, quando as classes sociais, politicamente, estejam no domínio, elas não conseguem mais ser dirigentes de todas as classes sociais, porque não conseguem resolver os problemas de toda a coletividade. Logo, elas irão impor para toda a sociedade a própria complexa concepção do mundo, para continuar no poder Estatal (SEMERARO, 2007)

Já, de modo diferenciado, Hayek (1977, 1990) justifica o liberalismo econômico e diz que é a melhor e única forma de garantir a liberdade às pessoas. Que a planificação e a centralização de poder propostas no socialismo consistem nos mesmos métodos utilizados pelos regimes totalitários (nazismo e fascismo) e levam ao mesmo tipo de escravidão. A diferença entre socialismo e nazismo/fascismo seria quanto aos fins almejados: enquanto nos últimos estão relacionados à ampliação de território e a razões ligadas à eugenia, no primeiro caso, o fim seria maior justiça e equidade. Afirma, ainda, Hayek (1990) que a planificação e a centralização de poder são as reais causas da servidão, e que, mesmo que o objetivo almejado seja louvável (como no caso do socialismo), os meios para atingi-lo são equivocados.

Observa-se que Hayek (1990) tem grande parcela de razão, porém, a interrogante deve ser a seguinte: se o socialismo é um regime que elimina a liberdade, ela somente pode ser garantida por meio da aplicação da doutrina liberal. Logo, há conforme ele advoga, somente duas possibilidades de organização da sociedade e do Estado: socialismo de economia planificada ou liberalismo.

Entretanto, Polanyi (2000) o contradiz, observando que qualquer servidão advém da subordinação da vida das pessoas a uma lógica alheia à própria vida, não importando se essa lógica é representada pelo Estado ou pelo mercado. Observa, ainda, que os socialistas

utópicos e libertários apontavam também para os mesmos problemas ligados ao socialismo científico, principalmente, no que se refere à centralização do poder, mas não acreditavam que o liberalismo era o caminho para a liberdade, propondo outras formas de organização social, baseadas principalmente nas livres associações e no princípio federativo e que o socialismo jamais poderia ser alcançado por meio do Estado, mas que ele se tornará realidade não no Estado, mas fora dele, sem o Estado (BUBER, 1996).

Contudo, Hayek (1990) também reconhece que a livre concorrência e o liberalismo não são formas naturais da organização social, que eles não surgem espontaneamente na sociedade, mas se estabelecem mediante à intervenção Estatal, pois a doutrina liberal enfatiza que para a concorrência funcionar beneficamente é preciso criar uma estrutura legal cuidadosamente elaborada, pois nem as normas legais existentes, nem as do passado, estão isentas de graves falhas. Significando dizer que o uso da concorrência como forma de organização social exclui alguns tipos de intervenção na vida econômica, porém carecem de outros para garantir seu bom funcionamento. Neste sentido o autor justifica a intervenção do Estado só para manter a concorrência e o livre mercado. Que, para ele, são as únicas formas de garantir a liberdade, de que as ações humanas são realizadas visando ao único objetivo de satisfação de necessidades individuais, que há uma constante concorrência entre os homens pela posse dos recursos, que seriam muito mais certo dizer que o dinheiro é um dos maiores instrumentos de liberdade já inventados pelo homem. É o dinheiro que, na sociedade atual, oferece ao homem pobre uma gama de escolhas extraordinariamente vasta, bem maior do que aquela que há poucas gerações se ofereciam aos ricos (PAULANI, 1996).

Sob essa teoria assim posta, os fins sociais seriam, então segundo Silva (2003), objetivos idênticos para muitos indivíduos ou, em outras palavras, o somatório dos fins individuais e desta forma, somente tem liberdade quem tem possibilidade de satisfazer suas necessidades individuais. E, assim, o liberalismo permitiu dominação norte-americana nos planos econômicos, político e cultural, de forma simultânea e sinérgica. Sendo amparado no poderio bélico, que ameaça com a possibilidade de destruição total, qualquer manifestação de resistência. Representando desse modo, o fim de toda a possibilidade de liberdade, incluindo a de expressão e de pensamento, que, até mesmo nos mais cruéis regimes totalitários é tolhida com dificuldade.

E, de acordo com o pensamento de Mészáros (2002), o capital é uma forma incontrolável de controle sociometabólico. E não é uma entidade material ou um mecanismo de mercado como defende os apologéticos do liberalismo.

Contribuindo com esse pensamento, Mészáros (2002), defende que a incontrolabilidade do capital, advém do fato de ser a mais poderosa estrutura totalizadora de controle que já surgiu na história, à qual tudo deve se adaptar ou perecer, inclusive os seres humanos. Neste sentido, o caráter totalizador do capital, associado ao seu modo de metabolismo socioeconômico, possibilitam a existência de uma correlação entre economia e política antes inimaginável. Uma vez que, na era atual, o Estado serve ao capital, na medida em que é sua estrutura totalizadora de comando político. Com a agravante de que o Estado Moderno é uma espécie de ação corretiva que visa sanar os três defeitos estruturais do capital, cuja existência deriva do fato de o capital ser antagonicamente estruturado.

Esses três defeitos ou antagonismos estruturais do capital são identificados: entre produção e controle, entre produção e consumo e entre produção e circulação. O papel do Estado é tentar corrigir esses antagonismos, buscar a unidade entre esses elementos estruturalmente fragmentados. A separação entre produção e controle da produção requer que o Estado crie sistemas jurídicos de regulação, cuja função é sancionar e proteger o material alienado e os meios de produção do processo de reprodução socioeconômica. É a estrutura legal do Estado que garante a tirania nos locais de trabalho, e possibilita que o controle da produção não seja exercido pelos sujeitos da produção, sem que iniciativas de revolta e resistência irrompam constantemente em resposta a essa separação. Essas leis referentes à propriedade privada, inclusive no que se refere à transmissão hereditária da propriedade, legitima a manutenção da ideia de unidade entre produção e controle. Sem essa regulação por parte do Estado, o sistema do capital seria rompido internamente por desacordos constantes. (PAULANI, 1996).

Ainda, Mészáros (2002) afirma que Polanyi (2000) se equivocou ao acreditar que o *Moinho Satânico* fosse o mercado auto regulável ou a economia de mercado; segundo ele, o terrível moinho era o próprio sistema do capital, *do* qual o mercado auto regulador foi somente um momento passageiro e subordinado. Ele afirma que o mercado auto regulador é um sistema em que o trabalho excedente é extraído por meio de mecanismos econômicos.

Todavia, aponta que, nos Estados socialistas (stalinistas), a extração de trabalho excedente era feita por meio de imposição política; por extrair trabalho excedente (e alienar a produção do controle), tais sociedades também adotaram o capital como forma de regulação sociometabólica, muito embora não seguissem a cartilha do liberalismo.

Além de que o papel Estatal é burocratizado viabilizando criar uma unidade entre a produção e o controle, tornando o controle impessoal, pois é aparentemente regido pelas complexas regras burocráticas, segundo Silva, (2003), mas na contemporaneidade, o mito do mercado auto regulador não mais se sustenta, tendo em vista o papel cada vez maior desempenhado pelo Estado na manutenção da ordem vigente, pois a extração de trabalho excedente, hoje, não se faz por mecanismos políticos ou econômicos exclusivamente, mas por meios político-econômico-culturais, visto que nunca antes esses três elementos estiveram tão unificados.

Hayek também, sustentou que um sistema jurídico produzido pela gradual interação entre os tribunais e os casos específicos funciona melhor que um sistema legal planejado *a priori* por um legislador. Na Política, propôs uma fórmula constituinte que procura garantir as ideias liberais, com ênfase no conceito de governo limitado.

Com Friedman**, e**ntre os anos de 1950, nos Estados Unidos da América e, por volta de 1980, no Reino Unido da Grã Bretanha, surge a teoria de Estado Neoliberal, na qual o pressuposto primordial é que o Estado, não deveria fornecer as funções básicas aos cidadãos, mas, regular estas funções. Cabendo às empresas privadas a responsabilidade pela realização desses serviços essenciais, de modo a prover a sociedade, dentro da regulação estabelecida pelo Estado, teoria esta defendida pelo economista norte americano Milton Friedman (DELLAGNEZZE 2012; FRIEDMAN, 1962, 1977). Em sua obra, Capitalismo e Liberdade, ainda na Guerra Fria, Friedman defende que a liberdade econômica é uma condição essencial para a liberdade das sociedades e dos indivíduos e o Estado Neoliberal com a redução do tamanho do Estado. Em detrimento do Estado de Bem Estar Social, que se transformara num Estado estatizante, coletivista e demasiado grande.

Ele defende a teoria que o Estado deve ter um papel rigorosamente limitado, diminuindo sua influência na sociedade e na economia. Ele afirma que a liberdade econômica constitui requisito essencial da liberdade política, permitindo aos indivíduos cooperarem entre si, sem

coerção ou direção centralizada, reduzindo a área sobre a qual é exercido o poder político. A concepção Estatal de Friedman é contrária a qualquer política de subsídios e incentivos de créditos ou fiscais, que afeta o dispêndio público.

Ele ressalta os inconvenientes de políticas paternalistas e de programas assistenciais, como seguro social, programa de habitação, salário mínimo, assistência médica gratuita. Sua visão de sociedade é desvinculada da tutela Estatal, na qual deve prevalecer a ampla concorrência para todas as atividades e os serviços devidos aos cidadãos. Ele afirma que de teoria de Keynes é ingênua, em oposição à nova teoria keynesiana que ressurge em defesa da democracia social.

Nesse sentido o conceito de sociedade civil reiterou a ruptura do vínculo orgânico entre sociedade e Estado, mas também atenuou o fervor ético inerente a formulações mais progressistas. De modo que a sociedade civil é a parte da sociedade que está fora do aparelho de Estado. Assim situada entre a sociedade e o Estado, é o aspecto político da sociedade: a forma por meio da qual ela se estrutura politicamente para influenciar a ação do Estado, apesar disso, não se pode cometer o equívoco de atribuir-lhe um papel libertador, tornando-a a consubstanciação do interesse público (BRESSER-PEREIRA, 1999).

Esse olhar conceitual de sociedade civil estará na base teórica do chamado Terceiro Setor, assim entendida como cultura neoliberal não se cansará de saudá-lo como instância capacitada para substituir o Estado, trocando as ações públicas permanentes e gerais por iniciativas tópicas ou locais não necessariamente coordenadas, tendo em vista uma gradual eliminação da responsabilidade estatal para com a questão social (MONTAÑO, 2002; BEHRING, 2003).

Neste sentido, a sociedade civil exclui os interesses e as classes. Há política nela, com certeza, mas se trata de uma política convertida em ética, que não se apresenta como poder, dominação, hegemonia e Estado e por conseguinte, com poucas chances de se efetivar.

Não é por outro motivo que Habermas, por exemplo, prefira falar em democracia pós-nacional e não em democracia cosmopolita, para sugerir que a primeira não só mantém ativos os sistemas político-estatais nacionais. Como também preserva as comunidades políticas nacionais requeridas pelo exercício democrático, ao passo que a democracia cosmopolita

conceberia uma comunidade inclusiva carente da auto compreensão ético-política dos cidadãos, ou seja, da possibilidade efetiva de uma autodeterminação coletiva.

Em decorrência, na comunidade cosmopolita, a moldura normativa constitui-se apenas de direitos humanos, ou seja, de normas jurídicas com conteúdo exclusivamente moral.

Como diria, criariam as conexões essenciais da convivência democrática. Um arranjo, propenso, bem mais ao prolongamento da fragmentação e do não estatal, do que ao encontro de novas bases de unificação e unidade política, nas quais haveria, em suma, pouca procura de consenso ou da hegemonia, pouca organização e pouca "força", em contrapartida, muito agir comunicativo, muita disposição para o diálogo e para a solidariedade (HABERMAS, 2001).

Que, de acordo com Montaño, seja como agir comunicativo no mundo da vida, seja como livre associativismo, seja como interação e como ações voluntárias, os novos conceitos de sociedade civil isolam essa esfera da tensa e contraditória totalidade social:

> (...) pensam a mudança social, a democratização da sociedade, o aumento de poder e controle do cidadão, como resultado da atividade cotidiana da sociedade civil (como unidade), contra o Estado, em parceria com este ou com independência deste. Nenhum resultado, a não ser a constante reprodução da ordem e do status quo , sairá desta perspectiva (Montaño, 2002, p. 266).

A sociedade civil, porém, não é a extensão mecânica da cidadania política ou da vida democrática. Longe de ser um âmbito universal, é um território de interesses que se contrapõem e só podem se compor mediante a ações políticas deliberadas.

Não é uma área social organizada exclusivamente pelos bons valores ou pelos interesses mais justos, mas um terreno que também abriga interesses escusos, ideias perversas e valores egoísticos, no qual podem se desenvolver muitas atitudes e condutas incivis (Whitehead,1999), o que levou alguns estudiosos a visualizarem uma sociedade incivil como caso extremo de uma sociedade civil tomada pela incivilidade (KEANE, 2001).

Ao cortarem, portanto, os vínculos da sociedade civil com o Estado e conceberem essas duas esferas, como duais e não integradas, as novas teorizações sobre a sociedade civil deixam de reconhecer que os riscos que ameaçam esse espaço social não derivam do estatismo invasivo, mas de todas essas concepções de sociedade civil, que cabem na realidade contemporânea.

2.4. CONCEPÇÕES BRASILEIRAS

Em decorrência dos conceitos sobre sociedade, Azambuja (1969) compreende que o Estado é uma sociedade constituída essencialmente por um grupo de indivíduos organizados permanentemente para um bem comum. Por ter sua organização determinada por normas de Direito Positivo, hierarquizada na forma de governantes e governados, denomina-se sociedade política, tendo por finalidade própria o interesse ou bem público.

Ensina autor, que as sociedades têm por fim assegurar ao ser humano o desenvolvimento de aptidões físicas, morais, intelectuais, direitos e obrigações. Em importância, como sociedade natural, é a família, desde os pequenos grupos sociais, as igrejas, assim como a extensão abrangente a todos os países que, neste caso, compreende-se a sociedade humana, a humanidade.

Aqui, diverso da visão de Marx e ENGELS (2009) e Gramsci (1999), na qual família não constitui uma sociedade natural, mas se constitui como uma sociedade social, historicamente determinada, construída. Dessa compreensão de Estado como grupo social máximo, decorre a noção de poder com Da Silva (1992), que o define como um fenômeno sociocultural. Ou seja, é um fato da vida social.

E reconhecer que se pertence a um grupo é reconhecer que esse grupo pode exigir certos atos e condutas, impostos pelos fins perseguidos. E tal é o poder inerente ao grupo, que é definido como uma energia capaz de coordenar e impor decisões visando à realização de determinados fins. De modo que o poder do Estado é o poder político ou poder estatal.

Assim, a sociedade estatal é também reconhecida como sociedade civil, sob o entendimento De Moraes (2002). Na qual contém uma multiplicidade de indivíduos e de grupos sociais diferenciados, em que o poder político tem que coordenar e impor regras e limites em função dos fins globais que ao Estado cumpre o poder-dever de realizar, de manter o mínimo de ordem e estimular um máximo de progresso com vistas ao bem comum.

Essa superioridade do poder político, segundo esse autor é caracterizada pela soberania do Estado, que é compreendida sob dois aspectos, consoante também com Da Silva (1992): a) independência em confronto com todos os poderes externos à sociedade estatal, também

chamada de soberania estatal; b) e concomitantemente, a supremacia sobre todos os poderes sociais internos dessa mesma sociedade estatal, também chamada de soberania interna.

Desses fatos, Da Silva (1992) entende que decorrem as três características fundamentais do poder político: unidade, indivisibilidade e indelegabilidade, não obstante a divisão de Poderes no estado Constitucional em Executivo, Legislativo e Judiciário.

Observa-se que as qualidades estatais não significam que o Estado tenha vontade própria, uma vez compreendido o Estado, enquanto estrutura social. E, Bidart (1967) orienta que ele não tem vontade real e própria, que é manifestada pelos seus Entes e Órgãos.

Os quais Da Silva (1992) os classifica como poderes supremos (constitucionais), que são usufruídos por aqueles que devem exercer o poder político. Cujo conjunto se denomina Governo ou Órgãos Governamentais e são objetos regidos pelo Direito Constitucional.

Logo, é a estrutura política do Estado. Enquanto que os poderes dependentes (administrativos) são aqueles entes e Órgãos em plano hierárquico inferior ao plano constitucional, cujo conjunto forma a Administração Pública e são objetos regidos pelas normas do Direito Administrativo.

Sob essa lógica constitucional estatal, concebida por ele, em sentido amplo, o governo é o conjunto de órgãos pelos aos quais a vontade do Estado é formulada, expressa e realizada. Ou seja, é o conjunto de órgãos supremos a quem incumbe o exercício das funções do poder político. E em sentido estrito e habitual, no sistema de governo democrático, considera-se governo apenas o órgão que exerce a função executiva, enquanto que no sistema parlamentar, o órgão que exerce a função executiva é o Conselho de Ministros. Significando dizer que o poder político é uno, indivisível e indelegável, desdobra-se e se compõe de várias funções: a legislativa, a executiva e a judicial.

Entendimento também de Colliard e Durverger (1971), não se pode confundir a diversificação de funções do poder estatal com a divisão ou a clássica separação dos poderes legislativo, executivo e judiciário, que tem como fundamentos dois elementos estatais: a) especialização funcional de cada órgão; b) independência e harmonia orgânica, traduzidas em total ausência

de subordinação entre os três poderes do Estado, conforme previsto nas teorias de Aristóteles (1951), Looke (2011) e Rousseau (1963).

De modo que, se a Federação consignar o estímulo à participação direta e ativa de homens e mulheres na vida política, constituirá instrumento fundamental de consolidação do sistema democrático.

O que significa dizer quando o poder muda de mãos segundo o resultado de eleições regulares, que, a sociedade aberta, conforme concebe Habermas (1997), tem o poder de interferir na sua historicidade.

Assim, a democracia aproxima os indivíduos, colocando-os dentro de uma relação de coordenação, mais do que de subordinação. Pois desde a democracia ateniense até a democracia contemporânea há duas características vitais na democracia que possibilita essa relação de coordenação: a) igualdade de participação, que visa à defesa de direitos e a influenciar ações de governo; b) liberdade de expressão, que tem por meta a necessária transparência dos atos públicos. Muito embora haja uma contradição na democracia ateniense, sociedade da qual imperava a escravidão, e os escravos não tinham o direito de votar.

Essas características democráticas levam Bonavides (1993, 2001) a entender a democracia como o mais valioso dos direitos fundamentais, já observando que na democracia ateniense a participação popular se dava de forma pura e efetivamente direta, tendo em vista a construção e a manutenção da *polis* e que, naquela época, não havia a noção de direitos humanos.

Enquanto que a moderna democracia se caracteriza pela representação, partidos, voto indireto e direitos humanos, somados ao dogma da justiça. Porém, a concepção desse autor não se refere à concepção individualista dos direitos humanos proclamados no século XIX, objeto das críticas de Marx (2005).

Porque Bonavides (2001) defende uma noção de democracia que vai além das concepções de liberdade, de fraternidade e de igualdade, vigentes no século XIX, indo além, abraçando todas as dimensões dos direitos fundamentais existentes e que porventura virão em gerações futuras. Ele assevera que os direitos fundamentais não caducam, um não substitui o outro, e nunca perdem sua eficácia pelo decurso histórico.

Pondo-se como numa pirâmide, cujo ápice é o direito à democracia. E os classifica em geração ou dimensão, da seguinte forma:

- direitos fundamentais de primeira geração, que são os direitos civis e políticos, os chamados direitos da liberdade ou direitos individuais, que têm por titular o indivíduo em face do Estado;
- de segunda geração, que são ligados ao princípio da igualdade, englobando os direitos sociais, culturais e econômicos assim como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social;
- de terceira geração, que são os chamados direitos da fraternidade, não se adstringindo apenas à proteção dos interesses de um indivíduo, um grupo ou um determinado Estado. Eles se relacionam a temas referentes ao gênero humano como: desenvolvimento, paz, meio-ambiente, comunicação e patrimônio comum da humanidade;
- o direito à democracia, que ao lado do direito à informação e do direito ao pluralismo, como um direito fundamental de quarta geração.

Os princípios de boa governança e da transparência públicas e participação cidadã estão sendo considerados princípios e direitos fundamentais de quinta geração, vistos na Carta Ibero-americana de Calidad en la Gestión Pública (BAREA, 2009), na Carta Ibero-americana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública (CLAD, 2009), e buscam fortalecer a teoria da democracia, da participação social e da cidadania.

Neste sentido, De Tocqueville (2004) observa que democracia é inseparavelmente governo do povo, sociedade igualitária e para Bonavides (2001) é, verdadeiramente, um governo que não seja apenas do povo, mas também pelo povo e para o povo.

Porém, a representação democrática é vista ainda como aporte negativo da democracia moderna. Mas Bobbio (2004) aborda a era dos direitos e vislumbra como aporte positivo os direitos humanos que impulsionaram às reivindicações, em especial à dignidade humana, ainda muito relegada nos séculos XX e XXI.

Enquanto Bonavides (2001) externa que o sistema representativo não atende às necessidades sociais, por isso deve reduzir a utilização dos mecanismos de representação, restringindo-os

ao mínimo necessário para destravar a máquina do poder e do governo. A concepção desse autor de democracia participativa sob a configuração do Estado contemporâneo leva-o a conceber que a representação é um mal necessário, ainda que não atenda a essas necessidades sociais.

Considerando os efetivos populacionais orçados em milhões de seres humanos que se qualificam ao exercício do sufrágio, ou seja: à participação política e à militância eleitoral. Observa, ainda, que a originalidade do Brasil, como país constitucional, foi fundado pelo Império mediante a raízes representativas e institucionais européias e não americanas, monárquicas e não republicanas, parlamentares e não presidencialistas, unitaristas e não federalistas. Consequentemente, após o reinado absolutista português, surge uma República instável, seguida de longa ditadura. Por último, o Brasil é regido por uma democracia moderna, que se implantou há menos de trinta anos pela República Federativa do Brasil, que é formada pela união indissolúvel dos Estados e dos Municípios e do Distrito Federal.

Assim, constitui-se em Estado Democrático de Direito, sob os fundamentos da soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político, mas que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos (CF/88, art. 1º).

Não obstante, à luz deste mesmo art. 1º da CF/88, a democracia contemporânea vista por Bravo (2012) não viabiliza o controle do poder pelo povo, que é o verdadeiro dono do poder. Uma vez eleitos, os governantes detêm o controle pelos meios de comunicação e pela força burocrática, impedindo o povo de efetuar um controle social efetivo do governo que os representa. Entendimento, também, De Moraes (2002), tal conduta é legitimada sob o manto forte dos mecanismos constitucionais nos incisos I, II e III do art. 14 da CF/88, regulamentados pela Lei 9.079, de 18 de novembro de 1998, ou seja: plebiscito, referendo e iniciativa popular.

Visto que a participação direta do povo é limitada por estes mecanismos. Sendo que as duas primeiras são dependentes da vontade do Parlamento e a segunda é limitada a requisitos da própria CF/88, que a tornam quase inviável.

Pois, constata-se, por tais posicionamentos doutrinários, que já não mais há submissão de quem governa ao verdadeiro possuidor e dono do poder, que é o próprio povo. Além do fato de que tais condutas do Poder Constituinte Originário e Derivado evidenciam uma Constituição de natureza econômica.

Fato este que, sob uma democracia capitalista, pode contribuir para que princípios vitais à cidadania, à participação social e à própria democracia, como igualdade, equidade, universalidade e solidariedade se tornem ineficazes. Uma vez que, sem efetividade real dos direitos fundamentais, existe o direito em abstrato, mas não se materializa de modo eficiente e eficaz para atender às demandas sociais no plano concreto. Sob este raciocínio, cita-se Bobbio (2004), que compreende não poder existir emancipação humana que não passe pela emancipação política.

Porém, emancipação política, para se consolidar numa democracia participativa e emancipatória, deve-se dar lugar às formas de regulação que extrapole a compra e venda da força de trabalho, da distribuição da renda e do sufrágio eleitoral. Pois na sociedade contemporânea, participação, emancipação humana e política, conforme De Albuquerque e De Oliveira (2012), exigem um exercício de uma soberania democrática mais rica do que a área de poder de que dispõem os órgãos representativos nos mais diversos níveis, requerendo transparência e participação.

Este olhar transparente e participativo eleva o sentido político e jurídico da emancipação humana, como pressuposto ao poder-dever de boa governança sobre as coisas públicas, na qual Da Costa (2012) sujeita incondicionalmente o Estado Democrático de Direito Contemporâneo à luz da centralidade do ser humano em sua dignidade, como cidadão do mundo. Princípio e posição jurídica subjetivos, dedutíveis dos direitos humanos como direitos naturais inalienáveis e fundamentais da humanidade, decorrendo da Administração ou Gestão Pública submissa ao controle social. Fenômeno que torna tais princípios inerentes às ações da saúde. Ações essas que são direitos fundamentais de cidadãos do mundo[4], devidas pelos Estados neste novo século globalizado.

[4] Teoria Kantiana da Cidadania Cosmopolita

2.5 GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS

2.5.1 Saúde: pressuposto de desenvolvimento econômico e social

Na segunda metade do século XX, a saúde começou a ser percebida como resultante da determinação das desigualdades econômicas e sociais, como a pobreza, o desemprego, a habitação precária, o meio ambiente contaminado ou desequilibrado. E, como estratégias principais para amenizar as desigualdades sociais e garantir a saúde dos povos, os especialistas em saúde pública reconheceram a necessidade de fortalecer os serviços comunitários, desenvolver políticas públicas saudáveis, favorecer a participação popular e ressaltar a importância da dimensão do papel Institucional do Estado Democrático de Direito na gestão da saúde.

Desde a década de 60, a questão do papel Estatal por políticas eficientes e promotoras do desenvolvimento econômico sustentável, que propiciem maior qualidade de vida tem sido discutida pela maioria dos países-membros[5] da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). E continua sendo um tema central recorrente nas sociedades modernas, em razão da necessária reforma do papel Estatal, que Crozier (1989) alerta para um repensar mais pragmático do que filosófico. Tal como no estudo relacionado com o processo de modernização de Barcellos (2013), no qual atenta para os programas de ajustes estruturais e privatizações, ditados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) com reduções de investimentos em saúde e bem-estar social. Essas políticas reducionistas dos investimentos em saúde e bem-estar social, impostas pelas Organizações Internacionais, culminaram no fim dos anos setenta do Século XX, com a crise econômica mundial, que tornou inviável o modelo de Estado de Bem-Estar, construído pelos

[5] Convenção assinada em Paris em 14 de Dezembro de 1960, que entrou em vigor em 30 de Setembro de 1961, tem como objetivos promover políticas que visam alcançar o mais elevado nível de crescimento econômico, de emprego sustentável, crescente qualidade do nível de vida nos países membros, mantendo a estabilidade financeira; contribuir para o desenvolvimento da economia mundial e para a expansão econômica dos países membros e não membros em vias de desenvolvimento econômico; expandir o comércio mundial numa base multilateral e não discriminatória, de acordo com as obrigações internacionais.

países industrializados e pelos países pós-industrializados, depois da segunda guerra mundial. Fatos que Chauí (1980) alerta também para uma reflexão sobre a necessidade de discernir e compreender melhor o capitalismo e a democracia, quando questiona se este capitalismo engendra o novo ou se desmascara o velho papel do Estado, ou se ainda acoberta uma diferença essencial sob uma aparente inovação identificadora, assimilando ora uma inauguração histórica, ora uma história mais global. No contexto histórico global, as políticas públicas de saúde são também objeto de reflexão no seio de organismos internacionais.

Sendo que um dos maiores movimentos internacionais que repercutiu na internacionalização de normas internacionais da saúde, entre nações democráticas, foi a Declaração de Alma-Ata, imposta por um conjunto de propostas elaboradas e expressas pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), formulada com base nos resultados da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade Alma-Ata, República do Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978. Na qual defende a busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção da saúde, em especial nos países em desenvolvimento, como uma das prioridades da Nova Ordem Econômica Internacional. Vale ressaltar a concepção da Nova Ordem Econômica Internacional, que foi constituída em razão das condições dos Estados Nações do Pós-guerra e posteriormente, pelo fim da Guerra Fria. É uma Instituição legalmente formada por um conjunto de propostas elaboradas e expressas pela Assembleia Geral nos documentos "Declaração de Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Mundial", com a Resolução 3.201 de 1º de Maio de 1974. E o Plano de Ação para o Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Mundial, com a Resolução 3.202 de 1º de Maio de 1974, e a "Carta de Direitos e Deveres dos Estados", com a Resolução 3.281 de12 de Dezembro de 1974, que tem o objetivo de reduzir a diferença de poder nas relações econômicas entre países industrializados e países em desenvolvimento.

As ações dessa Nova Ordem Econômica Internacional são efetivamente materializadas pelo sistema Institucional de *Bretton Woods* para a formulação de políticas financeiras e econômicas nos países em desenvolvimento, utilizando um modelo de sistema monetário internacional. Para alcançar esses objetivos previamente traçados, o sistema Institucional de *Bretton Woods* foi consolidado com a criação de dois órgãos financeiros internacionais permanentes: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial ou Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

O FMI desempenha o papel para exercer a função de auxiliar os países para que atingissem estabilidade financeira por meio do crescimento e da destinação de recursos que atendessem aos propósitos estabelecidos na Convenção. Enquanto que BIRD, por um lado, para focar o desenvolvimento econômico de longo prazo e a reconstrução dos países abalados pela Guerra e, por outro lado, dos países que ainda se encontravam à margem do sistema econômico mundial. Todos os países membros deveriam contribuir com recursos para estes dois organismos internacionais. Neste sentido, Rajagopal (2003) esclarece que estas instituições teriam o papel de guardiãs dos portões para o sistema econômico internacional, incluindo o acesso ao capital ocidental, daí sua importância para os países do terceiro mundo. Observa-se, ainda, que os fundamentos axiológicos da noção de ordem internacional liberal de acordo com Doyle (1999) são três: 1º) ou os povos se libertarão ou se modernizarão; 2º) pela lógica kantiana, contatos transnacionais e da mobilização militar levarão a pressões internas de democratização; 3º) devem ser estipulados critérios objetivos e subjetivos para a comunidade liberal julgar quando um povo deve ser ajudado. Outra ponderação importante aqui cabível sobre a Nova Ordem Econômica Internacional é de Wallerstein (1979, 1996) que, partindo do conceito de sistema-mundo, sob uma análise sistêmica do neo-marxismo, o autor vê o sistema internacional como uma estrutura que se encontra integrada sob a lógica da acumulação capitalista na qual aconteceria o processo de exploração dos países pobres ou periféricos pelos países centrais. Estrutura essa que se organiza no tempo e no espaço, na busca pelo capital em regiões onde quais ele seja mais valorizado (LOPES e CESAR SOUZA RAMOS, 2009).

E, diversas correntes de pensamento econômico apontam a crise do Estado de Bem-Estar Social como um dos elementos importantes desencadeadores das transformações que levariam à nova configuração do mundo, denominada Nova Ordem Internacional. Pois com a queda do muro de Berlin, o neoliberalismo ganha força no modelo capitalista, sob o manto do novo liberalismo, que necessita de um mercado livre global para que as empresas, corporações e conglomerados transnacionais adquiram preeminência sobre as economias nacionais (IANNI, 1995). Dando sustentação a esse novo processo, desencadeia-se uma nova divisão internacional do trabalho com a flexibilização dos processos produtivos, entre outras manifestações do capitalismo, sempre em escala mundial (NETTO 2013; VICENTE, 2009). Não obstante, em que pese essas considerações sobre a Declaração de Alma-Ata (1978), ela busca solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da

Nova Ordem Econômica Internacional. Sendo considerada como a primeira declaração internacional que enfatiza a importância da atenção primária em saúde, desde então, defendida como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal. Ela reafirma o significado da saúde como um direito humano fundamental, resultando na adoção da saúde como uma das mais importantes metas sociais a ser alcançada pelos governos com políticas públicas, e salienta a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, os primeiros itens da declaração reafirmam também a definição de saúde defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. A atenção primária em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, que dentre seus variados conceitos diz que é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local, onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Essa Declaração não só defende que a promoção e proteção da saúde dos povos é pressuposto essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social. Bem como, a condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. Como também possibilitou a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa no Canadá em novembro de 1986, resultando na Carta de Intenções, ou Carta de Ottawa, com o objetivo de se atingir Saúde para Todos no ano 2000 e anos subsequentes. Essa Carta defende que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. E que os pré-requisitos definidos como as condições e os recursos fundamentais para a saúde são a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Neste mesmo sentido, em 1988, a Conferência da Austrália enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de caráter econômico para a saúde. E, na Suécia, foi organizada a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1991, precedendo a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro em 1992, que repercutiu a ecologia e a saúde, concluindo-se que são interdependentes e inseparáveis, razão por que as políticas governamentais devem priorizar ações de

desenvolvimento que respeitem essa inter-relação. A quarta Conferência foi realizada em Bogotá, Colômbia, envolvendo toda a América Latina, visando transformar as relações existentes e conciliá-las com os interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar. Resultou num documento que reiterou a necessidade de mais opções nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades oriundas do atraso e da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento. Em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma Declaração reafirmando a necessidade de uma estratégia de Saúde para Todos no Século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais (MENDES, 2004; HEIDMANN, 2006).

Alinhado a estes mesmos ideais na década de 80, as políticas e sistema de saúde no Brasil eram alvo de muitas discussões e careciam de novos marcos regulatórios, com a participação cidadã e a necessária transparência na Administração Pública. E o movimento sanitário brasileiro foi fortalecido com o processo de democratização nacional mediante o Poder Constituinte, nos anos de 1986 a 1988, em que se disputavam interesses representados pelos prestadores de serviços privados e princípios norteadores de saúde. No final da década de 1980, Arouca (1987), um dos principais responsáveis, como ideólogo, pela aproximação dos cientistas, estudiosos, movimentos populares e sindicais que resistiam ao autoritarismo da Ditadura Militar e vinham lutando por melhores condições de vida para o povo brasileiro, formulou a ideia do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele coordenou a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, uma mobilização popular envolvendo mais de 50.000 pessoas, que sistematizou a proposta que serviu de base para o capítulo da Saúde na Constituinte de 1987/88 e para a criação do SUS. Sob este contexto histórico global do final do século XX, se promulga em cinco de outubro a CF/1988, que Da Silva (1992) esclarece ser a lei fundamental e suprema do país, determinando os parâmetros de validade a todas as demais espécies normativas. Sendo o novo ordenamento da nação, também denominado de Constituição Cidadã, em razão do controle democrático na gestão das políticas públicas. E Sader (1991) descreve esse acontecimento como a transição no Brasil, da ditadura à democracia, possibilitando conquistas democráticas ao povo brasileiro, após ser subjugado por longo período de Ditadura Militar, caminhando a passos largos para o novo sistema Neoliberal.

2.5.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

Fatos estes que resultaram na consolidação e positivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, sob um ordenamento constitucional. Mas a CF/88 não recepcionou todo o projeto em sua integralidade como tinha sido estruturado originariamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Em especial, a descentralização do financiamento na perspectiva de unificar o sistema de saúde e no modo de como regular o setor privado. Considerando que o movimento sanitário brasileiro já se preocupava com a forma de organização dos serviços para garantir a ampliação do conceito de saúde e o modo de financiamento da saúde.

Dessa reestruturação, surge o Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) acordado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. E visa alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, que redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Já o Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores da saúde em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população. E o Pacto de Gestão contempla diretrizes operacionais para os processos de gestão, definindo as responsabilidades sanitárias dos gestores, a partir da instituição do Termo de Compromisso de Gestão.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo à cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente desse sistema para tratar da saúde (CNS, 2015).

Surgiu com a CF/88, sob um conjunto de reformas institucionais com a reestruturação democrática nacional e com a imposição constitucional por limites de gastos mínimos com a saúde, sem regulamentá-los. E, após três anos da existência do SUS a EC nº. 29/2000 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF/88, defini os limites de gastos da saúde, vinculando-os às receitas das três esferas governamentais e às porcentagens mínimas, e com as bases de cálculos detalhados nos Anexos H e I. Recursos que os Entes Federativos devem investir nas

ações da saúde, sob pena de intervenção da União, Estados, Distrito e Municípios. Ficando assim distribuído os encargos para o financiamento da saúde:

- para a União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), na forma como foi definido em lei complementar;
- no Distrito Federal (DF) e Estados o mínimo de repasse para a saúde é de 12% das receitas próprias, vinculado sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, incisos I e II, da CF, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
- por fim, no DF e nos Municípios, incide sobre o produto da arrecadação de impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, ”b” e parágrafo 3º do mesmo diploma, incidindo no mínimo 15 % das receitas próprias.

Houve um aumento real nos investimentos da saúde pelos entes públicos, após a EC nº. 29/2000, mas ela não definiu para efeito do seu cumprimento, o que são ações e serviços públicos em saúde, deixando margens de discricionariedade que geram prejuízos às demandas públicas essenciais à saúde, e gastos ineficazes. Com o SUS, ainda, foram criados também os Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados deliberativos que devem atuar na formulação de estratégias no âmbito do SUS. Que é, na verdade, a participação popular no exercício do poder, assim como no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, ou seja: o Controle Social do SUS, conforme o art. 1º, § 2º da Lei n. 8.142/1990.

A relevância do poder de atuação e de fiscalização dos Conselhos de Saúde é evidenciada por Campelli (2005), notando que ganharam *status* constitucional com a edição da Emenda n. 29, de 14 de setembro de 2000, que adicionou ao Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da CF/88 o art. 77, § 3º. Onde se lê que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde. E os recursos que serão aplicados por meio de Fundo de Saúde deverão ser acompanhados e fiscalizados por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da CF/88. Evidenciando, assim, que os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político–institucional do SUS, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos,

rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Essas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando–se também em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado.

A Lei n. 8.142/90 confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na cogestão do SUS nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo.

Os Conselhos devem ser criados por lei municipal, estadual ou federal com base na Lei nº 8.142/90, destacando que, tanto no processo de criação como na reformulação do Conselho, o poder público, com base nos princípios democráticos, deve acolher as demandas da população, consubstanciado nas resoluções das conferências de saúde. E a forma de funcionamento do SUS, no que diz respeito aos atores das diversas instâncias de poder, corresponde ao arranjo federativo brasileiro. Por isto há participação social. Existe a obrigatoriedade constitucional de decisão compartilhada, e que haja o Fundo da Saúde.

A administração do Fundo de Saúde permaneça sob a responsabilidade do respectivo Gestor, sob pena de responsabilidade, disposto nos art. 195 § 2º da CF/88 c/c o art. 33, § 1º da Lei n. 8.080/1990. Uma das formas que mais se tem verificado, especialmente nos Estados, de burlar a aplicação dos recursos devidos especificamente em ações e serviços públicos de saúde, é a transferência da gestão desses recursos do Secretário de Saúde para o Secretário de Fazenda. Razão da importância de decisões compartilhadas, como no modelo institucional do SUS.

É necessário, ainda, nesta reflexão, citar o Decreto Presidencial nº 8.243, de 23 de maio de 2014. É uma novidade na legislação, tem caráter consultivo e nem restringe as atribuições e as competências de qualquer órgão público brasileiro. Ele cria Conselhos Populares, e objetiva o aperfeiçoamento do instrumental de apoio ao Poder Executivo para a implementação de uma Política Nacional de Participação Social. E, se possibilitou criar o Sistema Nacional de Participação Social e ampliar as práticas democráticas de participação social no país, dando maior efetividade ao § único do artigo 1º da CF/88, no qual todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente. As restrições a essa importante e

louvável iniciativa só podem ser explicadas pela persistência de uma mentalidade formalista e elitista, ancorada nos argumentos e nas práticas do século dezenove, segundo Dallari (2013). Além disso, observa, ainda, esse autor que as várias manifestações deixaram evidente a resistência de parlamentares. Pois pretenderam preservar para si a exclusividade e o privilégio de serem os únicos veículos de expressão da vontade do povo, que formalmente representam grupos que muitas vezes tem sido prejudicado por decisões de representantes que privilegiam os interesses de segmentos sociais ou econômicos a que se vinculam. Esse autor observa, ainda, que, ao contrário das críticas negativas e das tentativas de questionamento da constitucionalidade, o Decreto 8243 é rigorosamente fiel à Constituição e dá importante contribuição para a prática da democracia participativa, ou seja, para que tenha efetividade à proclamação constitucional do Brasil como Estado Democrático de Direito.

Notadamente neste contexto normativo sobre os recursos da saúde, se deve atinar para a EC nº 86 de 17/03/2015 sob a dimensão simbólica, que contempla a abrangência de significados dos sujeitos envolvidos. Pois essa EC nº 86 altera os artigos 165 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica valores mínimos a serem aplicados na saúde, que traz prejuízos ao bem estar social. Considerando que com a EC nº 86 de 17/03/2015, o primeiro exercício financeiro após a sua promulgação será 2016, quando a União aplicará 13,2% da receita corrente líquida (RCL), por força de seu art. 2º, inciso I. Observa-se que em 2000, na edição da EC nº 29, a União já aplicava 14% da RCL Federal.

Constata-se mais um retrocesso significativo de 0,8% em face da RCL da União. Aqui se observa a dimensão histórica desse mecanismo jurídico que privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico. Pois uma estimativa de perda de R$ 200 bilhões nos próximos cinco anos, em desfavor do SUS, com os novos métodos da EC nº 86/2015, conjugada ao art. 2º, § 3º e ao art. 4º da Lei nº 12.858, de 9/9/2013. Que dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da CF/88, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do *caput* do art. 214 e no art. 196 da CF/88. De modo que a relevância dos Conselhos de Saúde no controle social do SUS é um imperativo que se torna cada vez mais necessário, vinculada às esferas sociológicas propostas por Ramognino (1982). Podendo ser traduzido pelo necessário e significativo conhecimento

social da teoria democrática na dimensão simbólica e Institucional do Estado, no conhecimento crítico da teoria da Participação social e pelo conhecimento elementar da teoria da cidadania. Que desse conhecimento advém a consolidação dos direitos fundamentais do homem, que o capacita para ter um controle mínimo sobre as ações do Estado e de seus poderes instalados, que se manifestam na dimensão concreta, referente às estruturas e aos atores sociais envolvidos nas decisões que norteiam as políticas públicas da saúde. Uma vez que, sob estes novos comandos democráticos e liberais, o Brasil vivencia fenômenos múltiplos ocorridos após a constitucionalização do SUS. Especificamente nas duas décadas seguintes ao processo de abertura democrática com a CF/88. Tanto nas esferas sócio-políticas jurídicas quanto na econômica, pois sob a égide desta nova Constituição Cidadã o Estado promoveu Reformas Administrativas[6] e fiscais.

Mas que, para Behring (2003) e Boschetti (2009), essas reformas reduziram o Estado e o mercado passou a prevalecer como instrumento do desenvolvimento com as medidas neoliberais, porém, os problemas se agravaram pelo não crescimento econômico nos mercados nacionais. O Estado Brasileiro decaiu, sendo desmantelado, e perdeu a governabilidade e sua capacidade de atuação e resposta aos novos desafios. Fatos que Salamá e Valier (1997) citam como fatores que contribuíram para qualificação da pobreza e desigualdade social no 3º mundo. Ao longo da década de 1990, de acordo com Boschetti e Behring (2003), surge também uma contrarreforma neoliberal no Brasil, com a redução da política social e da promoção de reformas avassaladoras, orientadas para o mercado. Essas reformas desprezam os direitos conquistados na recém-promulgada Constituição Cidadã, sob a concepção do controle democrático e o início da experiência dos Conselhos de Políticas Públicas. Não obstante, o pensamento democrático de Bresser-Pereira (2009), sobre a necessidade de reformar o papel do Estado como estratégia de desenvolvimento e meio de restabelecer o equilíbrio fiscal e da balança de pagamentos. Esse posicionamento é visto como um processo político democrático, denominado por Singer (2003), de retrocesso dos direitos sociais e associado às políticas liberais com a figura do Estado antissocial.

---

[6] O Plano Diretor da Reforma do Estado foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado com Bresser Pereira e, depois de ampla discussão, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida foi submetido ao Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso que o aprovou em novembro de 1995, seguido da Reforma Fiscal com a Lei de Responsabilidade Fiscal, a adoção da Lei da Transparência e da Lei de Acesso à Informação.

2.5.3 Novas disposições da gestão democrática sobre o SUS

Nessa nova dimensão Institucional, o papel democrático do Estado Brasileiro, nos estudos de Saraiva e Capelão (2000), chama atenção para o aspecto reformista que tem como foco o cidadão. Mas que nos estudos de Isaac Mwita (2000) se constata que os serviços públicos são improdutivos. Enquanto que nas análises de Fadul (1999), há observações para se delimitar domínios de atribuições entre atores públicos e privados e de se repensar um novo contrato social sob uma lógica comercial associada ao interesse coletivo.

Observa-se que o papel do Estado no Brasil, sobre reformas e políticas públicas da saúde, consubstancia-se positivado nos artigos 196 a 200 da CF/88, determinando que a intervenção da sociedade se efetiva sob o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação de trabalhadores, empresários e aposentados.

E, por força desses comandos constitucionais e da internacionalização dos preceitos contidos na Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa, o Brasil publica a Portaria Nº 648 GM/2006, na qual o Governo aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e define no que consiste a Atenção Básica, como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Neste sentido, observa Granja, Zoboli e Fracolli (2013) que das políticas sociais, a garantia de estabilidade ao financiamento da saúde é um dos maiores desafios do movimento social no Brasil após a CF/88, e dada a sua relevância pública, são prescritos nos arts. 196 aos 198, as ações e serviços de saúde, que são direitos de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Visto que o grande problema contemporâneo sobre o SUS, analisado por Cohn (2006) é a discussão sobre o papel e as funções do Estado, o que cabe a ele ou à sociedade e o que cabe ao mercado.

Onde se discutem as prevalências sobre tais funções e competências, ou se mais mercado e menos Estado, ou se mais Estado e menos mercado, a depender da escolha feita. Considerando os fundamentos e objetivos teóricos para o Estado Democrático desempenhar o seu papel é necessário refletir com Grau (2012) que as concepções acerca das Reformas do Estado adotam a metáfora do "jogo".

No qual, o campo das ideias hegemônicas prevalece sobre o bem público. E cujas consequências são graves em relação ao Estado e ao desenvolvimento e à cidadania, pois é resultado claro da aplicação de um enfoque de mercado no setor público. Considerando, ainda, que só após dois anos de criação do SUS, a EC nº 29 de 13 de setembro de 2000 altera a CF/88 nos artigos 34, 35, 156, 160, 167, 198 e acresce o art. 77 ao Art. 7º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Esse acréscimo foi para assegurar a aplicação dos recursos mínimos, que haviam sido anteriormente fixados nos limites de 12% pela União e pelos Estados e de 15% pelos municípios, a serem destinados para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, conforme os arts. 196 a 198 da CF/88.

Entretanto, mais uma vez o Poder Constitucional não define, para efeito do seu cumprimento, o que são as ações e serviços públicos em saúde, perdurando prejuízos às demandas sociais da saúde.

Neste sentido, ainda, cabe citar os dados da Escola Nacional de Saúde Pública do Brasil, publicando que o Setor público responde por apenas 42% dos gastos com saúde no país[7], e que o valor investido na saúde passou de R$ 28,3 bilhões em 2002 para R$ 95,9 bilhões em 2012.

Muito embora a CF/88 determine que as ações e serviços públicos em saúde sejam de relevância pública, ela não definiu no que constituía estas ações e serviços, para efeitos de gastos e investimentos mínimos. Mas que deixou a cargo do legislador infraconstitucional a

[7]Matéria de Vitor Abdala, Repórter da Agência Brasil, publicado por **Pressenza**, uma agência de imprensa internacional especializada em notícias sobre paz e não-violência com escritórios em Milão, Roma, Londres, Paris, Nova York, Madrid, Buenos Aires, São Paulo, Santiago e Hong Kong.

regulamentação, fiscalização, controle e garantia da saúde, possibilitando margens de discricionariedade prejudiciais e ineficazes às demandas públicas essenciais da saúde.

Neste mesmo ano de 2012, após vinte e quatro anos da criação do SUS, pela CF/88 e já haver a imposição dos limites mínimos a serem aplicados na saúde, é que o Estado define o que são Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), com a publicação da LC nº 141 de 13/01/2012, como sendo ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estabelecidos no art. 7º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e às diretrizes normatizadas nos incisos I a XII.

Norma em que se estabelecem os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, Federal, Estadual e Municipal, e os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ASPS de saúde.

Ou seja, quando o SUS existe há quase trinta anos e é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo à cerca de 190 milhões de pessoas, dos quais 80% dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde, sendo financiado por toda a sociedade (CNS, 2015; art. 198 caput, § 1º c/c art. 195 da CF/88).

Reitera-se, ainda, que a LC 141/2012 regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/88, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ASPS, determinações a serem cumpridas sob pena de improbidades. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle destas despesas nas três esferas de governo, União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

E, nesse sentido, ASPS são ações voltadas para a promoção, para a proteção e para a recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios e às diretrizes estabelecidas no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e que sãos as discriminadas no art. 3º da LC 141/2012, regulamentando § 3º do art. 198 da CF/88.

A lei reitera que os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos Entes Federativos nas três esferas do Poder Executivo são discriminados do art. 5º até o art. 11 da LC 141/2012, sendo equivalentes:

- 15% pela União conforme o art. 198, §2º, I e § 3º da CF/88 c/c art. 5º, caput, § 2º, da LC 141/2012);
- 12% pelos Estados e Distrito Federal conforme o art. 198, §2º, II e § 3º da CF/88 c/c art. 6º, da LC 141/2012);
- 15% pelos Municípios e Distrito Federal conforme o art. 198, §2º, III e § 3º da CF/88 c/c art. 7º e 8º § 2º da LC 141/2012).

Entretanto, somente três anos depois os recursos mínimos a serem aplicados na saúde sofrem novas alterações, em 17/03/2015, com a EC nº 86, já vista no Item 2.7, que altera os investimentos da saúde, com novas disposições sobre os valores mínimos a serem aplicados nela. Fatos que requerem maior controle social, dada a repercussão dessas decisões sobre a saúde dos cidadãos, dado o elevado grau técnico da Metodologia Aplicada nos Gastos da Saúde (Anexo H) em função das Portarias 700 e Portaria Conjunta Nº 01 do STN de 10/12/2014 (Anexos I).

Logo, necessariamente, requer-se conhecimento significativo destas ações. Uma vez que esses novos dispositivos legais devem ser aplicados em harmonia com os artigos 37, caput, § 4º; § 5; § 6º; 70 § Único; 74, § 2º da CF/88 e c/c o art. 48 da LRF, Lei da Transparência (LC 131/09), Lei de Acesso à Informação (LAI) - Lei 12.527/11.

Estes novos dispositivos legais são ferramentas necessárias à gestão do SUS, que obrigam aos Entes Federativos as práticas de uma gestão participativa, transparente e responsável. Uma vez que trazem em seu conteúdo matérias que tratam de atos de improbidade, prazos de prescrição, pessoas prestadoras de serviços públicos que devem prestar contas de dinheiros, bens e valores públicos, e que têm legitimidade para denunciar irregularidades ou ilegalidades, ou que possuem responsabilidades por danos causados.

Além de dispor sobre os modernos instrumentos de transparência da gestão fiscal, para divulgação em tempo real, inclusive em meios eletrônicos de acesso público dos planos, orçamentos, leis de diretrizes orçamentárias, das prestações de contas e o respectivo Parecer

Prévio do Executivo, do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, do Relatório de Gestão Fiscal e das versões simplificadas desses documentos, respectivamente[8].

É preciso, portanto, um avanço democrático na Governança Pública que requer domínios de conhecimentos e acessibilidades eficientes, que levem à necessária compreensão orçamentária do financiamento da saúde para um exercício sistemático de cidadania por toda a sociedade.

Tendo em vista a subjetividade que cerca tanto estes gastos como os serviços prestados, segundo cita Gentilli (2013), pois são benefícios que garantem direitos de cidadania numa ordem democrática a serem prestados pelo Estado como dever.

Reside aqui o dever do Estado na promoção de políticas civilizadoras, com participação e transparências democráticas, promotoras de valores que foi discutido também num estudo de Silva (2014), sobre como as políticas públicas em educação especial se constituem em processos civilizadores. No qual constata a crença na potência do coletivo, por via do trabalho colaborativo e profusão de agências no âmbito internacional e nacional que direcionam políticas educacionais, discursos que conduzem valores, princípios, diretrizes e ações que devem ser adotadas e divulgadas em nosso país.

E, com essas condutas, há possibilidades de que lacunas existentes na sociedade, carecedoras de formação de valores junto aos Conselhos de Saúde sejam sanadas, criando-se uma nova visão cultural, técnica e gerencial sobre os sistemas e políticas públicas de saúde no Brasil, tanto no âmbito nacional, quanto no regional e no local.

Não obstante a democracia digital facilitar esses processos e viabilizar formação de uma consciência coletiva da sociedade civil brasileira deve-se observar conforme consta nos estudos de Mendonça (2012), a importância do papel da formação teórico-política na

---

[8] O Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP) é uma ferramenta que consolida as contas nacionais do Poder Executivo, do Exercício anterior, até 30/06, com publicação e divulgação inclusive, por meios eletrônicos possibilitando pleno acesso público, em cumprimento ao art. 51 da LRF/2000. A partir de janeiro de 2013 todos os fatos contábeis passaram a ser registrados através do novo plano de contas. Que é o instrumento indispensável para adoção das normas do *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS), editadas pelo *International Public Sector Accounting Standards Board* (IPSASB), uma das maiores conquistas da Contabilidade Pública Brasileira.

construção da consciência de classe. Assim, há possibilidade de melhor compreensão crítica sobre uma boa governança das finanças públicas destinadas à saúde, e que torne essa sociedade mais comprometida com essa sustentabilidade democrática.

Os estudos de Santos (2009) citam maior controle externo exercido pelos Tribunais de Contas, constatando que cada vez mais os novos desafios da sociedade exigem políticas públicas de saúde que promovam desenvolvimento, confiança na capacidade dos governantes e no próprio serviço público. Entendimento também acompanhado por Da Costa (2012), onde evidencia a sujeição incondicional cada vez maior do Estado Social e Democrático de Direito contemporâneo às normas legais, à luz da centralidade do ser humano em razão de sua dignidade e cidadania.

Que são dois pilares universais, por conseguinte, fundamentos do Estado Democrático de Direito. Razão por que um dos princípios constitucionais da saúde é a universalização dela. Considerando essa premissa universal sobre os direitos à saúde, o Brasil busca promover e programar medidas que a torne eficaz, com a aplicação das novas métricas para o controle da gestão fiscal dos recursos da saúde, contidos na LRF.

Mas, defende Martins (2009) e Da Costa (2014), que o mecanismo da LRF pode ser usado em face da utopia, mesmo com a indispensável participação cidadã nas ações da saúde. O que pode tornar as práticas na gestão da saúde com eficiência no plano formal, deixando a desejar a satisfação concreta, concernentes às demandas sociais da saúde, se não existir uma participação consciente e crítica por parte dos Conselhos de Saúde.

A relevância dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) como instrumentos que viabilizem a construção e fortalecimento da cidadania regional e local requer também uma necessária memória coletiva local como ferramenta de domínio social, *lócus* de engendramento e conformação de práticas sugeridas por Foucault (1979), como forma de poder e contra poder, para minimizar a inefetividade dos gastos nas ações da saúde e fugir da utopia que a LRF possa vislumbrar no plano formal.

Essas percepções sobre participação e cidadania, nos termos de Halbwachs (1990) e Pollak (1992), indicam a vinculação entre memória e identidade atreladas à construção do ser democrático, do cidadão integral, assim como evidenciam os estudos de Rousseau (1963), que

também costura rupturas temporais, além de citar que participação e cidadania podem ser ferramentas de resistência à alteridade.

Neste contexto Institucional, onde a gestão democrática se constitui de forças e relações de poderes, que envolvem participação e cidadania, memória e identidade, vinculadas à construção do ser democrático, Pomian (1984) concebe uma forma particular de vinculação entre passado e presente, entendimento este que aliado aos estudos de Calvino (2003), aponta para soluções futuras. E, a participação cidadã como função Institucional é assim posta tal qual uma alavanca que, num processo de transformação social efetiva, impulsiona os Conselhos de Políticas Públicas a irem além da utopia.

Entende Silva (2014), pela necessidade de educação da questão social que possa refletir valor ao papel da participação e transparência democrática que seja de fato materializado na agenda pública, promovendo a criação de espaços formais e informais de participação cidadã, nas fases cruciais do processo orçamentário sobre as ações da saúde.

Vale ressaltar que esses espaços dentro dos Conselhos de Saúde podem possibilitar a criticidade frente à questão social imperante nas demandas locais, impulsionando atividade de atores políticos no chamamento à responsabilização. Não obstante, haja conflitos face à consciência dessa realidade que insere juízos de valores, conhecimentos e transparência e envolve a todos.

Assim é possível reconhecer uma realidade já posta, e também reconstruí-la, buscando alternativas e estratégia de enfrentamento para se obterem resultados satisfatórios de mudanças na gestão e participação democráticas, ou amenizar as reais dificuldades que existem para torná-las mais efetiva.

Como bem observa Da Costa (2012), que para haver o fortalecimento e construção dos fundamentos dos Estados Democráticos é necessário que eles deixem de ser uma abstração legal, materializando-se concretamente mediante a gestão de políticas públicas efetivas que supram as necessidades básicas do ser humano, conforme positivadas nos Direitos e Garantias Fundamentais. Só assim, o papel estatal mediante a gestão democrática como função institucional desenvolvida junto aos cidadãos, pode resultar em efetividade concreta e promover as ações da saúde de modo digno, solidário, transparente e responsável.

2.5.4 Relevância do Conselho requer conhecimentos significativos

Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) identificam 46% dos gastos da saúde financiados pelo Governo Federal, e a população brasileira paga de seu próprio bolso mais de 50% desses gastos. Não obstante ter o direito constitucional de um sistema público de saúde gratuito e universal, a parcela do orçamento destinada à saúde ficou em torno de 8,7%, menor, inclusive, do que a média dos países africanos de 10,6%, e também da média mundial de 11,7%. A taxa é inversamente proporcional à de países ricos e de alguns emergentes, como Noruega (86%), Luxemburgo (84%), Grã-Bretanha (83%), Japão (80%), Turquia (75%), Colômbia (74%) e Uruguai (68%). Como demonstrado no Quadro nº 1, abaixo.

Parcela do Orçamento dos Governos Investida na Saúde - %		Gasto em Saúde Por Habitante (U$$ mil)	
Suíça	21	Luxemburgo	5,8
Holanda	20,67	Noruega	4,8
Argentina	20,4	Holanda	4,4
EUA	19,8	Estados Unidos	3,9
Colômbia	18,5	Suíça	3,6
Alemanha	18,5	Argentina	869
Japão	18,2	Chile	607
Noruega	17,7	Brasil	477
Chile	15,1	Nigéria	51
China	12,5	Média mundial	716
Brasil	8,7		
Índia	8		
Afeganistão	3,3		
Média Mundial	11,7		

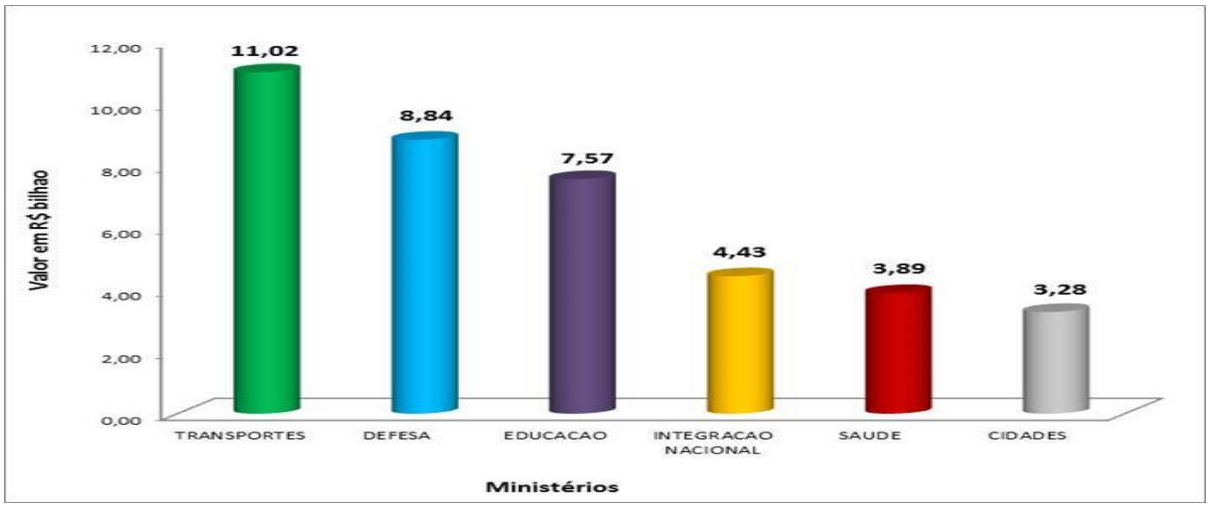
Quadro nº 1: Gastos Individuais com saúde de acordo com a OMS.
Fonte: OMS/2011.
Elaboração: OMS.

O gasto anual do governo com a saúde de cada brasileiro foi de US$ 477 ou R$ 954,00. Embora, o dobro da última década, observa-se que há dez anos, a situação brasileira era ainda pior, pois apenas 4,7% dos gastos públicos eram investidos na saúde. Ainda assim, permanece em um patamar inferior à média mundial, que é de US$ 716 ou R$ 1.432,00, o que representa apenas uma fração do que países ricos destinam a seus cidadãos. Luxemburgo gasta por ano US$ 5,8 mil ou R$ 11,6 mil na saúde de cada habitante, 12 vezes o valor do Brasil. Mesmo países vizinhos, bem menores do que o Brasil, como a Argentina, que gasta US$ 869 ou R$ 1.738, o Chile gasta US$ 607 ou R$ 1.214, em recursos anuais para a saúde de cada um de seus habitantes,

2.5.4.1 Gastos com ASPS nos Exercícios de 2001 a 2013

Os gastos com investimentos na ASPS realizados pelo Governo Federal em 2013 totalizaram R$ 47,3 bilhões. O Ministério da Saúde (MS) foi responsável por apenas 8,2% destes R$ 47,3 bilhões. Dentre os órgãos do Poder Executivo, a saúde ocupa o quinto lugar na lista de prioridades do "gasto nobre", demonstrado abaixo.

.



Quadro nº 2: Gráfico 1. Gastos do Governo Federal.
Fonte: SIAFI
Elaboração: CFM

Dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) registram que do total de R$ 9,4 bilhões disponíveis para investimentos em unidades de saúde no Exercício de 2013, o Governo Federal desembolsou somente R$ 3,9 bilhões. Incluindo os restos a pagar quitados (compromissos assumidos em anos anteriores rolados para os exercícios seguintes). Os valores foram bem inferiores aos investimentos dos Transportes (R$ 11 bilhões), Defesa (R$ 8,8 bilhões), Educação (R$ 7,6 bilhões) e Integração Nacional (R$ 4,4 bilhões). Porém, no período de 13 anos, entre os Exercícios de 2001 a 2013, havia autorização orçamentária para investimentos na ordem de R$ 80,5 bilhões específicos para a saúde. Mas desse montante R$ 47 bilhões deixou de ser investido, como demonstrado abaixo. Apenas R$ 33 bilhões foram efetivamente gastos com saúde. Significando que de cada R$ 10,00 previstos no planejamento e com autorização orçamentária destinada para a melhoria da infraestrutura em saúde, R$ 6,00 deixaram de ser aplicados na saúde. Demonstrado abaixo.

Investimentos Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2001	7.459.780.323,29	3.037.391.932,96	-4.422.388.390,32
2002	5.368.371.794,08	4.150.344.442,80	-1.218.027.351,28
2003	2.579.319.830,22	1.233.137.547,85	-1.346.182.282,38
2004	4.124.665.049,01	2.008.889.630,36	-2.115.775.418,65
2005	4.036.913.152,10	1.494.711.651,23	-2.542.201.500,87
2006	5.083.045.587,63	2.338.612.074,06	-2.744.433.513,57
2007	6.876.138.115,63	2.035.461.431,16	-4.840.676.684,47
2008	5.166.114.574,41	1.624.668.086,13	-3.541.446.488,27
2009	5.491.206.814,49	2.080.112.079,84	-3.411.094.734,65
2010	5.588.995.279,72	2.776.670.549,32	-2.812.324.730,40
2011	6.466.850.119,68	2.675.293.700,22	-3.791.556.419,47
2012	12.881.102.956,33	3.713.428.530,36	-9.167.674.425,97
2013	9.382.218.738,00	3.889.387.748,08	-5.492.830.989,92
TOTAL	80.504.722.334,60	33.058.109.404,37	-47.446.612.930,23

*Fonte: SIAFI / Elaboração: CFM. * Valores atualizados pelo IGP-DI, da FGV.*
*** Inclui os restos a pagar pagos*

Quadro nº 3: Gastos com saúde do Governo Federal nos Exercícios de 2001 a 2013
Fonte: SIAFI
Elaboração: CFM

R$ 47,5 bilhões que não foram investidos pelo Governo Federal seriam possíveis realizar ou:

- adquirir 386 mil ambulâncias (69 para cada Município brasileiro);
- construir 237 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) de porte I (43 por cidade);
- edificar 34 mil Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de porte I (seis por cidade)
- ou, aumentar em 936 o número de hospitais públicos de médio porte (CFM, 2014).

A relevância dos Conselhos de saúde é indiscutível para a promoção da saúde. Uma vez que é o elemento vital dela. Ou seja, do processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo que resulte efetividade concreta.

Pois a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (DE OTAWA, 1986).

2.6 GESTÃO PÚBLICA CONTEMPORÂNEA

A CF/88 representa o marco jurídico entre o regime militar e a democracia e significou a conquista de vários direitos trabalhistas, sociais e econômicos, fortalecendo a estrutura do Estado Democrático Brasileiro.

A nova Constituição, explicitamente, cita a publicidade, legalidade, transparência e moralidade como novos princípios em seu art. 37, caput sobre a Administração Pública direta e indireta nas três esferas de governo, acrescidos com a eficiência por força do Plano de Reforma do Estado, pela EC 19/1988. E, no art. 70, determina o dever de prestar contas. No art. 74, § 2º, prescreve o poder de qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato ser parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades.

Enquanto que nos artigos 196 a 200 estão definidas as bases jurídicas para a intervenção da sociedade, especificamente, sobre as políticas públicas da saúde que se efetivarão sob o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Com o avanço da transparência democrática nas nações constitucionalistas, surge a teoria de governança pública, que tem contido, em seus princípios, bases da administração privada em prol de maior qualidade na função do Estado.

Desse modo, a governança pública tem avançado sistematicamente para gerenciamento dos serviços públicos, em prol da eficiência, sob os conceitos do *New Public Service (NPS)* [9], que requer eficiência e metas de resultados, mediante os processos de descentralização[10], de privatização[11], de *marketization*[12], *de accountability*[13] (prestação de contas), *de disclosure*

---

[9] *New Public Service (NPS*[9], Teoria do Novo Serviço Público, adotada no Brasil, com o Plano Bresser, sob a denominação de Administração Publica Gerencial.

[10] A primeira tentativa de reforma da Administração Pública Brasileira se dá no final dos anos 60, pelo Decreto-Lei 200, de 1967, sob princípios de racionalidade administrativa, planejamento, orçamento, descentralização e o controle dos resultados. Fracassou com a crise política do regime militar impondo o sistema autoritário – Ditadura Militar da década de 70 a 1988, quando se restaura a democracia. E se inicia o processo de redemocratização nacional.

[11] Processo que adveio do Plano Diretor da Reforma do Estado com Bresser Pereira e o Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso que o aprovou em novembro de 1995, privatizando as maiores estatais do pais, como a CVRD, CST, etc.

(transparência), oriunda esta do *Fiscal Transparency* [14], assim como as parcerias públicas e privadas[15], em prol da consecução dos serviços desempenhados pelo Estado (BORZEL, 1998; KETTL, 2005; BRITO e SILVEIRA, 2005).

Nesse sentido, ainda, Denhardt e Denhardt (2000) defendem o necessário resgate do conceito de noções de cidadania, responsabilização e interesse público como elementos indispensáveis na consecução dos serviços desempenhados pelo Estado. Posicionamento teórico que também aderiu Bouzas-Lorenzo (2010) ao refletir sobre a coerência desses novos processos e condutas privadas aderidas como *práxis* na governança pública, com os valores democráticos.

Este novo pensamento foi acompanhado por De Albuquerque e De Oliveira (2012), que abordam o *e-gov* como instrumento necessário à transparência democrática e ao dever de prestar de contas. Destacam, ainda, esses autores que o dever de prestar contas não se trata de uma faculdade, mas de um dever cogente do gestor público. Eles abordam o *e-government*[16] como instrumento de *accountability e disclosure* para a sustentabilidade dos Regimes Próprios de Previdência Municipal.

---

[12] *Marketization* é o termo utilizado para a utilização de mecanismos de mercado dentro da esfera pública. É a liberdade de escolha de provedor por parte do usuário do serviço público e a introdução da competição entre órgãos públicos e agentes privados. *Marketization* e Privatização são utilizadas no Brasil a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado. Ambos possibilitam a redução do Estado. Sendo a privatização política instrumental para superação da crise fiscal.

[13] *Accountability* é um termo de difícil tradução para o português, significa a prestação de contas por parte de quem foi incumbido de uma tarefa àquele que solicitou a tarefa (relação entre o agente e o principal). É também considerado o somatório dos conceitos de responsabilização, transparência e controle. Adotado no Brasil após a LRF, como meios de combate aos desvios públicos e maior controle das despesas estatais.

[14] *Fiscal Transparency*, Código de Boas Práticas para a Transparência Fiscal – Declaração de Princípios nos quais tem em foco o planejamento da gestão pública que abrange o orçamento nacional, objetivos da política fiscal, estrutura macroeconômica, políticas orçamentárias, os riscos fiscais, a transparência, publicidade, prestações de contas, relatórios fiscais e controle dos atos públicos. Em 2001, após revisto pelo FMI foi transformado no Manual de Transparência Fiscal, onde consolida as técnicas da Responsabilidade Fiscal.

[15] Lei 11.079/2004 regula no Brasil, a partir do Governo Lula as Parcerias Público-Privadas (PPPs) aplicável à modalidade de contratos de concessão patrocinada para execução de serviços públicos que não tenham auto sustentação, a ser complementado por recursos privados, quanto por concessão administrativa para serviços prestados ao Estado, pagos pelo Erário. Embora a PPP tenha sida usada desde o Império no século XIX, com D. Pedro II, através de subsídio com a não cobrança da chamada cláusula do ouro, para implantar maior parte das estradas de ferro do país.

[16] O E-GOV é uma das principais formas de modernização do Estado fortemente apoiado no uso das novas tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), para a prestação de serviços público (ABRAMSON, 2001; FERNANDES, 2000).

Desse modo, há preocupação com os valores democráticos de caráter descentralizado na gestão administrativa, com a participação efetiva da comunidade, abordando a importância da elaboração e execução orçamentária sobre políticas públicas da saúde. E com a importância de uma compreensão sobre o financiamento da saúde, de modo claro, que é realizado sistematicamente por toda a sociedade.

É, portanto exigido da Administração Pública, além da transparência na gestão e o dever da prestação de contas, ao alcance e acesso de toda a sociedade tem sido demonstrado nas pesquisas realizadas por Andrade *et al* (2013); Saliba *et al* (2013); Marques e Mendes (2003); Guizardi *et al* (2009); Ugá e Marques (2005); Ocké-Reis (2012); Bravo e Correia (2012); Junqueira (1998).

Considerando que o avanço da democracia digital facilita o processo de transparência e o dever da prestação de contas, relacionado ao equilíbrio das finanças públicas e à boa governança, possibilitando o desenvolvimento local, regional e nacional entre o povo brasileiro. Ainda que de modo insatisfatório, conforme os dados do Índice Latino Americano de Transparência Orçamentária (ILTP).

Não obstante, o acesso dos cidadãos à participação política de alcance e abrangência global torna também a sociedade civil brasileira mais comprometida com a sustentabilidade democrática e possibilitando maior participação social e amplas discussões no meio acadêmico. Fatos esses constatados nos estudos de Landim (2013); Cunha e Miranda (2013); Cruz *et al* (2012); Medeiros, Crantschaninov e Silva (2013).

Observa-se, também, que após os novos marcos jurídicos sociais no Brasil, há pesquisas sobre o controle das despesas com a saúde, constatando a importância do sistema de controle externo exercido pelos Tribunais de Contas e do Controle Social. Que são vistos nos estudos realizados por Santos *et al* (2013); Rocha (2013) e Diniz (2013), em que exortam sobre o desenvolvimento modelado para o Brasil do século XXI. Evidencia-se que cada vez mais novos desafios da sociedade exigem políticas públicas de saúde, que promovam desenvolvimento, confiança na capacidade dos governantes e no próprio serviço público.

Tais lentes permitem observar que a teoria da boa governança, sob a premissa defendida por Muñoz (2012), é benéfica ao país, quando se observa que toda a atuação da Administração

Pública deve pautar-se no serviço objetivo, no interesse geral e na promoção dos direitos fundamentais dos cidadãos.

Acompanhado pelo entendimento de Da Costa (2012), de que a boa gestão democrática, inclusa a boa Administração Pública que resulte em boa governança, é também um direito fundamental da humanidade.

Direitos estes plenamente invocáveis por cidadãos do mundo perante quaisquer Administrações e quaisquer Tribunais nesse novo século. Pois com o Direito Público e as garantias legais na Administração Pública do Brasil, consolidados pela CF/88, pelas contínuas reformas do Estado, a nação brasileira sob esse novo marco jurídico busca o cumprimento dos objetivos e diretrizes constitucionais, traçados no artigo 3º da CF/88. E também, na efetividade dos seus fundamentos elencados no artigo 1º, visando à sustentabilidade do desenvolvimento de um Estado social e democrático, libertando-se das teias de um forte jugo ditatorial.

Assim, a Carta Magna de 1988 evidenciou os principais objetivos da Administração Pública em seu artigo 3º, somados aos artigos 5º e 37, que arquitetaram também instrumentos e princípios para a nação brasileira, como um conjunto instrumental do poder público para servir ao bem estar social, além de outras ferramentas que possibilitem ao simples cidadão os recursos indispensáveis e necessários, para o pleno exercício dos seus direitos e de sua cidadania.

Considerando essa premissa, desde os fins do século passado o Brasil promove uma série de medidas, como cita Martins e Nascimento (2009), dentre elas a LRF, diretamente relacionada com a modernização da Administração Pública, em especial sobre a gestão fiscal[17]. Simplificando a participação cidadã e transparência na Administração Pública, promovendo o dever de prestar contas, visando também à redução da corrupção.

Fatos que tornam a participação cidadã e a transparência na Administração Pública ferramentas indispensáveis para a realização concreta, eficiente e eficaz dos objetivos do

[17] O art. 48 § Único, inciso I, Art. 67 e Art. 73-A da LRF fortalecem o Controle Social com a participação e a transparência democrática sobre os gastos públicos.

Estado Social e Democrático de Direitos. E conforme a UNESCO (2005), são posturas exigidas pelo desenvolvimento contemporâneo tanto na esfera científica, jurídica quanto pelo contexto histórico e sociológico, nos quais estes institutos estão inseridos para atender aos requisitos da ciência do novo milênio, no século XXI.

A gestão eficiente desses recursos facilitará o exercício das liberdades de indivíduos, o incentivo da participação do cidadão, promoção da responsabilidade e redução da corrupção, mal que prejudica inclusive outros países a partir de tempos muito antigos em suas histórias, são eixos fundamentais da governaça pública mundial, de acordo com a UNESCO (2005).

Valores atualmente positivados no Brasil, sobre a base da prática democrática e da promoção do bem-estar social, dos quais a Administração Pública Brasileira deve sujeitar-se obrigatoriamente.

A modernização do Estado para as políticas e ações do SUS, a partir do ponto de vista jurídico-legal maior, visam, portanto, à universalidade, à equidade e à dignidade humana como centro de interesse, com a indisponibilidade e supremacia do interesse público. Princípios dos quais decorrem a participação e a transparência democráticas aplicáveis à gestão do SUS, que são de natureza obrigatória, devendo ser implementados no âmbito nacional, regional e local, sob pena de responsabilidade.

2.7 TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO CONTEMPORÂNEA

Com o espírito de fortalecimento democrático regional, desde 2001, o Índice Latino-Americano de Transparência Orçamentária (ILTP, sigla em espanhol) é realizado visando gerar conhecimentos relevantes que possibilitem compreender e transformar o processo de orçamento, para torná-lo mais transparente e sensível às necessidades das populações marginalizadas. E colocando assim, a questão da transparência orçamentária na agenda pública, promovendo a criação de espaços formais e informais de participação cidadã em fases cruciais do processo orçamentário.

O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) firmou uma parceria com o Centro de Análise e Investigação (FUNDAR), organização não governamental mexicana, para

coordenar no Brasil a realização da pesquisa que apura o Índice Latino Americano de Transparência Orçamentária (ILTP). Com a participação de 12 países da América Latina objetivando tornar os processos orçamentários cada vez mais transparentes, participativos e acessíveis aos cidadãos e cidadãs. O Brasil é o quarto país em transparência orçamentária da América Latina. Este é o resultado de uma pesquisa realizada nos 12 países em 2009 para medir o Índice Latino americano de Transparência Orçamentária (ILTP). Na frente, estão a Costa Rica, o Peru e o Panamá.

Do ponto de vista regional, esses resultados da pesquisa apontam para a pouca transparência e participação no orçamento dos países analisados. O Brasil obteve somente 49 pontos em uma escala onde 1 é nada transparente e 100 é totalmente transparente. De acordo com aquela pesquisa, no Brasil, apenas 14% dos entrevistados tiveram uma percepção positiva com relação à participação cidadã no orçamento, seguida da oportunidade das informações orçamentárias (21%) e o controle do Estado sobre os funcionários federais (23%). Essas foram as três variáveis pior avaliadas. Em resposta à pergunta sobre qual dos três Poderes da República é mais transparente, a pesquisa no país revela que o Executivo está na frente, com 74,5% de avaliação positiva. Já o Judiciário recebeu a pior avaliação: apenas 4%. O Legislativo ficou com 11%. Esses são alguns dos itens que integram o questionário padrão que foi aplicado em todos os países. Esse instrumento, que mede percepções, foi aplicado a 86 especialistas em orçamento ou pessoas que utilizam em seu trabalho informações a respeito de questões orçamentárias. E a amostra foi composta por parlamentares da Comissão Mista de Orçamento, jornalistas da mídia impressa, sindicalistas, acadêmicos e dirigentes de organizações não governamentais. Constatou-se que esses resultados são insuficientes para um país que se declara democrático.

Apesar daquele resultado negativo, apresentado pelo ILTP, o Governo Brasileiro acredita que a transparência é o melhor antídoto contra corrupção, dado que ela é mais um mecanismo indutor, que Cruz *et al* (2012) aborda de sua importância na gestão pública Municipal, e que os gestores públicos ajam com responsabilidade. Como Pinho (2008) observa, a transparência permite que a sociedade melhor informada, colabore com o controle das ações de seus governantes, no intuito de checar se os recursos públicos estão sendo usados como deveriam.

Fortalecendo esse entendimento, o Brasil criou o Portal da Transparência do Governo Federal Brasileiro, pela iniciativa da Controladoria-Geral da União (CGU), em novembro de 2004, para assegurar a boa e correta aplicação dos recursos públicos. O objetivo é aumentar a transparência da gestão pública, permitindo a participação cidadã no acompanhamento e na aferição de como o dinheiro público está sendo utilizado. E assim ajude a fiscalizar melhor. E o índice de transparência no Brasil é o *ranking* do nível de transparência das contas públicas das unidades federativas brasileiras, segundo dados do Comitê de Transparência. O índice leva em consideração o nível de clareza e qualidade de dados disponibilizados nos portais de informações públicas dos governos estaduais em relação aos critérios de conteúdo, frequência de atualização e facilidade de uso, conforme base da LC 131, promulgada em 2009.

O Brasil é uma República Federativa formada pela união de 26 Estados federados além do Distrito Federal e Municípios, segundo, ainda, o Comitê de Transparência, em 2013, o Estado que possuía o maior índice de transparência é o Espírito Santo, cuja capital é Vitória, cujo valor é de 8,96 em transparência. A preocupação com a transparência democrática e a participação social no Brasil absorve a regra de que o acesso é universal. A exceção é a preservação do sigilo das informações relativas à segurança do Estado e da sociedade. Fato este que se efetivou com o Poder Constituinte em 1988, quando deu origem a uma Constituição Cidadã, que possui em vários de seus artigos os direitos e garantias do acesso dos cidadãos. Após quase 40 anos, em que o cidadão brasileiro estava vivendo sob o jugo da ditadura militar. Entretanto, ainda que sob o manto de um constitucionalismo democrático, mesmo após a CF/1988, por mais de vinte anos o povo foi repetidamente privado de várias garantias e direitos, em especial a participação social na definição de políticas e ações governamentais prevista na Constituição.

Pois só em 2009 é que o Governo Federal enviou ao Parlamento um projeto de lei que disciplina o acesso às informações públicas. Gestado no âmbito do Conselho Nacional de Transparência, órgão colegiado vinculado à Controladoria Geral da União.

E somente em 18 de novembro de 2011, foi promulgada a Lei Federal nº. 12.527, a Lei de Acesso à Informação (LAI), que regulamentou a CF/1988, que dispõe sobre o direito fundamental de acesso à informação e sua restrição e traz inovações ao ordenamento jurídico

brasileiro. Avoca questões políticas muito delicadas, sendo aplicada a toda Administração brasileira.

Desse modo, além da União, estão sujeitos à LAI os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, abrangendo tanto a Administração Direta quanto a Indireta (art. 1º, par. único da Lei Federal nº. 12.527). E também se aplica ao chamado Terceiro Setor, ou seja, as entidades que recebam recursos públicos, como as Organizações Sociais e as Organizações Civis de Interesse Público (art. 2º), que são afetas também às ações da saúde.

Todavia, a incidência da LAI nessas hipóteses diz respeito apenas aos recursos públicos recebidos, estando livres da obrigação de divulgar outras informações em poder dessas organizações (art. 2º, par. único). Essa norma adveio com os princípios impostos pela *NPM*, sob um perfil de governança privada, aplicados à gestão pública. Em Vitória, o assunto é regulamentado pela Lei Municipal 8.286/2012.

Neste sentido, também, há força imperativa de órgãos internacionais que obrigam aos órgãos de saúde à adoção de métodos de gestão com transparência democrática. Pois que a LAI e a LRF, ao tratarem deste tema, tiveram origem no *Fiscal Transparency*, Código de Boas Práticas para a Transparência Fiscal – Declaração de Princípios. Instrumentos de gestão governamental que têm em foco o planejamento da gestão pública, que abrange o orçamento nacional, sob os objetivos da política fiscal, estrutura macroeconômica, políticas orçamentárias, os riscos fiscais, a transparência, publicidade, prestações de contas, relatórios fiscais e controle dos atos públicos.

Em 2001, *o Fiscal Transparency,* após revisto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) foi transformado no Manual de Transparência Fiscal, onde consolida as técnicas da Responsabilidade Fiscal, que é também imposta à gestão da saúde. Nota-se, ainda, que o *E-GOV* é uma das principais formas de modernização do Estado fortemente apoiado no uso das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), para a prestação de serviços públicos, mudando a maneira com que o governo interage com os cidadãos, empresas e outros governos.

E seu conceito não se restringe não só a simples automação dos processos e disponibilização de serviços públicos por meio de serviços on-line na Internet, mas também na transformação

da maneira com que o governo, por meio das TICs, atinge seus objetivos para o cumprimento efetivo do verdadeiro papel do Estado.

Dessa forma, o governo eletrônico engloba, principalmente, três tipos de transações, a saber:

- G2G (forma reduzida da expressão em inglês *"Government to Government"*) trata-se de uma relação intra ou inter-governos (Gestão interna: Sistemas Internos - Intranet);
- G2B (forma reduzida da expressão em inglês *"Government to Business*") caracteriza-se por transações entre governos e fornecedores (integração com a cadeia de valor: Sistemas Estruturadores - Extranet);
- G2C (forma reduzida da expressão em inglês *"Government to Citizen*") envolvendo relações entre governos e cidadãos (interação com cidadão: Portal de atendimento – Internet).

A adoção de políticas públicas da saúde, com a presença da transparência orçamentária e do *E-GOV,* é uma obrigação dos governos para que seja implementada uma gestão participativa responsável.

E, nesse sentido, o desempenho do Poder Público carece de recursos pecuniários, regras para aplicá-los e atender às demandas da coletividade. Isso se traduz na atividade financeira do Estado desenvolvida em três áreas: receita, que é a captação de recursos; gestão, que administra os recursos e cuida do patrimônio; e despesa, onde os recursos são aplicados para o Estado realizar os seus fins (SOUZA, 1954).

Considerando que a CF/88 recepcionou a Lei 4.320/64, que disciplinava o Direito Financeiro Brasileiro, como LC, salvo no que lhe contrariava. Porém, é de alcance limitado para responsabilizar atos e condutas públicas sobre a gestão financeira em prol do equilíbrio fiscal (JÚNIOR e DA COSTA REIS, 2002). Tal qual a Lei 1.079/1950 que trata dos crimes de responsabilidade, a Lei 4.717/65 que disciplina a Ação Popular, a Lei nº 4.898/65 que dispõe sobre o Abuso de Autoridade, o Decreto Lei 201/1967 que trata da Responsabilidade dos Prefeitos e Vereadores, sendo todos essas normas anteriores à CF/88.

Enquanto que a Lei 8.429/92, que dispõe sobre a Improbidade Administrativa, já teve sua vigência sob a CF/88, sendo também de alcance limitado para responsabilizar atos e condutas

públicas sobre a gestão financeira em prol do equilíbrio fiscal (ROMERO e DELDUQUE, 2013; LINO, 2011; MIRANDA, 2007).

Desta forma, a LC 101/2000 ou LRF é o instrumento de combate ao déficit público mediante a um regime ou sistema de gestão fiscal responsável, introduzida especificamente para a reforma fiscal do país, que atua sobre todos os Entes Federativos, na Administração Pública Direta e Indireta das três esferas governamentais (art. 1º, §§ 2º, 3º da LRF).

Essa lei reformula as finanças públicas, previne riscos econômicos, corrige desvios financeiros e orçamentários, impõe limites e metas de resultados, visa resgatar e manter o equilíbrio fiscal mediante o planejamento, transparência[18], controle social[19] e responsabilização da gestão fiscal (art. 1º, §1º e art. 48 da LRF).

E veio regulamentar a CF/88, atuando em duas frentes específicas, nas quais visam conter a expansão descontrolada da despesa e evitar a queda permanente da receita. Como regime fiscal coercitivo explícito, disciplina que serão consideradas não autorizadas geração de despesas e assunção de obrigação que não atenda à LRF, art.15-17 (FURTADO, 2014).

Doutra sorte, essas condutas não autorizadas serão consideradas irregulares e lesivas ao patrimônio público[20], pois o equilíbrio fiscal deverá propiciar ao Ente Federativo um sistema financeiro sólido, a partir de um acompanhamento sistemático sobre o desempenho da gestão fiscal dos recursos da saúde.

---

[18] O art. 48 da LRF foi regulamentado após nove anos, pela LC 131de 27/5/2009 cria Lei da Transparência sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Após onze anos a Lei 12.527 de 18/11/2011 veio regular o acesso às informações. Observa-se que o Portal de Transparência do Governo do Espírito Santo em 2014 assumiu o primeiro lugar no país, com a nota 8,96 seguido de Pernambuco com 8,14 e São Paulo com 7,95. Mas o Brasil manteve a 69ª posição, com *score* 43, num ranking de 175 países, equivalente ao mesmo lugar de quatro anos atrás.

[19] O art. 48 § Único, inciso I, Art. 67 e Art. 73-A da LRF fortalecem o Controle Social sobre os gastos públicos. Há críticas quanto à transparência sobre o controle legal em face do controle social potencialmente exercido sobre os atos de gestão e as contas públicas. Uma vez que a informação deva representar, para quem recebe a mensagem um impacto capaz de provocar reação ou decisão. Expor números ou detalhar situações que não provocam reação, ou sequer são legíveis, significa ater-se na produção de dados. Com a agravante de que o Conselho de Gestão Fiscal (Art. 67) ainda não foi regulamentado.

[20] Lei 4.717/65, art. 2º. São nulos os atos lesivos ao patrimônio público.

Este acompanhamento se dá pelo cumprimento dos limites legais mínimos para despesas com saúde. Contra os limites máximos de gastos para as despesas com pessoal, para a previsão orçamentária, para gastos e endividamentos (LRF art. 5º c/§§ 5º, 7º e 8º do art. 165 da CF/88 e art. 4º da Lei 4.320/64).

Assim sendo, a LRF reforça o planejamento como ferramenta constitucional obrigatória da gestão fiscal, que advém do Sistema Orçamentário, prescrito na Seção II, Capítulo II, Título VI, arts. 165 a 169 da CF/88, como uma de suas missões primordiais, ao lado do combate ao déficit público. Que é banir do país a ideia de que o orçamento público é peça política de ficção ou documento de faz de conta (FURTADO, 2014).

Razão por que, os Entes Federativos são obrigados a implantar um sistema integrado de planejamento do orçamento-programa de modo que o orçamento fiscal, os orçamentos de investimentos das empresas e o orçamento da seguridade social passem a constituir etapas do planejamento de desenvolvimento econômico e social (COLAÇO, 2014).

Assim, não haverá justaposição de planos, com vinculação permanente e ininterrupta, em que os planos mais gerais e globais abrangem os mais concretos, e a execução destes leva à materialização daqueles (SILVA, 2005). Motivos pelos quais a LRF exige, sob pena criminal, cumprimento ao Sistema Orçamentário.

Concomitantemente, observância à Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e ao Plano Plurianual, sem incorrer em despesas não autorizadas, sem gerar despesas ou assunção de obrigação desnecessária, como o meio responsável para o Estado se reestruturar gradativamente. Essa gestão fiscal responsável resulta, portanto, necessariamente em equilíbrio fiscal. Implica obediência às normas orçamentárias, ao planejamento prévio e ao estudo de viabilidade econômico-financeiro para toda e qualquer ação governamental que vise criar, expandir ou aperfeiçoar as ações já existentes que acarretem aumento de despesa ou que resultem em assunção de obrigação e criação ou mesmo acumulação de despesa obrigatória de caráter continuado, sob pena de gestão fiscal irresponsável [21].

---

[21] Código Penal, art. 359-D ao art. **359-**H. Incluídos pela Lei nº 10.028, de 2000, tipifica o tipo penal da Gestão irresponsável quanto às finanças públicas, define as respectivas penas.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 LUGAR DA PESQUISA

Essa pesquisa foi realizada no primeiro semestre e até meados do segundo semestre do Exercício de 2015, No CMSV/ES, localizado na Rua Maria de Lourdes Garcia, s/n, Ilha de Santa Maria, no Município de Vitória-ES - Brasil. Telefone/fax: (055) (27) 3132-5004.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são 21 Conselheiros dos Conselhos de Saúde da Secretaria Municipal de Vitória do Estado do ES (SEMUSV/ES), apresentando o seguinte perfil:

Identificação dos Sujeitos da Pesquisa

Nº	CMSV	CLS	Representante do (+) de 1 Mandato (M)	Idade	Instrução
1		X	Trabalhador	47	E. Médio
2		X	Usuário		Pos Grado
3		X	Unegro	57	2º Grau
4		X	Usuário	67	2º Grau
5		X	Usuário	42	3º Grau
6	x		Gestor	43	Pos Grado
7	x		Cirurgião Dentista	56	Pos Grado
8		X	Pastoral da Criança	67	2º Grau
9		X	Usuário	46	E. Médio
10		X	Usuário Unegro (4M)	55	1º Grau
11		X	Usuário IST	58	1º Grau
12		X	Usuário Unegro	45	2º Grau
13		X	Usuário Maruípe	44	2º Grau
14		X	Usuário CPV (+ 1M)	55	2º Grau
15	x		.SEMUS (+1M)	38	3º Grau
16	x		Instituição SEMUS	56	Pos Grado
17	x		Instituição SEMUS	37	Pos Grado
18		X	Sind. Enfermeiro	37	Pos Grado
19	x		Prefeitura/Saúde	50	Pos Grado
20	x		Hosp. S. Rita Cássia	27	Pos Grado
21		X	A. Morador Maruipe	59	Pos Grado

Quadro Nº 4: Sujeitos da Pesquisa.
Fonte: Dados Levantados.
Elaboração: Da própria autora.

O acesso aos sujeitos pesquisados se deu pelos meios institucionais formalizados durante duas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Vitória/ES (CMSV/ES). Sob a direção Institucional, em 11/112014, foi realizada a apresentação do projeto dessa pesquisa, registrado na Ata 116ª da Reunião Ordinária do CMSV/ES, (Anexo D), mediante a uma entrevista, aberta no CMSV, que visou à melhor percepção e ao conhecimento do campo a ser pesquisado. A segunda reunião se deu as entrevistas.

3.3 NATUREZA DA PESQUISA

A pesquisa é empírica. Adotou-se estratégia metodológica de cunho descritivo documental, com abordagem mista e variável explanatória qualitativa, segundo Neuman, (2000) e como observam Haddad (2004), Lakatos e Marconi (2007), Gujarati e Porter (2011) e Manzini (2003), que a econometria básica, estatística descritiva é utilizada em conjunto com métodos qualitativos e descrever, explicar, organizar, analisar e sumarizar melhor os dados.

Somado às conceituações de Gil (2006) que se enquadra como pesquisa empírico-analítica, considerando o fenômeno investigado. Que se situa de acordo com Creswell (2010) e Hair *et al* (2005), no universo dos significados, das motivações, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Concepções que também vão ao encontro do entendimento de Souza Minayo (2008), em que a pesquisa qualitativa permite incorporar significados e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Essa metodologia ainda foi associada às três dimensões propostas por Ramognino (1982). Em que ele defende que um trabalho de conhecimento social tem que atingir três dimensões: a simbólica, a histórica e a concreta. A dimensão simbólica contempla os significados dos sujeitos. A dimensão histórica privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico. Enquanto que a dimensão concreta refere-se às estruturas e aos atores sociais relacionados.

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A coleta e levantamento documental dos dados foram realizados em fontes primárias e secundárias, no âmbito da SEMUSV/ES, focados no CMSV/ES e nos CLS. Foram coletadas,

observadas e catalogadas informações sobre dispositivos legais, atas, atos e procedimentos concernentes à práxis da gestão do SUS, e realizadas 21 (vinte e uma) entrevistas.

Realizou-se a decomposição desses dados organizados, conforme Lefèvre (2000), em que as ideias centrais foram individualizadas, catalogadas e analisadas. Após essa foram compostos de modo racional no contexto jurídico, histórico e social. E seguida de uma síntese que possibilitou a consolidação desses dados com a práxis operacional constatada no controle social local, no âmbito da SEMUSV/ES, em harmonia com os marcos históricos, político-jurídico e administrativos que normatizam o CMSV/ES e os CLS.

A revisão da literatura e as técnicas utilizadas nesta pesquisa, para obtenção e elaboração dos dados foram: observação, levantamento, coleta, catalogação, organização, entrevista e análise de conteúdo sobre os dados e documentos coletados, se dão com base na estratégia metodológica utilizada, sob uma pesquisa documental com base em Bardin (2009), Gil (2006), associadas às três dimensões propostas por Ramognino (1982).

De modo que a dimensão simbólica está vinculada, em especial, às técnicas de entrevista, observação e análise dos dados. A dimensão histórica está mais vinculada às técnicas de levantamento, às coletas, às catalogações, às sínteses de dados documentais, às legislações, aos atos e aos procedimentos. E a dimensão concreta está mais relacionada às coletas de dados junto aos Conselhos de Saúde diretamente, observando à práxis da gestão do SUS em Vitória/ES e contrapondo os dados observados com os dados coletados, em especial, nas entrevistas.

A técnica de interpretação utilizada nesta pesquisa é sistêmica, seguindo Ramognino (1982), em sua dimensão histórica, que privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico. É, assim, subjugada à supremacia da CF/88, que atua sobre:

- Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90;
- Princípio da simetria com a Constituição do Estado do Espírito Santo;
- Lei Orgânica do Município de Vitória/ES;
- Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV);
- Decreto 99.438 de 7/8/1990 e da LC 6247 (CMVES) Municipais.

Todos esses instrumentos, em harmonia com as Leis: 8.080/90, 8.142/90, 12.864/2013, LRF, Lei da Transparência, Lei de Criação dos Conselhos de Saúde de 2014, Manual para Elaboração de Trabalhos acadêmicos da PMV e da EMESCAM, dentre outros documentos normativos vigentes, correlatas ao projeto a ser estudado.

Que assim interpretados, possibilitam o uso da hermenêutica jurídica, de modo que não comprometa a presunção de constitucionalidade e de legalidade das quais gozam os ordenamentos jurídicos vigentes, aqui analisados, especificamente para as políticas públicas e as ações da saúde.

Este conjunto de instrumentos metodológicos traçados, somados às limitações para atender ao escopo objetivado, viabilizou o desenho desse estudo, de acordo com Lakatos e Marconi (2007), considerando os dados coletados, analisados sob a lente de Bardin (2009) e direcionados para interagir com a estatística descritiva.

Pois de acordo com Gujarati (2011), o método misto, não sendo excludente, viabiliza que essa junção metodológica possibilite por fim, aplicá-la nesta pesquisa, na busca dos três objetivos e sob os três pilares teóricos que norteiam a estrutura do desenvolvimento propostos, com três abrangências distintas:

- abrangência institucional do Estado Democrático de Direito, com foco na teoria da democracia e visa alcançar o primeiro objetivo específico, que é identificar na dinâmica de funcionamento qual o nível de interferência da comunidade na política de saúde;
- abrangência da ação sociopolítica, traduzida pela teoria da participação social democrática e visa alcançar o segundo objetivo específico, que é avaliar as formas de participação e como se dá o controle social da sociedade civil organizada no Conselho Municipal de Saúde de Vitória/ES;
- abrangência da transparência, com foco na teoria da cidadania e visa alcançar o terceiro objetivo específico, que é investigar se os conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam algum tipo de discussão com suas bases comunitárias e como ocorre o processo de informação e transparência das atividades do CMSV/ES.

3.5 ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas sob um roteiro padronizado mediante livre consentimento. Foram entrevistados 21 participantes, 7 Conselheiros do CMSV/ES, 14 Conselheiros dos respectivos CLS, em 16/06/2015, na Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde Professora Ângela Maria Campos da Silva (ETESUS-Vitória). E, conforme Triviños (1987), com dados sob variáveis qualitativas básicas, delimitados sob as teorias e o pressuposto dessa pesquisa. O procedimento se deu com autorização da SEMUSV/ES, deliberado na Ata da 122ª do CMSV/ES, (Anexo G). E o conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi elaborado sob nove abordagens, que possibilitasse evidenciar nove constructos, ou variáveis explanatórias qualitativas, sob o método de Bardin (2009), de acordo De Brito J. e Feres J. (2011), que a utilização da técnica de entrevista estruturada possibilita um roteiro padronizado com análise métrica dos dados, sem prejuízo da qualidade das informações. Demonstrado abaixo:

	Gostaria de ouvir sua avaliação do nível de interferência da comunidade na política de saúde.
2	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre as formas de gestão participativa da comunidade na dinâmica de funcionamento do CMSV.
3	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o controle social da sociedade civil organizada no Conselho Municipal de Saúde de Vitória/ES.
4	Gostaria de saber como os conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam e discussão das ações de saúde com suas bases comunitárias.
5	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o processo de informação das atividades do CMS de Vitória\ES.
6	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o processo de transparência das atividades do CMS de Vitória\ES.
7	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de informação das atividades do CMS de Vitória\ES.
8	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de transparência democrática das atividades do CMS de Vitória\ES
9	Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de democracia nas atividades do CMS de Vitória\ES.

Quadro 5: Dados da Entrevista.
Fonte: Própria Autora.
Elaboração: Própria Autora.

3.6 VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS QUALITATIVAS

As variáveis foram coletadas do modelo descritivo, visa aos objetivos conforme o conteúdo das entrevistas semiestruturadas, conforme Bardin (2009), evidenciado nos nove constructos, ou variáveis explanatórias qualitativas, identificadas nessa pesquisa como: CMSV, CLS, mandato, idade, instrução, interferência, participação, informação e transparência.

3.7 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEÚDO

A análise de conteúdo é pelo método de Bardin (2009), necessariamente associada à Ramognino (1982), no qual defende que um trabalho de conhecimento social tem que atingir à dimensão simbólica contemplando os significados dos sujeitos, à dimensão histórica privilegiando o tempo consolidado do espaço real e analítico e à dimensão concreta referindo-se às estruturas e aos atores sociais relacionados. Somada a Bourdieu (1972) e a Granger (1982) que defendem modelo o valor qualitativo em ordem metódica: descreve, compreende e explica. Associada cronometricamente com a estatística descritiva que, de acordo com Granger (1982), se deve melhor explicar os resultados obtidos da análise qualitativa dos conteúdos. A organização foi realizada sistematicamente com Lefèvre (2000), em que as ideias centrais individualizadas podem ser decompostas, catalogadas, analisadas metódica e individualmente, visando propiciar melhor interpretação. E como entende Duarte (2009), por se orientarem pelos seguintes raciocínios: triangulação com convergência das diferentes estratégias, complementaridade e expansão entre si, com melhores resultados que sugerem nova iniciação, dado o alcance e a diversidade da investigação pelo uso de diferentes métodos e componentes da pesquisa. Sem, entretanto, desprezar a forma indutiva associada ao materialismo dialético, conforme defende Gil (2006), em bases que possibilite hegemonia da matéria em relação às ideias.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Essa pesquisa foi desenvolvida sob o Termo de Consentimento Livre e Esclarecida, (Anexo C) e sob o Requerimento da EMESCAM (Anexo A), protocolados sob o Nº 23561/2014 em 15/10/2014 na Prefeitura Municipal de Vitória/ES (PMV/ES) (Anexo B). Não só foi sujeita à aprovação, conforme registro no Item 4, da Pauta da 116ª Reunião Ordinária do CMSV/ES, realizada em 11/11/2014, (Anexo D). Mas também, aprovada no âmbito do CMSV/ES, conforme a cópia da declaração da SEMUSV/ES e da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETESUS) de 18/112014 (Anexo E). Inclusive para fins de apresentação em Comitê de Ética, conforme cópia do Comunicado da Equipe Plataforma Brasil, pela aprovação e Registro do Projeto, (Anexo F).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

4.1 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

1ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação do nível de interferência da comunidade na política de saúde.

Participante 1 - pouca participativa, temos espaços legítimos, mas com pouco conhecimento da comunidade, isso faz com que as interferências necessárias muitas vezes não retratem a real necessidade da comunidade.

Participante 2 - se a "comunidade" são os munícipes de vitória, a participação é muito pouca.

Participante 3 - nós temos um grupo muito bom do conselho local, eu acho muito importante participar pra orientar os pacientes da grande vitória.

Participante 4 - a comunidade nunca está satisfeita. Vitória, mesmo com toda crise, a saúde está muito bem, tem remédio, exames de laboratório, especialidades, médicos, saúde da família, assisto televisão; vejo que certos municípios estão precários.

Participante 5 - nível baixo – pouca participação. penso que deveríamos pautar este tema dentro das escolas.

Participante 6 - ainda frágil no ponto de vista da política de saúde, visto que muitas vezes a representação da comunidade "não representa o coletivo' e busca muitas vezes o interesse pessoal".

Participante 7 - a comunidade ainda não sabe (ou não despertou) o poder que tem.

Participante 8 - no conselho municipal, tudo que se passa no conselho local nós levamos para nosso conselho municipal.

Participante 9 - na comunidade onde moro o conselho local está começando a interagir com a comunidade e só tem a ganhar com a interferência e participação do Conselho Local.

2ª Abordagem**:** Gostaria de ouvir sua avaliação sobre as formas de gestão participativa da comunidade na dinâmica de funcionamento do CMSV.

Participante 1 - mesmo que seja feito edital de convocação para que as entidades representativas se façam presentes no conselho, isso não é retrato da forma participativa da comunidade e dos órgãos representativos.

Participante 2 - nesta gestão, ampliou-se a representação da comunidade, mas isso não refletiu em uma participação maior na base.

Participante 3 - participamos bastante no conselho local.

Participante 4 - a comunidade não é participativa só sobre cobrar e acha que tem que ser como eles querem.

Participante 5 - é democrática!

Participante 6 - a gestão participativa é uma prerrogativa para o modelo que propõe a corresponsabilização, porém ainda é incipiente, apesar dos convites serem feitos e das agendas serem divulgadas, muitas vezes não há participação de membros do conselho nas reuniões do CMS.

Participante 7 - os usuários precisam estar "do lado" da gestão para conseguirem alcançar seus objetivos.

Participante 8 - eu participo bastante no conselho local na comunidade, através da pastoral da criança, onde sou bem participativo no conselho local e municipal.

Participante 9 - na minha avaliação, a gestão participativa com o CMSV é muito dinâmica.

3ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o controle social da sociedade civil organizada no conselho municipal de saúde de vitória/es.

Participante 1 - é o mesmo ponto da questão 2. a sociedade civil é organizada, mesmo tendo prerrogativa de atuação. percebe-se que não tem efetiva atuação, uma hora por desconhecimento, outra hora por falta de informação por parte da gestão.

Fazendo-se com que muitas das participações fiquem somente entre os mesmos representantes da sociedade civil. Quero ressaltar que a sociedade civil traz demandas, mas a forma do processo muitas vezes é difícil a compreensão dos mesmos.

Participante 2 - é boa, mas tem muito para melhorar.

Participante 3 - temos um grupo muito atuante no conselho de saúde.

Participante 4 - a sociedade civil é muito ativa, participativa, sabe brigar pelos menos favorecidos.

Participante 5 - especificamente no conselho de vitória, a sociedade civil é bem ativa.

Participante 6 - muito importante que aconteça especialmente quanto trabalhamos na lógica da gestão compartilhada.

Participante 7 - tem muito a melhorar.

Participante 8 - no conselho municipal de saúde de vitória, a sociedade civil faz um bom contato com outros da sociedade civil.

Participante 9 - minha avaliação é positiva, pois o CMSV é muito atuante em relação ao controle social.

4ª Abordagem: Gostaria de saber como os conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam e discussão das ações de saúde com suas bases comunitárias.

Participante 1 - isso é o ideal, porém acontece que muitas vezes o papel do representante da categoria não tem a capacidade necessária para atuação junto à comunidade. o papel

do trabalhador no conselho também tem dificuldade de atuação, devido ao desconhecimento do processo. as discussões precisam sem melhores embasadas para efetiva participação.

Participante 2 - até onde observo a maioria não realiza retorno às suas bases. isso é mais da gestão.

Participante 3 - sim. sempre temos reunião uma vez por mês para saber como estão os médicos, falta de remédio, e também falta de paciente e, muito importante, do usuário.

Participante 4 - eu sou do conselho popular de vitória. em todas as reuniões passo tudo para eles, pois nessas reuniões sempre se encontram vários líderes comunitários e trocamos ideias positivas.

Participante 5 - diante de tanta demanda das comissões, ainda não consegui.

Participante 6 - atualmente os representantes são eleitos através de entidades representativas do território. cada representante tem o papel de estar nos seus espaços institucionais, entidades, discutindo as questões que ocorrem nas reuniões, levando temáticas da comunidade e também do serviço.

Participante 7 - que eu saiba, ela não existe.

Participante 8 - temos reuniões mensais nas comunidades para tratarmos dos assuntos mais difíceis para saber se podemos desempenhar melhor as ações de saúde.

Participante 9 - no meu caso da categoria usuário e representante da CUT (central única a saúde), sempre que tenho informações tenho passado para nossa base.

5ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o processo de informação das atividades do CMS de Vitória\ES.

Participante 1- falta divulgação e instrumentos de transparência, apesar de termos que ter, pois o conselho já temo formas próprias de se fazer conhecido.

Participante 2 - deficitário. as publicações não são completas.

Participante 3 - nosso diretor das unidades sempre passa tudo pra nós, usuários, o que está acontecendo na unidade de saúde.

Participante 4 - a avaliação é das mais positivas e das melhores.

Participante 5- a secretaria é muito eficiente.

Participante 6 - normalmente são repassadas por e-mail.

Participante 7 - são passadas as informações por e-mail e nas reuniões mensais ordinárias.

Participante 8 - a avaliação sobre as informações, mesmo, são muito importantes para os conselheiros de saúde.

Participante 9 - acredito que podemos melhorar, pois às vezes acontece de ficar alguma informação em aberto.

6ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o processo de transparência das atividades do CMS de Vitória\ES.

Participante 1 - falta transparência, instrumentos de divulgação.

Participante 2 - se a informação não é plena, a transparência fica comprometida.

Participante 3 - não respondeu.

Participante 4 - a transparência é 10.

Participante 5 - transparência positiva!!!

Participante 6 - importante que seja sistematicamente fornecido informações não só em arquivo digital, mas impressos para fornecer aos representantes locais.

Participante 7 - a impressão que passa é que sempre tem um interesse de alguém por trás de cada ação.

Participante 8 - não respondeu.

Participante 9 - boa, até porque o conselho tem total liberdade para os questionamentos.

7ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de informação das atividades do CMS de Vitória\ES.

Participante 1- pouco, por tudo que já relatei acima.

Participante 2 - o conselho não dialoga com a sociedade, fala para si mesmo.

Participante 3 - uma das coisas que recebemos é a falta de medicamentos nas unidades. sempre vem essa demora por conselheiros.

Participante 4 - o grau de informação é ótimo. o conselheiro teve capacitação para sempre estar informado e por dentro de tudo que acontece e pode interagir.

Participante 5 - grau máximo.

Participante 6 - garantir a socialização das informações não só no meio digital, mas também com informativos impressos.

Participante 7 - pode melhorar.

Participante 8 - falta de médicos e medicamentos são bem falado no conselho, pois as comunidades cobram muito do conselheiro local.

Participante 9 - sinceramente, muito eficaz.

8ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de transparência democrática das atividades do CMS de Vitória\ES.

Participante 1- os poderes são diferentes e isso traz prejuízos no processo democrático.

Participante 2 - já respondi acima.

Participante 3 - falta de médicos nas unidades de saúde é uma demanda que temos; muitas reclamações dos usuários.

Participante 4 - transparência total

Participante 5 - há democracia!!

Participante 6 - me parece um espaço de possibilidade de manifestação. a coordenação permite as falas e até suscita a participação.

Participante 7 - duvidosa.

Participante 8 - não respondeu.

Participante 9 - boa, com boa participação de todas e todos os conselheiros.

9ª Abordagem**:** Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de democracia nas atividades do CMS de Vitória\ES.

Participante 1- forças diferentes, interesses diferentes, conhecimentos diferentes.

Participante 2 - penso que ampliamos a democracia se ampliarmos a transparência e o diálogo com a sociedade.

Participante 3 - nos temos só um dentista. temos muitos consultórios reclamados. pela manhã e à tarde falta dentista.

Participante 4 - tem democracia até demais para meu gosto.

Participante 5 – há democracia!!

Participante 6 - espaço de participação sem coação.

Participante 7 - de zero a dez, daria três. Sempre prevalece a vontade da gestão.

Participante 8 - nós temos democracia no centro de especialidades, pois muitas vezes a consulta é agendada e a pessoa não comparece e depois fica como culpado o centro de especialidades.

Participante 9 - boa e atuante entre os conselheiros.

4.1.1 Resultado sintético das entrevistas

Deste resultado na construção sintética com nove variáveis explanatórias qualitativas, melhor se identifica a dinâmica do funcionamento, da participação e da transparência no Modelo Institucional da Gestão Compartilhada nos serviços e atividades do SUS de Vitória/ES.

E, portanto, foi assim sintetizado os dados das entrevistas, conforme demonstra o Quadro nº 6 abaixo:

Nº	CMSV	CLS	Representante do (+) de 1 Mandato (M)	Idade	Instrução	Interferência	Participação	Informação e Transparência
1		x	Trabalhador	47	E. Médio	Pouca/Baixa	Pouca	Pouca/Baixa
2		x	Usuário		Pos Grado	Muito pouca	Pouca	Pouca/Baixa
3		x	Unegro	57	2º Grau	Pouca/Baixa	Pouca	Pouca/Baixa
4		x	Usuário	67	2º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
5		x	Usuário	42	3º Grau	Pouca/Baixa	Positiva	Positiva
6	x		Gestor	43	Pos Grado	Frágil	Formal	Positiva
7	x		Cirurgião Dentista	56	Pos Grado	Pouca/Baixa	Pouca	Negativa
8		x	Pastoral da Criança	67	2º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
9		x	Usuário	46	E. Médio	Positiva	Positiva	Positiva
10		x	Usuário Unegro (4M)	55	1º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
11		x	Usuário IST	58	1º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
12		x	Usuário Unegro	45	2º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
13		x	Usuário Maruípe	44	2º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
14		x	Usuário CPV (+ 1M)	55	2º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
15	x		.SEMUS (+1M)	38	3º Grau	Positiva	Positiva	Positiva
16	x		Instituição SEMUS	56	Pos Grado	Pouca/Baixa	Positiva	Positiva
17	x		Instituição SEMUS	37	Pos Grado	Positiva	Positiva	Pouca/Baixa
18		x	Sind. Enfermeiro	37	Pos Grado	Pouca/Baixa	Pouca	Pouca/Baixa
19	x		Prefeitura/Saúde	50	Pos Grado	Positiva	Positiva	Positiva
20	x		Hosp. S.Rita Cássia	27	Pos Grado	Positiva	Positiva	Pouca/Baixa
21		x	A. Morador Maruipe	59	Pos Grado	Positiva	Positiva	Positivo

Quadro Nº 6: Resultado sintético das variáveis identificadas nas entrevistas.
Fonte: Levantamento de dados.
Elaboração: Própria Autora.

4.2 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA/ES

4.2.1 Função do CMSV/ES

O CMS tem a função de avaliar, propor e aprovar ações na área de saúde, realizadas em Vitória. Sua composição é tripartite. Sendo constituído por 16 membros titulares e igual número de membros suplentes.

Oito deles representam os usuários do sistema de saúde. Os demais membros representam o governo, os prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e os profissionais de saúde.

A composição, organização interna, normas de funcionamento e atribuições do CMSV/ES são determinados pela Lei Municipal 6.606/06 e pelo Decreto Municipal 12.325/06, sendo regulado especificamente pelas normas de seu Regimento Interno.

4.2.2 Função dos Conselhos Locais de Saúde (CLS)

o Sistema Municipal de Saúde de Vitória conta com espaços de participação comunitária e controle social local. O Controle Local Social (CLS) de Vitória foi Instituído em 2006 pela Lei Municipal 6.606/06.

Esses CLS são responsáveis pela avaliação da política de saúde na área de abrangência da gestão pública das Unidades de Saúde do Município, seguindo a ordem da regionalização municipal, das diretrizes estabelecidas nas Conferências Municipais e no CMS.

A composição deles é também tripartite, com oito membros titulares e oito integrantes suplentes. Metade dos assentos nos CLS é ocupada por usuários do sistema municipal de saúde, 25% por representantes da Administração Municipal e 25% por trabalhadores de saúde.

De acordo com o Quadro Nº 7, abaixo, os CLS. Estando distribuídos em cinco regiões e possui 22 CLS de Saúde. Fato constatado durante essa pesquisa, quando os dados foram levantados, demonstrado abaixo.

Região de Saúde	Conselho Local de Saúde
Continental (5 CLS)	Jardim da Penha
	Jardim Camburi
	Jabour
	Bairro República
	Maria Ortiz
Maruípe (6 CLS)	Maruípe
	Andorinhas
	Consolação
	Bairro da Penha
	Thomáz Thomazzi
	Santa Martha
Centro (4 CLS)	Fonte Grande
	Santa Tereza/Avelina
	Santo Antônio/Ariovaldo Favalessa
	Grande Vitória
São Pedro (3 CLS)	Santo André
	São Pedro V
	Resistência
Forte São João (4 CLS)	Jesus de Nazareth
	Praia do Suá
	Santa Luiza
	Forte São João

Quadro Nº 7: Distribuição dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória/ES.
Fonte: CMSV/ES.
Elaboração: Própria Autora.

4.2.3 Perfil dos Conselheiros – Sujeitos Participantes

Tabela Nº 1. Idades dos Conselheiros:

Idade	%
20-29	5%
30-39	19%
40-49	33%
50-59	33%
60-69	10%

TABELA Nº 2. FREQUÊNCIAS

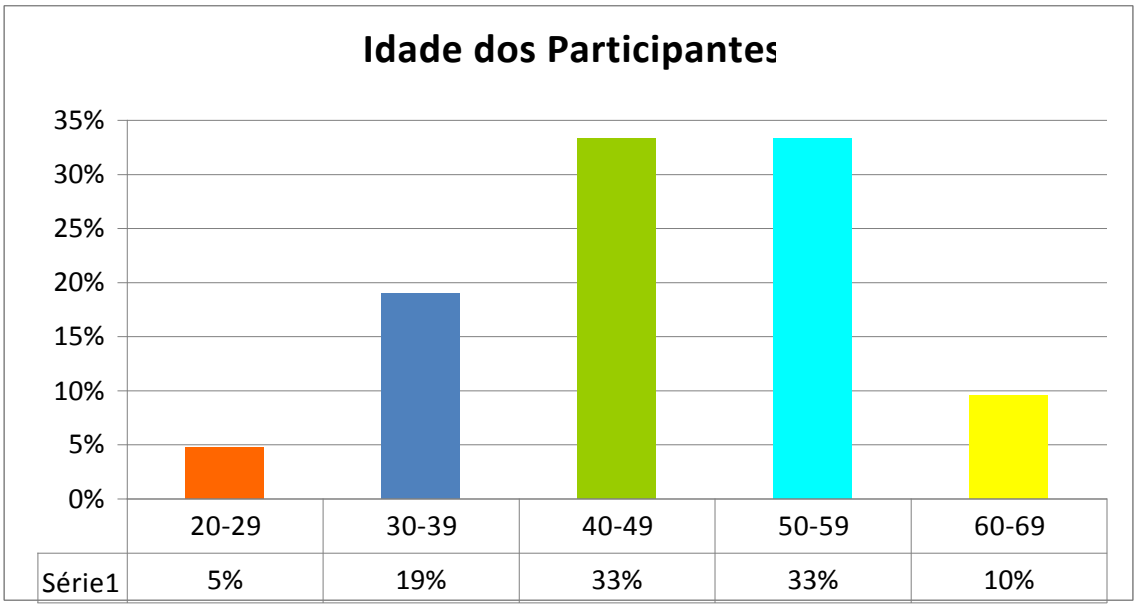
Idade	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
27	1	0	0	0	0
37	0	1	0	0	0
37	0	1	0	0	0
38	0	1	0	0	0
38	0	1	0	0	0
42	0	0	1	0	0
43	0	0	1	0	0
44	0	0	1	0	0
45	0	0	1	0	0
46	0	0	1	0	0
47	0	0	1	0	0
50	0	0	1	0	0
55	0	0	0	1	0
55	0	0	0	1	0
56	0	0	0	1	0
56	0	0	0	1	0
57	0	0	0	1	0
58	0	0	0	1	0
59	0	0	0	1	0
67	0	0	0	0	1
67	0	0	0	0	1
	5%	19%	33%	33%	10%

Tabelas 1 e 2: Fontes: Levantamento de dados no CMSV/ES.
Elaboração: Própria Autora.

Nas Tabelas 1 e 2 acima, as variáveis qualitativas ou variáveis explanatórias qualitativas, indicadoras coletadas, aqui para a análise da idade dos Participantes que exercem a função de Conselheiros do CMSV/ES, na estatística descritiva, tomam os valores 0 e 1, com o uso da variável dummy, para os seguintes intervalos na composição das idades.

Os dados demonstram que o CMSV e os CLS de Vitória/ES são compostos por representantes do poder público e da sociedade civil sob o mandato de dois anos para os Conselheiros. possuindo desde o 1º Grau de escolaridade até Pós-Graduação e com idades entre 20 a 69 anos.

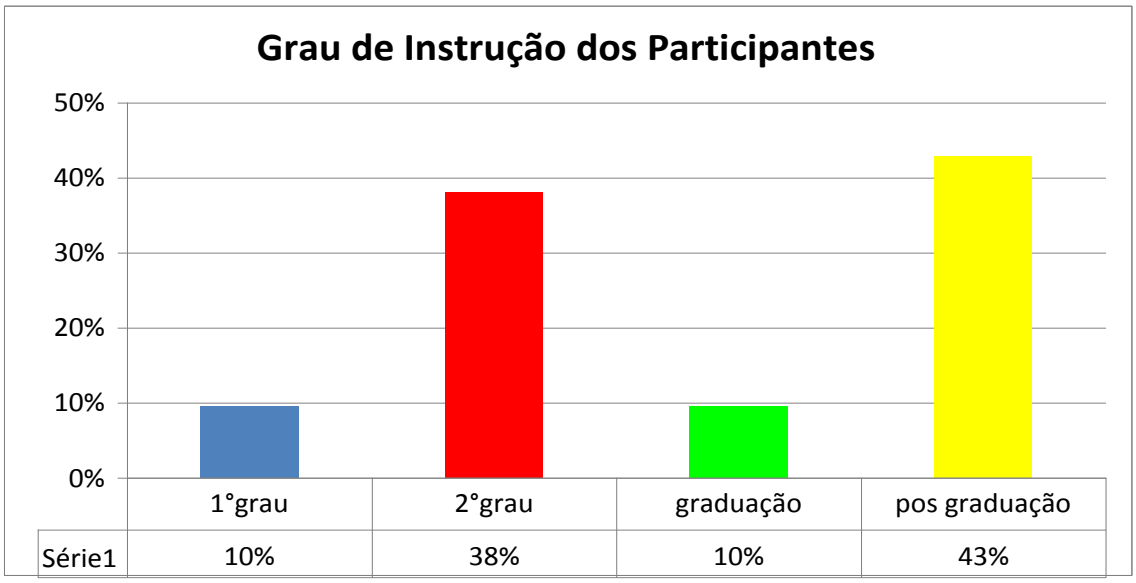
Gráficos demonstrativos do perfil dos participantes, de acordo com os dados acima.



Quadro Nº 8: Gráfico Nº 2. Idade dos Participantes.
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora.

E evidenciam os dados que no perfil dos Conselheiros de Saúde, 5% deles estão na faixa entre 20 a 29 anos de idade, 19% deles estão na faixa entre 30 a 39 anos de idade, 33% deles estão na faixa entre 40 a 49 anos de idade, 33% deles estão na faixa dos 50 s 59 anos de idade, e 10% estão na faixa dos 60 aos 69 anos de idade.

O CMSV e os CLS de Vitória/ES são compostos por representantes do poder público e da sociedade civil sob o mandato de dois anos para os Conselheiros.



Quadro Nº 9: Gráfico Nº 3. Grau de Instrução dos Participantes.
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Evidenciam ainda os dados no perfil dos Conselheiros de Saúde, que 10% possuem o 1º grau, 38% possuem o 2º Grau, 10 % possuem Graduação e 43% são pós-graduados.

4.3 GESTÃO COMPARTILHADA NO CMV

Esses Conselhos, mediante aos seus Conselheiros, são importantes espaços de proposição e debate sobre as políticas públicas de saúde do Município, que visam atender à dimensão Institucional do Estado Democrático, compartilhar a responsabilidade da gestão das ações de saúde Municipal pelas reuniões mensais, em nome de seus representados.

Entretanto, a participação dos Conselheiros de Saúde de Vitória/ES, e dá, não com unanimidade de presenças, como abaixo demonstrado, no Quadro Nº. 10 abaixo.

Participação dos Conselheiros de Saúde de Vitória/ES

Participantes			Representante da Categoria
Nº	CMSV	CLS	(1 ou mais de 1 Mandato)
1	0	1	Trabalhador
2	0	1	Usuário
3	0	1	Unegro
4	0	1	Usuário
5	0	1	Usuário
6	1	0	Gestor
7	1	0	Cirurgião Dentista
8	0	1	Pastoral da Criança
9	0	1	Usuário
10	0	1	Usuário Unegro (4Mandatos)
11	0	1	Usuário
12	0	1	Usuário Unegro
13	0	1	Usuário Maruípe
14	0	1	Usuário CPV (mais de um Mandato)
15	1	0	Inst.SISMUSV (mais de um Mandato)
16	1	0	Instituição SEMUS
17	1	0	Instituição SEMUS
18	0	1	Sind. Enfermeiro
19	1	0	Prefeitura/Saúde
20	1	0	Hosp.S.Rita Cássia
21	0	1	Associação.dos.Moradores de Maruipe

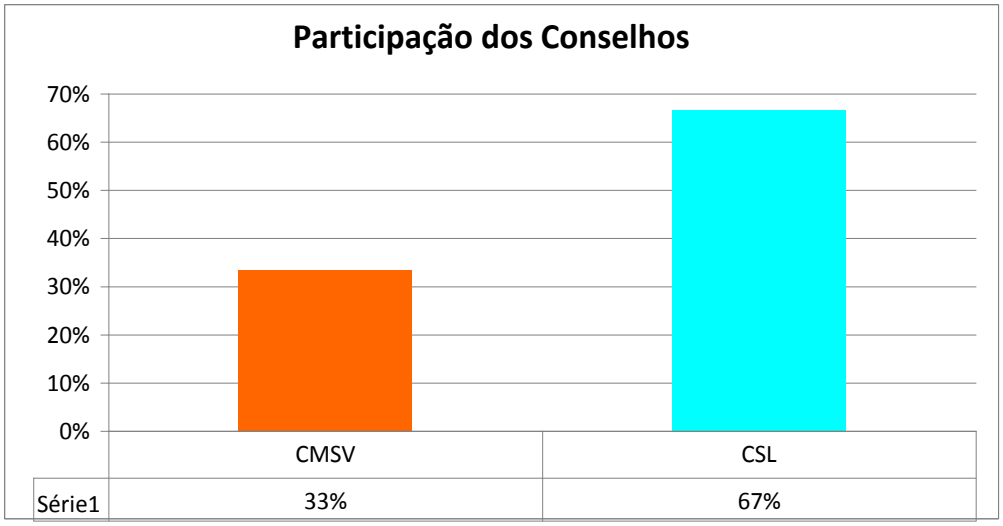
Quadro Nº 10: Participação dos Conselheiros de Saúde de Vitória/ES
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Nessa dinâmica de funcionamento, nesses Conselhos, enquanto espaço institucional se operacionalizam discussão e aprovação de todos os assuntos relativos à saúde municipal que envolva aspectos administrativos, de planejamento estratégico, orçamentários, financeiros e contábeis, concernentes aos dispêndios com as ações da saúde que irão compor as prestações de contas anuais do Governo, em favor de seus representados e categorias.

Além de servir também como espaços para atividades de capacitação permanente.

Porém, somente 14% dos sujeitos da pesquisa exercem mais de um mandato, ou mais de uma gestão, possuindo 1º e segundo graus de escolaridade e com 55 anos.

Demonstração Gráfica da participação dos conselhos



Quadro Nº 11: Gráfico 4. Participação dos Conselhos de Saúde de Vitória/ES
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Graficamente, pode-se notar que há 67% de participação dos Membros dos CSL nas reuniões. O que é o dobro da participação no CMSV, com 33% de participação. Fat o que é natural, considerando-se o elevado número dos CLS.

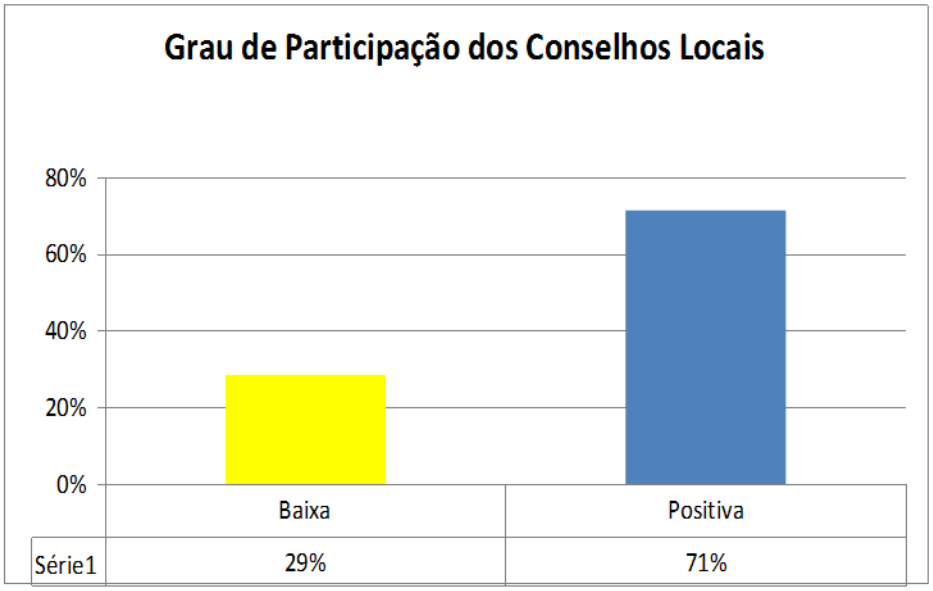
Fato, também, que vai ao encontro das normas formais constitucionais, pela imposição e exigência legal com relação à Gestão Participativa e descentralizada do SUS de Vitória, que consiste em 6 regiões e possui 22 Conselhos Locais, ate a data da coleta destes dados.

Essa realidade pode favorecer a relação entre os Conselheiros e suas bases, motivando a relação entre eles, para o fortalecimento do exercício de cidadania democrática, mais rica com suas comunidades representativas, além da que existe na área de poder de que dispõem nos limites do CMS, somente, quando das reuniões.

É, portanto, uma grande possibilidade conhecimento e de transformação da Gestão dos Governos sobre o SUS, para que seja proposta, implementada e controlada uma gestão participativa responsável, com base, para as ações das políticas de saúde, na Lei de Transparência e na *accountability* virtual, conforme a dimensão sociopolítica, apresentando

de maneira efetiva, satisfatória, clara e inovadora as informações aos cidadãos, levando assim a sociedade civil organizada ao comprometimento com a gestão democrática da saúde.

Evidencia-se, portanto, nesses dados que há gestão compartilhada, ainda que não haja unanimidade no resultado das entrevistas, nesse sentido, como demonstra o Gráfico Nº 5 do abaixo.



Quadro Nº 12: Gráfico 5. Grau Participação dos Conselhos de Saúde.
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Evidenciam ainda os dados que há 29% dos sujeitos da pesquisa, consideram que os CLS têm baixa participação com sua comunidade local. E 71%. consideram que os CLS têm participação positiva com sua comunidade local.

Esse resultado consolida a evidência de que esta conduta vai ao encontro das normas formais, legitimando a exigência legal com relação à Gestão Participativa e descentralizada do SUS de Vitória que consiste em 6 regiões e possui 22 Conselhos Locais, até a data da coleta desses dados, e 1 Conselho Central, como já acima relatado.

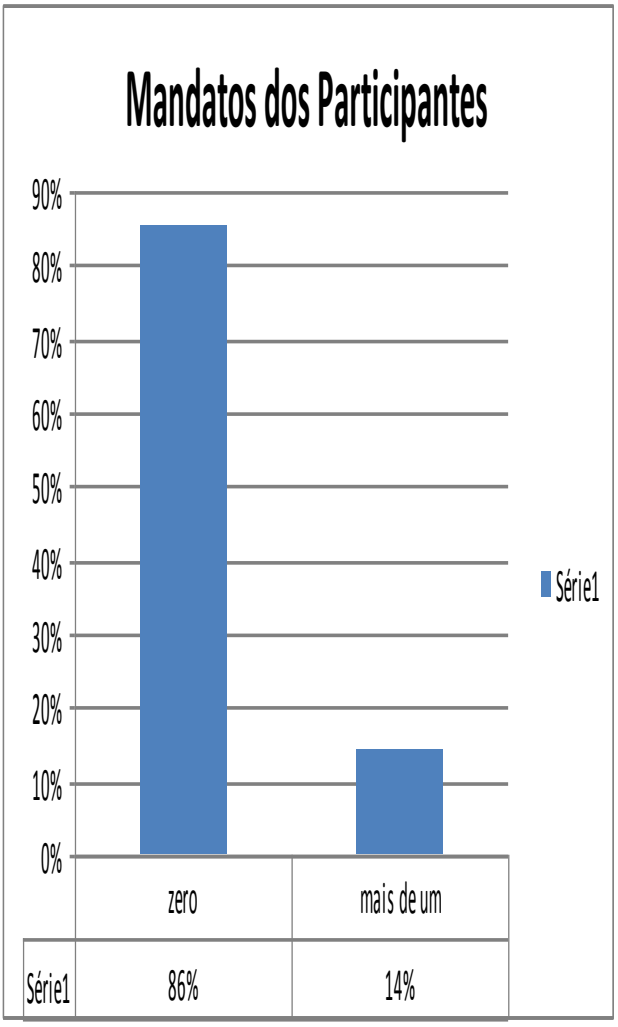
Analisemos abaixo o grau de participação dos Conselheiros, e seus respectivos mandatos, e do período em que os Participantes exercem a função de Conselheiros do CMSV/ES.

Especificamente, na estatística descritiva, tomam os valores 0 e 1, com o uso da variável dummy, para que nessa análise se identificassem o comportamento das variáveis explanatórias qualitativas, mandato e gestão.

Dados demonstrados na Tabela Nº 1 abaixo, e no Quadro Nº 8 Gráfico, que identificam os mandatos, vistos abaixo.

Tabela Nº 3: Mandatos dos Participantes.

Mandatos	Zero	Mais de 1(uma) Gestão
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
4	0	1
0	1	0
0	1	0
0	1	0
1	0	1
1	0	1
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
0	1	0
	86%	14%



Quadro Nº 13: Gráfico Nº 4. Mandatos dos participantes.
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Os dados demonstram que o CMSV e os CLS de Vitória/ES são compostos por representantes do poder público e da sociedade civil sob o mandato de dois anos para os Conselheiros. Porém, somente 14% dos sujeitos da pesquisa exercem mais de um mandato, ou mais de uma gestão.

Entretanto, com esses dados, também se constata que há uma minoria, que sob uma consciência coletiva parcial, que participam da gestão, no papel institucional dos Conselhos, porém demonstram insatisfação, com o Controle Social.

Acima demonstrado há 29% dos sujeitos da pesquisa, considerando que os CLS têm baixa participação com sua comunidade local. Legitimando assim, algumas das falas de alguns dos sujeitos da pesquisa, registradas na entrevista, e aqui retomadas:

1ª ABORDAGEM: Gostaria de ouvir sua avaliação do nível de interferência da comunidade na política de saúde.

> PARTICIPANTE 6 - Ainda frágil no ponto de vista da política de saúde, visto que muitas vezes a representação da comunidade "não representa o coletivo" e busca muitas vezes o "interesse pessoal".

2ª ABORDAGEM: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre as formas de gestão participativa da comunidade na dinâmica de funcionamento do CMSV.

> PARTICIPANTE 1 - Mesmo que seja feito edital de convocação para que as entidades representativas se façam presentes no conselho, isso não é retrato da forma participativa da comunidade e dos órgãos representativos.

> PARTICIPANTE 2 - Nesta gestão, ampliou-se a representação da comunidade, mas isso não refletiu em uma participação maior na base.

3ª ABORDAGEM: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o controle social da sociedade civil organizada no Conselho Municipal de Saúde de Vitória/ES.

> PARTICIPANTE 1 - Percebe-se que não tem efetiva atuação, uma hora por desconhecimento, outra hora por falta de informação por parte da gestão. Fazendo-se

com que muitas das participações fiquem somente entre os mesmos representantes da sociedade civil. Quero ressaltar que a sociedade civil traz demandas, mas a forma do processo muitas vezes é difícil à compreensão dos mesmos.

PARTICIPANTE 2 - É boa, mas tem muito para melhorar.

PARTICIPANTE 7 - Tem muito a melhorar.

4ª ABORDAGEM: Gostaria de saber como os Conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam e discussão das ações de saúde com suas bases comunitárias.

PARTICIPANTE 1 - Isso é o ideal, porém acontece que muitas vezes o papel do representante da categoria não tem a capacidade necessária para atuação junto à comunidade. O papel do trabalhador no conselho também tem dificuldade de atuação, devido ao desconhecimento do processo. As discussões precisam sem melhor embasadas para efetiva participação.

PARTICIPANTE 2 - Até onde observo a maioria não realiza retorno às suas bases. Isso é mais da gestão.

PARTICIPANTE 3 - Sim. Sempre temos reunião uma vez por mês, para saber como estão os médicos, falta de remédio, e também falta de paciente e, muito importante, do usuário.

PARTICIPANTE 7 - Que eu saiba, ela não existe.

Neste sentido, essas manifestações desses sujeitos da pesquisa, ou seja, daqueles 33% e 29% pela baixa participação na representatividade, que se manifestaram identificam um grau negativo quanto à dinâmica de funcionamento e ao nível de interferência da comunidade na política de saúde. Fato que resulta harmônico com os estudos de Hegel (1995, 1997 e 2010). Pois o autor defende a necessidade do interesse para agir, e que a sociedade civil é uma instância necessária, porém, insuficiente para a realização plena da liberdade humana. Ele entende que só o Estado possui as condições sistemáticas para a realização plena desse princípio, por ser ele a comunidade ética política que guarda dentro de si a unidade da vontade particular e da vontade substancial universal, sem anular o princípio da liberdade subjetiva.

Assim, a sociedade civil possui não só o direito de interferir na liberdade de todos, visando à preservação do regramento jurídico na sociedade, como também atua sobre todos os cidadãos que carecem de formação ou de condução uma melhor organização coletiva (OLIVEIRA, 2004).

Neste sentido, Tocqueville (1977) observa o igualitarismo que se consolidaria e, como fato consumado, colocaria em risco a liberdade, além de preparar o caminho para a servidão, partindo da tese da inevitabilidade histórica da democracia. Que para ele, a liberdade independe da condição social e corresponde basicamente a uma modalidade do agir político, de modo que é a igualdade e não a liberdade o aspecto fundamental que caracteriza a democracia, com a necessária presença do liberalismo, a fim de poder preservar e garantir a liberdade (JASMIN, 1997).

Tecendo sobre a unidade da vontade particular e da vontade substancial universal, sem anular o princípio da liberdade subjetiva, em relação à minoria que se manifesta nesta pesquisa aqui analisada, cabe citar Marx (1985), que parte da premissa de que a regulação da atividade econômica não surge diretamente do mercado, nasce de uma exigência interna dele. Que uma longa cadeia de mediações necessárias eleva os homens do seu interesse individual até a realização do bem comum. Cabe aqui demonstrar os dados levantados sobre os serviços prestados pela rede de saúde local de Vitória/ES

SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE LOCAL		
Saúde bucal	Saúde do Trabalhador	Vigilância Sanitária
Saúde da Criança	Saúde Escolar	Vítimas de Violência
Saúde da Mulher	Saúde Mental	Podcasts
Saúde do Adolescente	Serviço de Guarda Vidas	Perguntas e Respostas
Saúde do Adulto	Unidades de Saúde	Fale conosco
Saúde do idoso	Vigilância Epidemiológica	
Estão vinculados aos seguintes Órgãos de Saúde		
30 Unidades Básicas de Saúde	02 Prontos Atendimentos 24 horas	Centro Municipal de Especialidades
Centro de Referência de Atendimento ao Idoso	Centro de Referência DST/Aids	Centro de Vigilância em Saúde Ambiental
01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Outros Centros de Referências espalhados por toda a cidade	Pólos de academia espalhados por toda a cidade

Quadro Nº 14: Serviços da rede de saúde local.
Fonte: PMV. Levantamento de Dados.
Elaboração: Adaptado pela Autora.

Observa-se pela natureza das ações e serviços que são múltiplos e requer gestão compartilhada. Nesse sentido, as reflexões sobre o CMSV/ES, aqui se pode associar, segundo

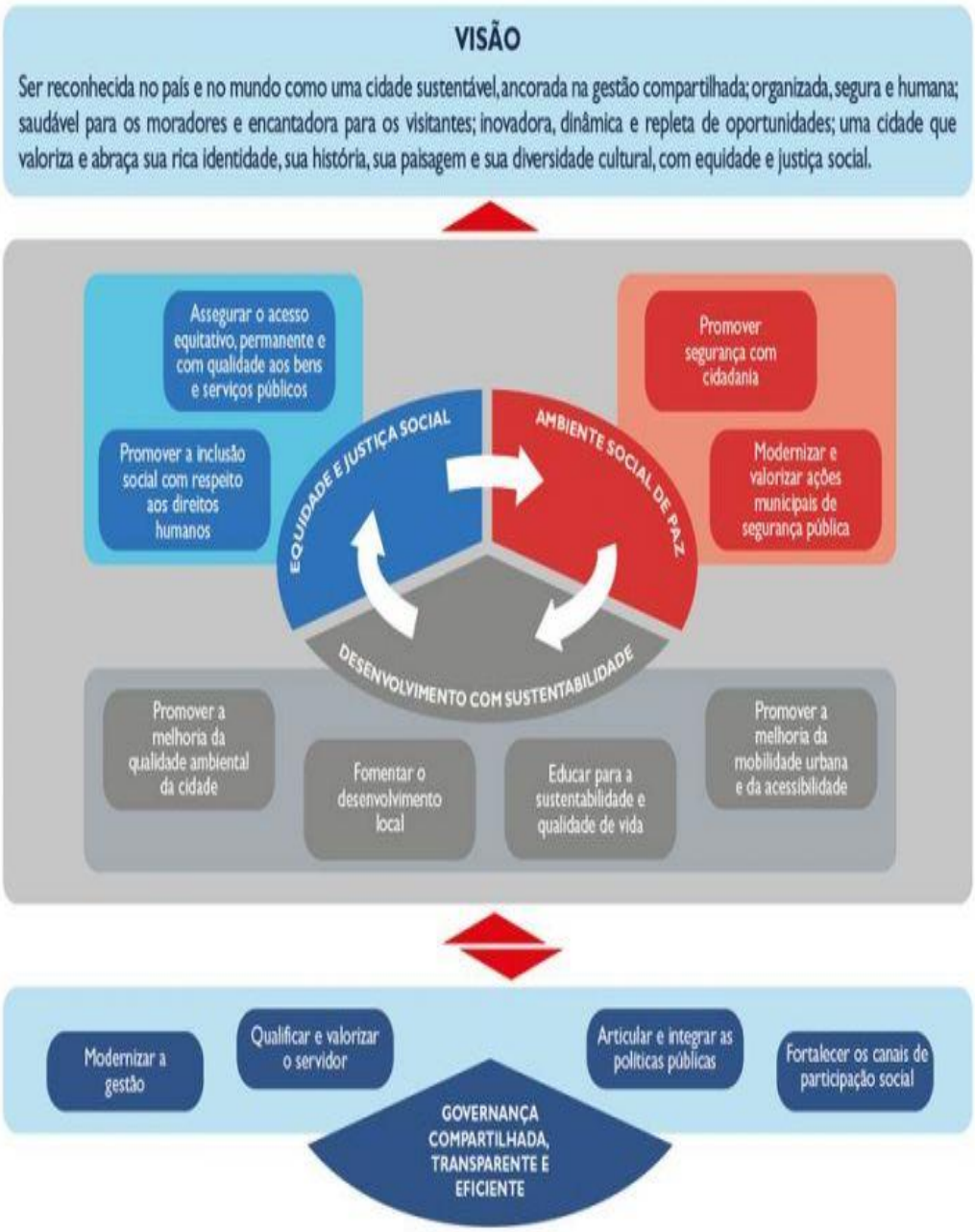
Ramognino (1982), ao campo da dimensão simbólica que contempla os significados dos sujeitos, da dimensão histórica que privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico e da dimensão concreta a que se referem as estruturas e os atores sociais relacionados com a dinâmica de funcionamento do SUS. O que possibilita a entrada do papel regulador, sob a direção do Estado e no ritmo do desenvolvimento de sua atividade econômica, de modo que cada Conselho de Saúde Local de Vitória no ES, conforme Hegel (1995) poderá avançar progressivamente na universalização de sua ação histórica, consolidando assim a sua formação e a cultura.

Ideais e fatos que também vão ao encontro de Polanyi (1944), quando alerta que num sistema auto regulável de mercado, que se estabelece de forma espontânea, a questão primordial é que o funcionamento desse mercado, construído como entidade autorregulada, exige que todo o tecido social opere segundo as leis de mercado, inclusive o trabalho. Tal qual Gramsci (1950) alerta também como uma das formas de criar e reproduzir a hegemonia é o exercício das funções de direção intelectual e moral unida àquela do domínio do poder político. Entendimento que pode ser aplicado ao CMSV/ES, se considerarmos que a forma de funcionamento do SUS, no que diz respeito aos atores das diversas instâncias de poder, corresponde ao arranjo Federativo Brasileiro, pelo Modelo Institucional e Decisório do SUS. E, que dever obrigatoriamente ser aplicado por todos os Entes nas três esferas do Executivo Governamental: pela União, Estados e Municípios. Por isto há participação social regional e local, como imperativo formal constitucional, imposto por normas internacionais, já analisadas. E demonstrado no modelo abaixo.

Instâncias de Poder	**Colegiado Participativo**	**Gestor**	**Comissões Inter gestores**	**Representações de Gestores**
				Estados: CONASS
Nacional	Nacional Conselho	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Municípios: CONASEMS
Estadual	Conselhos Estaduais	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite	Municípios: COSEMS

Quadro Nº. 15: Modelo institucional e Decisório do SUS
Fonte:SUS..
Adaptado pela Autora.

Do mesmo modo pode-se perceber Modelo Institucional da Gestão Compartilhada de Vitória/ES



Quadro Nº. 16: Modelo Institucional da Gestão Compartilhada de Vitória/ES
Fonte: http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/conselhos-municipais.
Elaboração: PMV.

Pois, se atentarmos para as percepções daqueles 33% e 29% de sujeitos participantes, concluindo pela baixa participação dos Conselhos de Saúde, associadas aos efeitos das políticas públicas de saúde ditadas pela globalização e seus malefícios, sobre os povos, retomaremos o entendimento também externado por Stiglitz (2002), quando ele afirma que os países chamados de economias em desenvolvimento, mas na verdade, não se desenvolvem. Resultando prescrições econômicas impostas pelo FMI, mas que não fazem sentido para os países aos quais o FMI está recomendando-as, pois essas políticas são desastrosas para os países seguirem. Uma vez que o FMI prescreve as políticas que as nações devem seguir como pressuposto de qualificação para os empréstimos do próprio FMI ou de bancos do setor privado.

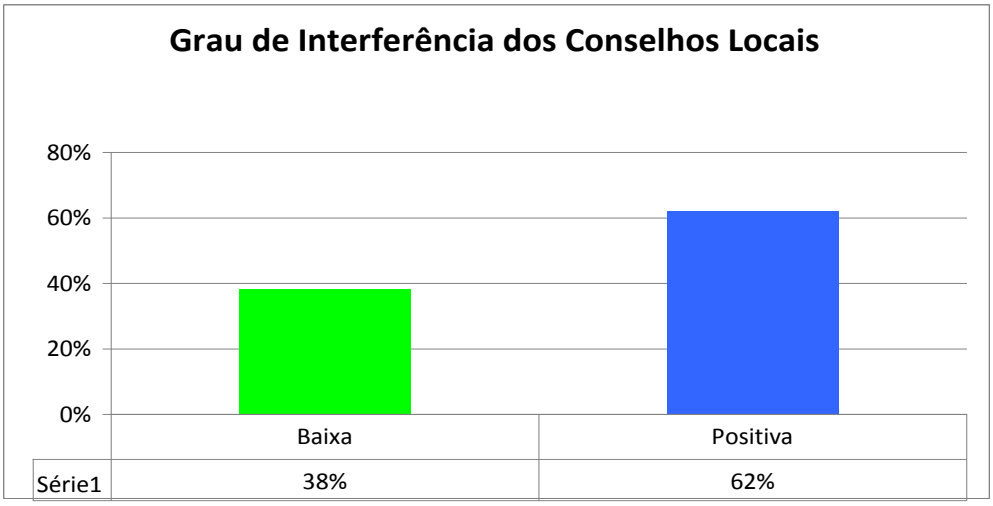
Neste sentido, cabe ainda citar que os dados demonstraram que há 33% e 29% de sujeitos participantes, insatisfeitos com a participação dos Conselhos de Saúde. Fatos que vão também ao encontro também de Bonavides (2001), que defende uma noção de democracia que vai além das concepções de liberdade e de igualdade. Externando que o sistema representativo não atende às necessidades sociais, por isso, deve-se reduzir a utilização dos mecanismos de representação, restringindo-os ao mínimo necessário para destravar a máquina do poder e do governo.

Pois a democracia participativa sob a configuração do Estado é um mal necessário, ainda que não atenda às necessidades sociais. Confirmando assim a ideia de democracia contemporânea vista por Bravo (2012), que não viabiliza o controle do poder pelo povo, que é o verdadeiro dono do poder. Pois uma vez eleitos, os governantes detêm o controle pelos meios de comunicação e pela força burocrática, impedindo o povo de efetuar um controle social efetivo daquele governo que o representa.

Entendimentos que vão também ao encontro do constatado pela lente De Moraes (2002), em uma representação democrática insatisfatória, é legitimada sob o manto forte dos mecanismos constitucionais: plebiscito, referendo e iniciativa popular, regulamentados pela Lei 9.709/98, visto que a participação direta do povo é limitada por esses mecanismos oriundos da Carta Magna.

4.4 CONTROLE SOCIAL E INTERFERÊNCIA NO CMSV/ES

Nesse sentido se demonstra graficamente o grau de interferência dos CLS, abaixo.



Quadro Nº 17: Gráfico Nº 7. Grau de Interferência dos Conselhos Locais.
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Os dados demonstram que há 38% dos sujeitos da pesquisa, insatisfeitos sobre o grau de interferência dos CLS, e opinam que a interferência é baixa. Enquanto que há 62% dos sujeitos da pesquisa, opinam e 623% que a interferência é positiva.

Com esses dados, se faz necessário refletir sobre esse resultado. Em especial dos 38%, ainda que minoria, considerando que a SEMUSV/ES possui um CMS e 22 CLS com 16 membros em cada um deles. Ou seja, há efetivamente 368 membros, de acordo com a distribuição dos conselhos locais.

O resultado das análises sobre o *modus operandi* dos grupos representativos dos diversos segmentos da sociedade civil organizada, na composição dos Conselhos de Saúde da SEMUV/ES evidenciou acima, que 71% dos sujeitos da pesquisa se manifestaram positivamente, confirmando que há uma gestão democrática na SEMUSV/ES, compartilhada com os CLS. Entretanto 29% dos sujeitos da pesquisa também opinam que o nível de participação dos CLS ainda é baixo, como demonstrado acima.

O resultado dessas análises evidenciam ainda que a gestão é de natureza tripartite, obedecendo às formalidades legais impostas, possibilitando que a gestão do SUS seja compartilhada.

Fato que se dá pela força do direito positivado nos artigos 196 a 200 da CF/88, nos quais a *Mens Legis* determina que a intervenção da sociedade se efetive sob o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação de trabalhadores, empresários e aposentados.

E que esta *práxis* deve ser praticada em harmonia com os artigos 37 caput, § 4º; § 5; § 6º; 70 § Único; 74, § 2º da CF/88 e c/c o art. 48 da LRF, Lei da Transparência (LC 131/09), *Lei de Acesso à Informação* (LAI) - *Lei* 12.527/11. Esses novos dispositivos legais são ferramentas cotidianas aplicáveis sobre a gestão do SUS, os quais obrigam os Entes Federativos às práticas de uma gestão participativa, transparente e responsável, sob pena de responsabilidades nas esferas civil, administrativa e criminal.

O que possibilita associar esses resultados às falas dos sujeitos dessa pesquisa. Sendo necessário, ainda, transcrever algumas das falas de alguns sujeitos da pesquisa para melhor compreensão sobre esta divergência.

4ª Abordagem: Gostaria de saber como os Conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam e discussão das ações de saúde com suas bases comunitárias.

> Participante 1 - Isso é o ideal, porém acontece que muitas vezes o papel do representante da categoria não tem a capacidade necessária para atuação junto à comunidade. O papel do trabalhador no conselho também tem dificuldade de atuação, devido ao desconhecimento do processo. As discussões precisam sem melhores embasadas para efetiva participação.

> Participante 2 - Até onde observo a maioria não realiza retorno às suas bases. Isso é mais da gestão.

> Participante 3 - Sim. Sempre temos reunião uma vez por mês, para saber como estão os médicos, falta de remédio.

Participante 7 - Que eu saiba, ela não existe.

Observa-se que o poder simbólico destas falas evidencia que a ação sociopolítica, traduzida pela teoria da participação social democrática, do controle social da sociedade civil organizada no CMSV/ES, sob a lente de Bardin (2009) associada ainda ao entendimento de Ramognino (1982), que possibilitou atingir além da dimensão histórica, a dimensão simbólica vinculada com a dimensão concreta nas ações da saúde desempenhadas na SEMUSV/ES. Ou seja, a análise contemplou os significados dos sujeitos, dentro do tempo consolidado no espaço real e analítico, sobre as estruturas e sobre os atores sociais relacionados com aquele CMSV/ES.

Razões por que se deve considerar também a manifestação de uma minoria divergente, por força da hegemonia existente nas relações de poderes, como explicitamente Kelsen (2009) defende, quando assevera que todas as normas que cumprirem o procedimento determinado pelo ordenamento jurídico são legais e legítimas, face ao entendimento fundamental dessa norma pelo elemento jurídico necessário que limita a legitimidade, que é a efetividade, que na ordem jurídica social, não basta que haja apenas a legalidade/legitimidade, sendo necessária a efetividade do governo.

Não obstante, em Marx (2013), o Estado se identifica com o que Hegel (1995) designa como Estado exterior, no qual a lei limita o livre arbítrio individual a impor sua própria generalidade.

Essa limitação Estatal ficou também evidenciada sobre a conduta da SEMUSV/ES, uma vez que os atos de gestão com as ações e as políticas públicas da saúde são delimitados pelo papel legal Institucional, visando ao interesse coletivo. Porém, reitera-se que em Marx (2013), o Estado não inaugura a sociedade civil, mas antes, ergue-se a partir dela no interesse de determinada classe social.

Essas limitações que levam à dimensão da ação sociopolítica ser traduzida pela teoria da participação social democrática, como uma ação de dever ir além da manifestação do papel Institucional. Requer uma práxis funcional mais que positiva que deve se materializar em ações e políticas públicas de saúde com efetividade real, e atender às necessidades dos cidadãos.

Significando dizer que as ações da SEMUSV/ES de ir ao encontro dessas normas formais, dada à exigência legal com relação à Gestão Participativa e descentralizada do SUS de Vitória, que consiste em 6 regiões e possui 22 CLS, deve prover as demandas e satisfazer às necessidades reais das respectivas comunidades que são representadas pelos 22 CLS.

Cabe aqui, pensar com Kant (2008), que a sociedade civil é constituinte necessária do Estatuto de Direito, em que a sua concepção do Direito é um sistema que fornece garantias de organização coercitiva. Assim, a doutrina dele sobre o direito pressupõe que há legislação externa advinda de uma sociedade que é também regulada por essas leis (JACOBS e KAIN, 2003). Porém, é necessário repensar com Marx (2013), que defende que tanto as necessidades quanto os meios para satisfazê-las são produto do trabalho coletivo, são um produto social e não meramente natural. Assim, para esse autor o Estado não inaugura a sociedade civil. Antes, ergue-se a partir dela no interesse de determinada classe social e, com a recuperação histórica do papel Estatal, permite a vinculação orgânica entre Estado e capital.

Nesse sentido, os estudos de Shimizu *et al* (2013), já numa era distante de Marx (2013 e 1985), analisaram as representações sociais do controle com foco na participação social, nos quais as evidências não são tão dissonantes de Marx (2013 e 1985), pois constataram que a organização, funcionamento, políticas e práticas dos Conselhos de Saúde são ancoradas em modelo de gestão centralizador, hierarquizado e burocratizado, se distanciado dos Conselhos das discussões sobre as necessidades de saúde.

Logo um resultado que também é contra todo o imposto pela *Mens Legis*. Cabem aqui mais algumas falas dos sujeitos da pesquisa:

> **7ª** Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de informação das atividades do CMS de Vitória\ES.
>
> Participante 2 - O Conselho não dialoga com a sociedade, fala para si mesmo.
>
> Participante 3 - Uma das coisas que recebemos é a falta de medicamentos nas unidades. Sempre vem essa demora por conselheiros.

> Participante 8 - Falta de médicos e medicamentos são bem falados no Conselho, pois as comunidades cobram muito do conselheiro local.

Reitera-se nessa análise, que após os postulados de Marx, o mundo contemporâneo concebe a sociedade civil como uma instância separada do Estado e da economia, ora visto como base operacional de iniciativas e movimentos não comprometidos com as instituições políticas e as organizações de classe, ora visto como espaço articulado pelas dinâmicas da esfera pública e da ação comunicativa (HABERMAS, 1997).

Assim sendo, a imagem de sociedade civil, antes vista como palco de lutas políticas e empenhos hegemônicos, agora é um recurso gerencial, um arranjo societal que viabiliza tipos de políticas públicas, assim como fator de reconstrução ética e dialógica da vida social, sob uma perspectiva liberal-democrática.

Razões que levaram o Estado Brasileiro a criar e a outorgar relevância ao poder de atuação e de fiscalização dos Conselhos de Saúde, fato que é evidenciado nos estudos de Campelli *et al* (2005), reconhecendo que Conselhos de Saúde gozam de *status* constitucional.

Assim, a indispensabilidade da existência de um controle social mais que eficiente eficaz e efetivo, dá-se em razão de sua envergadura, pois a ele cabe responder pelos recursos financeiros destinados as ações e aos serviços públicos de saúde, que são transferidos pela União para serem aplicados por meio de Fundo de Saúde e que deverão ser acompanhados e fiscalizados por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da CF/88.

Observa-se que o controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde tem o dever de ser um espaço deliberativo da máquina político–institucional, instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, romper com as tradicionais formas de gestão e possibilitar a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público.

Pensamento defendido por Martins (2009), mas alerta também que o mecanismo da LRF pode ser usado como utopia e tornar as práticas na gestão da saúde com eficiência no plano formal e deixa a desejar satisfação concreta às demandas sociais da saúde, se não existir uma participação consciente e crítica por parte dos Conselhos de Saúde. Esses novos marcos jurídicos sociais no Brasil, que são vistos nos estudos realizados por Santos *et al*, 2013;

Rocha, 2013 e Diniz 2013, nos quais exortam que cada vez mais a sociedade democrática exige políticas públicas de saúde que promovam desenvolvimento, confiança na capacidade dos governantes e no próprio serviço público. Como evidencia algumas das falas dos sujeitos dessa pesquisa:

9ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de democracia nas atividades do CMS de Vitória\ES.

> Participante 1- Forças diferentes, interesses diferentes, conhecimentos diferentes.
>
> Participante 3 - Nós temos só um dentista. Temos muitos consultórios reclamados. Pela manhã e à tarde faltam dentistas.
>
> Participante 7 - De zero a dez, daria três. Sempre prevalece a vontade da gestão.

Entretanto, o avanço democrático na governança pública da saúde requer também domínio de conhecimentos e acessibilidade eficientes, que levem à necessária compreensão orçamentária do financiamento da saúde para um exercício sistemático de cidadania por toda a sociedade. Tendo em vista a subjetividade que cerca tanto esses gastos como os serviços prestados, segundo cita Gentilli (2013), pois são benefícios que garantem direitos de cidadania numa ordem democrática a serem prestados pelo Estado como dever.

Reside aqui o dever do Estado na promoção de políticas civilizadoras, com participação e transparências democráticas, promotoras de valores que foram discutidas, também, num estudo de Silva (2014), sobre como essas políticas públicas em educação especial se constituem em processos civilizadores. Essas necessidades que exigem do controle social se materializar em instâncias propulsoras enquanto alavancas institucionais geradoras de esferas públicas democráticas locais e regionais, transformando–se em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado.

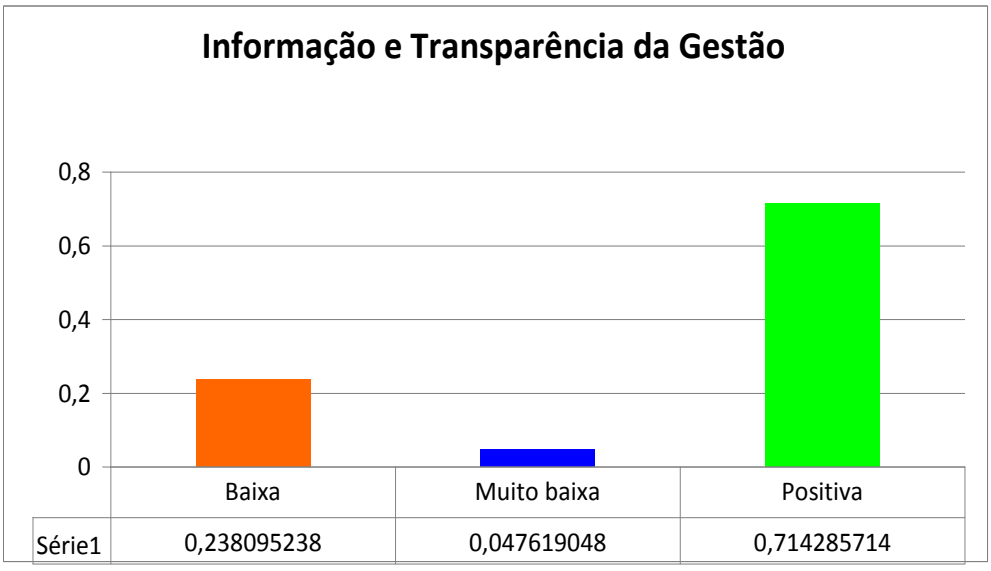
Visa-se a real compreensão de uma boa governança das finanças públicas destinadas à saúde, e que a sociedade seja despertada para sua missão maior: a sustentabilidade democrática, ao lado do combate ao déficit público, que é banir do país a ideia de que o orçamento público é peça política de ficção ou documento de faz de conta (Furtado, 2014). Tendo como

fundamento constitucional a LRF, com o planejamento como ferramenta constitucional obrigatória da gestão fiscal, prescrito nos arts. 165 a 169 da CF/88 (COLAÇO, 2014).

Essa relevância constitucional dos CMS exige, portanto, que eles sejam instrumentos Institucionais que viabilizam a construção e fortalecimento da cidadania regional e local, que sejam espaços de construção e promoção local, do discernimento de domínio social e *lócus* de engendramento que Foucault (1979) cita como forma de poder e contra poder, da participação, do efetivo exercício de cidadania e da memória coletiva.

E, nos termos de Pomian (1984), que concebe uma forma particular de vinculação entre passado e presente, e nos termos de Halbwachs (1990) e Pollak (1992), entre memória e identidade, vinculadas à construção do ser democrático, do cidadão integral. De modo similar evidenciam-se os estudos de Rousseau (1963), que também costura rupturas temporais, além de citar que participação e cidadania podem ser ferramentas de resistência à alteridade.

4.5 INFORMAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NO CMSV/ES



Quadro Nº 18: Gráfico Nº 8. Informação e transparência da gestão.
Fonte: Levantamento de Dados.
Elaboração: Da própria Autora

Esse resultado evidencia também sobre as falas dos sujeitos de pesquisa, em que 71% entendem que o processo à informação e à transparência na gestão do SUS pela SEMUSV/ES é positivas, 24% entendem que é baixa, ou seja, não é claro o suficiente para ser verdadeiramente compreendida e 5% entendem que a informação é muito baixa, ou seja, praticamente incompreensível. Nota-se, ainda, que dos demais resultados das análises se constatou que a SEMUSV/ES cumpre não só as exigências das normas, mas também que possui recursos de TICs nos moldes da atual governança, demonstrado no Modelo dos Serviços em Rede e no Modelo Institucional de Gestão da PMV.

O uso dessas TICs na SEMUSV/ES, voltados para o processo de transparência democrática, visa transformar a Gestão Compartilhada em realidade e possibilita acesso às informações, aos cidadãos.

Neste sentido para melhor discernir estas colocações revemos algumas dessas falas:

5ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o processo de informação das atividades do CMS de Vitória\ES.

> Participante 1- Falta de divulgação e transparência. Apesar dos termos, o conselho já tem as formas próprias de se fazer conhecido.
>
> Participante 2 - Deficitário. As publicações não são completas.
>
> Participante 6 - Normalmente são repassadas por e-mail.
>
> Participante 9 - Acredito que podemos melhorar, pois às vezes acontece de ficar alguma informação em aberto.

De acordo com o IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde) utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliar a qualidade e o acesso ao sistema público de saúde em todos os municípios brasileiros, Vitória foi considerada a capital com melhor saúde pública do país em 2014. A cidade de Vitória obteve nota 7,08 de um total de 10 pontos possíveis, desempenho bem acima da média nacional que foi de 5,47, de acordo com o estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Constata-se que a qualidade da informação e transparência, analisada sob a lente teórica da cidadania, existe por força legal. Considera-se que o acesso dos cidadãos às informações públicas é um direito constitucional regulamentado recentemente no país, pela Lei Federal 12.527/2011, que é a Lei de Acesso à Informação (LAI), sendo que no Município de Vitória/ES o assunto é regulamentado pela Lei Municipal 8.286/2012.

Reitera-se que, no Estado neoliberal, as Constituições legitimam um constitucionalismo capitalista, e as democracias atendem aos interesses do capital. Esse fato gerou não apenas a fragmentação das sociedades contemporâneas como subproduto do desenvolvimento capitalista, mas também a interligação e a integração econômica de Estados nacionais, e culminou necessariamente para o social obter maior transparência e maior autonomia relativa diante do político. Porém, a desigualdade aumentou e a crise democrática promoveu uma política bem mais midiática e bem menos controlada pelos tradicionais operadores políticos (NOGUEIRA, 2003).

Constatou-se que o Modelo Institucional da Gestão Compartilhada nos serviços do SUS de Vitória/ES, tem por objetivo colocar em prática uma práxis de gestão da saúde eficiente e capaz de entregar serviços públicos com qualidade e com transparência democrática. Uma revista lançada em fevereiro de 2014 apresenta aos cidadãos os detalhes do novo modelo de gestão estratégica e as ações planejadas pela Prefeitura de Vitória até 2016.

Mas sob essa ótica, constata-se que o controle social sobre as ações do SUS no âmbito do CMSS/ES é uma participação direta e indireta por diversos meios institucionalizados sendo já analisado que o modelo institucional da gestão do SUS na SEMUSV/ES possibilita gestão compartilhada sob o princípio da governança pública, que facilita o processo de interferência nas atividades do CMSV/ES, de natureza formal, sem efetividade real com as bases representadas.

Porém, a dimensão da transparência, com foco na teoria da cidadania associada ao entendimento de Ramognino (1982), no qual defende que um trabalho de conhecimento social tem que atingir três dimensões: a simbólica, a histórica e a concreta. A dimensão simbólica que contempla os significados dos sujeitos, a histórica privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico e a dimensão concreta refere-se às estruturas e aos atores sociais

relacionados, vai ao encontro das concepções hegemônicas com um enfoque de mercado prevalecem sobre o setor público, conforme Grau (2012), cujas consequências são graves em relação ao Estado, ao seu desenvolvimento e à cidadania.

Neste sentido segue abaixo dados transcritos dos bancos de dados da PMV, importantes ferramentas de TICs da PMV, para uso também da saúde do CMSV/ES, a ser visto nessa reflexão.

a) O Gabinete Itinerante promove contato direto das autoridades com a população. Possibilita que audiências públicas *in loco,* o Prefeito e o Secretario da Saúde (e demais Secretários) vão discutir, diretamente nos bairros, os problemas e as sugestões de cada região. Os moradores ajudam a definir prioridades da saúde local, no Gabinete Itinerante. Com o objetivo de transformar a ideia da gestão compartilhada do SUS em realidade.

b) O Gabinete Online que possibilita ao cidadão participar das decisões do CMS sem se deslocar de sua residência. O desafio municipal é ampliar o uso da internet para permitir a participação da população no debate sobre temas relevantes para a comunidade, de forma democrática, simples e inovadora. Toda a discussão está centralizada no site www.vitoria.es.gov.br/gabineteonline. O cidadão pode participar da administração dos recursos da saúde, por meio dos CLS, no CMSV e ainda pelo "Fala Vitória 156", que é um canal de comunicação direto com a Prefeitura para receber informações, dar sugestões, fazer reclamações ou solicitar serviços.

c) O sistema Fala Vitória 156 é um canal de comunicação que coloca o cidadão em contato direto com o CMS para receber informações, dar sugestões, fazer reclamações ou solicitar serviços. As ligações feitas a partir de telefone fixo ou público de Vitória e também de telefones celulares são gratuitas. Abrange cerca de 500 serviços prestados pela Prefeitura de Vitória, dentre eles os serviços e atividades das ações da saúde.

O atendimento está disponível de segunda a domingo, das 6 horas à meia-noite, incluindo feriados. Para alguns serviços, o atendimento é realizado 24 horas, por meio da transferência automática da ligação pelo call-center para números específicos. É o caso do Disque – Silêncio e da Defesa Civil. Por meio desse número, é possível solicitar serviços e também são prestadas informações públicas, como telefones, endereços e horários de funcionamento de

equipamentos e serviços municipais; abertura e andamento de concursos públicos; pontos e atrativos turísticos da cidade; campanhas, inaugurações e eventos promovidos pela administração municipal. Pode-se, ainda, reclamar e sugerir sobre serviços, projetos e ações realizados pela Prefeitura.

O Fala Vitória pode ser avaliado pelo cidadão, nos quesitos de tempo, qualidade e resposta do serviço prestado. Essa avaliação é feita juntamente com o protocolo enviado por e-mail para o morador que abriu o chamado. Além do telefone, o sistema Fala Vitória também atende pela internet, por meio do canal Fale conosco, disponível em todas as páginas das secretarias no portal da Prefeitura de Vitória.

d) Andamento do pedido

Ao ligar para o 156, o cidadão é atendido por um operador, que protocola e encaminha a demanda à secretaria responsável. É importante que, na abertura do chamado, o cidadão informe um e-mail para contato. Esse procedimento lhe permite acompanhar o andamento do seu chamado. Se preferir, o cidadão deve ligar novamente para o 156 para obter informações sobre o encaminhamento de sua demanda.

Tais ferramentas de informação e publicidade analisadas sob as concepções hegemônicas também concebidas por Gramsci (1950) remetem ao exercício das funções de direção intelectual e moral unidas àquela do domínio do poder político. Quando as classes sociais politicamente estejam no domínio, elas não conseguem mais ser dirigentes de todas as classes sociais, porque não conseguem resolver os problemas de toda a coletividade e impõem para toda a sociedade a própria complexa concepção do mundo, para continuarem no poder Estatal (SEMERARO, 2007). Revendo nessa análise que, muito embora, Vitória tenha sido a capital com melhor saúde pública do país e essa pesquisa resultou em 71% entendem a informação e a transparência na gestão do SUS pela SEMUSV/ES é positivo. E que ha 24% que entendem como baixas.

Logo, sendo aqui significativo para essa análise observar que algumas falas da minoria dos sujeitos dessa pesquisa vão ao encontro das concepções hegemônicas quando registram o seguinte:

6ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o processo de transparência das atividades do CMS de Vitória\ES.

Participante 1 - Falta transparência, instrumentos de divulgação.

Participante 2 - Se a informação não é plena, a transparência fica comprometida.

Participante 3 – Não tem muito transparência.

Participante 6 - Importante que seja, sistematicamente, fornecido informações não só em arquivo digital, mas impressos para fornecer aos representantes locais.

Participante 7 - A impressão que passa é que sempre tem um interesse de alguém por trás de cada ação.

7ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de informação do CMS de Vitória/ES.

Participante 1- Pouco, por tudo que já relatei acima.

Participante 2 - O Conselho não dialoga com a sociedade, fala para si mesmo.

Participante 3 - Uma das coisas que recebemos é a falta de medicamentos nas unidades. Sempre vem essa demora por conselheiros.

Participante 6 - Garantir a socialização das informações não só no meio digital, mas também com informativos impressos.

Participante 7 - Pode melhorar.

Cabe aqui, especificamente, rever Gramsci (1950) sobre o exercício das funções de direção intelectual e moral, unido às capacidades do exercício de cidadania, concernentes ao domínio do poder político, que requer necessidades que precisam ser supridas ou satisfeitas.

Fatos que HEGEL (1997) denomina de sistema de necessidade, do qual decorre o conceito de uma dialética perene entre trabalho, meios de satisfação e necessidades, que se traduzem

economicamente entre a oferta e a procura. O que confere peculiar dinamismo à sociedade civil, separada da figura do Estado, que deve a todos tutelar (CIOTTA, 2007).

Assim, esse sistema de necessidades deve ser associado ao sistema normativo constitucional vigente no Brasil, regulamentado pela LRF e pela LAI, para alcançar a transparência democrática. Que se deve atentar para as concepções hegemônicas, que se sobressai em algumas falas, de alguns dos sujeitos de pesquisa. E, que elas são significativas nessa análise, uma vez que um avanço democrático na governança pública requer domínio de conhecimentos tanto elementares, quanto técnicos, além de um sistema de acessibilidade eficiente, possibilitando uma leitura real e verdadeira que levem à necessária compreensão orçamentária do financiamento da saúde para um exercício sistemático de cidadania por toda a sociedade.

Observa-se, ainda, que Beck (2010) defende a sociedade reflexiva, mas a concebe também como sociedade de risco, na qual demonstra que o descrédito no controle moderno leva essa sociedade a ser confrontada cotidianamente com os riscos fabricados por suas próprias ações.

Nesse contexto, cabe citar Durkheim (1997), Swedberg (2005) e Weber (2005), que concebem a sociedade como o fruto de uma construção social com as transformações das relações sociais estabelecidas, de modo que os pensamentos coletivos como o Estado e o mercado econômico existem pela ação recíproca dos indivíduos, estabelecendo, dessa forma, relações sociais mantidas continuamente. Significando, segundo Tomazi (1986), que podem ser relações descontraídas por ações que não sejam recíprocas, mas que orientem novas condutas, atribuindo outros sentidos e valores às ações dos cidadãos, de modo que favoreçam o desmantelar das estruturas até então construídas. Os riscos fabricados pela sociedade podem ser vislumbrados na doutrina liberal de Hayek, (1990), reconhecendo que a livre concorrência o liberalismo não surgem espontaneamente na sociedade, mas se estabelecem com a intervenção Estatal.

Cria-se, assim, uma estrutura legal elaborada como forma de organização social, excluem-se alguns tipos de intervenção na vida econômica, porém, carecem de outros para garantir seu bom funcionamento e o livre mercado como as únicas formas de garantir a liberdade e que as ações humanas visem ao único objetivo de satisfação de necessidades individuais.

Observa-se que Tocqueville (1977) cita que o igualitarismo, que se consolidaria como fato consumado, colocaria em risco a liberdade, além de preparar o caminho para a servidão ou o despotismo, partindo da tese da inevitabilidade histórica da democracia.

Esses riscos devem ser analisados sob o caráter totalizador do capital, associado ao seu modo de metabolismo socioeconômico que possibilitam a existência de uma correlação entre economia e política (MÉSZÁROS *et al*, 2002; MÉSZÁROS, 2009).

Considerando que na era atual o Estado serve ao capital, na medida em que é sua estrutura totalizadora de comando político. De tal forma, que Estado moderno é uma espécie de ação corretiva que visa sanar os defeitos estruturais do capital, cuja existência deriva do fato de o capital ser antagonicamente estruturado. Razão porque a estrutura legal do Estado garante que o controle da produção não seja exercido pelos sujeitos da produção, sem que iniciativas de revolta e resistência irrompam constantemente em resposta a essa separação. Sem essa regulação por parte do Estado, o sistema do capital seria rompido internamente por desacordos constantes (PAULANI, 1996).

Esses fatos que são incontestáveis, vistos pelos déficits públicos elevados entre as nações, e pela necessidade gritante de uma reforma Estatal mundial, tendo em vista uma reformulação do papel do Estado por uma gestão responsável, manifestada oficialmente pela maioria dos países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1961) [22].

Nota-se que medidas de ordem internacional foram tomadas e com elas se dá o avanço da transparência democrática nas nações constitucionalistas. Surge daí a teoria de governança pública, que tem contido em seus princípios as bases da administração privada e corporativista em prol de maior eficiência e eficácia no papel funcional do Estado.

---

[22] Convenção assinada em Paris em 14 de Dezembro de 1960, que entrou em vigor em 30 de Setembro de 1961, com objetivos de promover políticas que visam alcançar o mais elevado nível de crescimento econômico, de emprego sustentável, crescente qualidade do nível de vida nos países membros, mantendo a estabilidade financeira; contribuir para o desenvolvimento da economia mundial e para a expansão econômica dos países membros e não membros em vias de desenvolvimento econômico; expandir o comércio mundial, numa base multilateral e não discriminatória, de acordo com as obrigações internacionais.

Em especial no Brasil, sob os fundamentos do NPS, possibilitaram o Plano Diretor da Reforma do Estado que introduziu Reformas Administrativas e Fiscal, utilizando-se dos mecanismos de descentralização, privatização, *marketization, accountability, disclosure* e nos moldes do *Fiscal Transparent*, assim como as parcerias públicas e privadas em prol da consecução dos serviços desempenhados pelo Estado (BORZEL, 1998; KETTL, 2005; BRITO E SILVEIRA, 2005).

Com tais reformas justificou-se a redução do Estado, sendo a privatização política instrumental administrativa para superação da crise fiscal. Assim, a LRF de 2000, é uma política fiscal, instrumental como meio de combater os desvios públicos e maior controle das despesas estatais, implanta as Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público (NBCASP) sob a sistemática da contabilidade global. Ou seja, torna as NBCASP convergentes com as Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público, publicadas pela *International Federation of Accountants (IFAC)* e às Normas Brasileiras de Contabilidade aplicadas ao Setor Público, editadas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC).

Não obstante a tais reformas, em prol da eficiência e eficácia dos serviços públicos, a OMS (2011) identificou que 46% dos gastos da saúde foram financiados pelo Governo Federal e a população brasileira pagou de seu próprio bolso mais de 50% destes gastos.

Constata-se assim, que apesar de a transparência ser norma obrigatória sobre as despesas com a gestão do SUS, não impediu que R$ 6,00 de cada R$ 10,00 previstos no planejamento e com a devida autorização orçamentária destinada para a melhoria da infraestrutura em saúde do país, deixassem de ser aplicados, totalizando R$ 47,5 bilhões que não foram investidos no país.

Já, em Vitória ES há os registros de acordo com as Prestações de Contas sobre as despesas do CMSV/ES, entre nos exercícios de 2011 a 2014 que os valores orçamentários destinados para as ações e serviços do SUS de Vitória ES, envolvem um montante no valor de R$ 169.219.912,93, que foi autorizado para ser utilizado, não foi totalmente aplicado nas ações da saúde entre nos Exercícios de 2011 a 2014. Os dados estão no Demonstrativo das Despesas com Saúde nos Exercícios de 2011 a 2014, conforme descrito abaixo.

Demonstrativo das Despesas com Saúde nos Exercícios de 2011 a 2014

Função 10	Orçado	Autorizado	Reservado	Empenhado	Liquidado	Pago
2011	208.290.906,00	236.090.477,00	222.883.204,89	217.750.072,32	201.963.644,00	200.633.891,63
2012	248.624.100,00	266.961.036,00	261.099.211,25	252.452.453,91	236.507.674,91	233.027.963,17
2013	279.919.066,00	310.311.183,00	286.410.993,72	274.120.213,98	261.628.077,85	256.120.611,43
2014	298.234.200,00	304.519.580,00	281.584.444,16	258.879.896,84	263.007.966,39	258.879.896,84
TOTAL	1.035.068.272,00	1.117.882.276,00	1.051.977.854,00	1.003.202.637,00	963.107.363,15	948.662.363,07

Valor em R$ do Total das Despesas com Saúde nos Exercícios de 2011 a 2014

Exercícios	Orçado (-) Autorizado	Autorizado (-) Reservado	Reservado (-) Empenhado	Empenhado (-) Liquidado	Liquidado (-) Pago	Liquidado (-) Autorizado
2011	-27.799.571,00	13.207.272,11	5.133.132,57	15.786.428,32	1.329.752,37	-34.126.833,00
2012	-18.336.936,00	5.861.824,75	8.646.757,34	15.944.779,00	3.479.711,74	-30.453.361,09
2013	-30.392.117,00	23.900.189,28	12.290.779,74	12.492.136,13	5.507.466,42	-48.683.105,15
2014	-6.285.380,00	22.935.135,84	22.704.547,32	-4.128.069,55	4.128.069,55	-41.511.613,61
TOTAL $	-82.814.004,00	65.904.421,98	48.775.216,97	40.095.273,9	14.445.000,08	-54.774.912,76

Valor em % do Total das Despesas com Saúde nos Exercícios de 2011 a 2014

Exercícios	Orçado (-) Autorizado	Autorizado (-) Reservado	Reservado (-) Empenhado	Empenhado (-) Liquidado	Liquidado (-) Pago	Liquidado (-) Autorizado
2011	-13,34%	5,59%	2,3%	7,24%	0,65%	-17,0%
2012	-7,37%	2,19%	3,31%	6,31%	1,47%	-13,06%
2013	-10,85%	7,7%	4,29%	4,55%	2,1%	-19,0%
2014	-2,1%	7,53%	8,0%	-1,59%	2,56%	-16,03%
TOTAL %	-8,0%	5,89%	4,63%	3,99%	1,49%	-16,31%

Quadro Nº 19: Demonstrativo em das Despesas com Saúde nos Exercícios de 2011 a 2014.
Fonte: Com os dados da PMV, 30/07/2015 - *transparênciaWeb* Hora: 17:48 - Despesa por Função
Elaboração: Da Própria Autora.

Esses gastos da saúde administrados pela SEMUSV/ES foram orçados entre os Exercícios de 2011 a 2014, num montante equivalente a R$ 1.035.068.272,00, contra o total autorizado de R$ 1.117.882.276,00. Com o montante reservado de R$ 1.051.977.854,00.

Porém, foram empenhados R$ 1.003.202.637,00, e do total empenhado foi liquidados a soma de R$ 963.107.363,15. Entretanto, o total de ações da saúde nos Exercícios de 2011 a 2014 que foi efetivamente gasto e pago equivale ao total de R$ 948.662.363,07.

Significando, portanto, dizer que um montante no valor de R$ 169.219.912,93, que foi autorizado para ser utilizado, não foi aplicado nas ações da saúde, pelo CMSV/ES, entre os Exercícios de 2011 a 2014.

Nota-se que na medida desta reflexão, tendo em vista os gastos da saúde em Vitória ES, com as despesas do CMS, entre nos exercícios de 2011 a 2014, se deve retomar algumas falas dos sujeitos de pesquisa vão ao encontro dessas constatações de que os poderes são diferentes dentro do corpo social, como abaixo descrito:

8ª Abordagem: Gostaria de ouvir sua avaliação sobre o grau de transparência democrática das atividades do CMS de Vitória\ES.

> Participante 1- Os poderes são diferentes e isso traz prejuízos no processo democrático.
>
> Participante 3 - Falta de médicos nas Unidades de Saúde é uma demanda que temos; muitas reclamações dos usuários.
>
> Participante 7 – Duvidosa.

9ª Abordagem: Participante 1- Forças diferentes, interesses diferentes, conhecimentos diferentes.

> Participante 2 - Penso que ampliamos a democracia se ampliarmos a transparência e o diálogo com a sociedade.
>
> Participante 2 – Nós temos só um dentista. Falta dentista pela manha e a tarde.

Importante ainda aqui, rever que a transparência como pressuposto elementar da democracia é para Bobbio (2004) a compreensão de que não poder existir emancipação humana que não passe pela emancipação política.

Porque para se consolidar uma democracia participativa e emancipatória, deve-se dar lugar às formas de regulação que extrapole a compra e venda da força de trabalho, da distribuição da renda e do sufrágio eleitoral.

A democracia requer não só a emancipação humana e política, conforme De Albuquerque e De Oliveira (2012), mas também requer o exercício de uma soberania democrática mais rica do que a área de poder de que dispõem os órgãos representativos nos mais diversos níveis, requer transparência e participação, requer a adoção de políticas públicas da saúde com a presença da transparência orçamentária e do *E-GOV*.

É, portanto, uma obrigação dos Governos para que seja implementada uma gestão participativa responsável com base na *accountability*.

Entretanto, estudos já comprovaram que Governos Municipais brasileiros se aproveitam das brechas da LAI, da Lei de Transparência e da *accountability* virtual apresentando de maneira insatisfatória as informações aos cidadãos, que há comprometimento da dimensão sociopolítica e da gestão democrática (RODRIGUES e BRAGA, 2013; RIBEIRO, CHASSAGNES IZQUIERDO e SANTOS, 2012).

Logo, constatações que vão ao encontro do evidenciado, ainda que em minoria nesses resultados ora analisados. Tais quais também as evidências empíricas que apontam para baixos níveis de transparência, considerados incompatíveis com o nível de desenvolvimento sócio econômico dos Municípios brasileiros (CRUZ *et al*, 2012).

Outra constatação similar é a de que embora haja muita tecnologia há pouca democracia, a transparência e o diálogo abertos com o público carecem de uma mutação de grande amplitude, pois falta a predisposição verdadeira para a implantação da *accountability* virtual, dada a persistência tradicional de se fazer política no setor público brasileiro com base na falta de transparência e na impermeabilidade à sociedade civil (PINHO, 2008).

Nesse sentido, o pressuposto da *accountability* é a abertura do Estado e do governo para a sociedade, essa transparência sozinha não possibilita um processo de crítica social da política nas democracias contemporâneas (FILGUEIRAS, 2011).

Essas características democráticas levam Bonavides (1993, 2001) a entender a democracia como o mais valioso dos direitos fundamentais. Entretanto, as teorias do liberalismo e do neoliberalismo pregam que não há os vínculos da sociedade civil com o Estado, sendo concebidos como duas esferas duais e não integradas e não se reconhece que há riscos que ameaçam a sociedade.

Reitera-se que a concepção Estatal de Friedman (1977) deve prevalecer a ampla concorrência para todas as atividades e serviços devidos aos cidadãos, sendo contrária a qualquer política de subsídios, de incentivos, de programas assistenciais, de seguro social, de programa de habitação, de salário mínimo, de assistência médica gratuita, que afetam o dispêndio público.

Entretanto, há expansão capitalista sob a nova condição monopolista, mediante a uma estratégia hegemônica do capital produtivo-comercial que de acordo com Montaño e Duriguetto (2010) incorpora e enquadra a classe trabalhadora industrial-urbana.

Evidencia-se também um novo momento histórico em que a "questão social", sob o entendimento de Netto (1992), é internalizada na ordem social não mais como um mero problema oriundo do indivíduo, consequente de subdesenvolvimento, mas é transportada para a esfera política, reduzida à gestão administrativa dos problemas sociais e seu enfrentamento institucional, sendo tratada de forma sistematicamente segmentada, mediante às políticas sociais estatais.

Que Arrighi, (2007) alerta que tais mudanças atendem à globalização e ao desenvolvimento desigual, e Barcellos (2013) esclarece que tais modernizações atentam para os programas de ajuste estrutural e privatização ditados pelo Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, com reduções de investimentos em saúde e bem-estar social.

Logo, há evidências de uma sociedade de massas que preserva condicionantes histórico-estruturais, deletérias na construção da democracia participativa, pois a criação dos Conselhos fiscalizadores carece de eficácia com membros designados por quem está no poder, limita a

autonomia do controle social, legitima as ações e decisões da Gestão Pública, exclui a maioria da população das políticas sociais (BAQUERO, 2008).

Vale ressaltar, que a governança pública avance sistematicamente para gerenciar os serviços públicos com eficiência, com eficácia e com efetividade sob modelos privados com base no *New Public Service (NPS)* [23], *Fiscal Transparent* e no *International Federation of Accountants*, para atender às necessidades básicas da saúde e ao cidadão como cita Denhardt e Denhardt (2000).

Com fundamento nas lentes acima referenciadas, os dados evidenciados atendem ao *modus operandi* pregado por Gramsci (1950) como uma das formas de criar e reproduzir a hegemonia.

Razões limitadoras pesam, portanto, sobre o papel institucional dos Conselhos de Saúde, de cunho legal e constitucional que têm reflexos na democracia, na participação social e no pleno exercício da cidadania. Mas que possibilitem a hegemonia do discurso, da norma e da práxis na gestão dos recursos destinados à saúde.

Muito embora os pesos de legitimação dessas razões não retiram o entendimento de que a Gestão Pública da saúde é direito fundamental de cidadãos do mundo, por isso direito universal.

E por este fato, deve também a gestão ser submissa ao controle social, que vista por Da Costa (2012), sujeita-a incondicionalmente ao Estado sob a luz da centralidade do ser humano em sua dignidade, dedutíveis dos direitos humanos como direitos naturais inalienáveis e fundamentais da humanidade, devidos pelos Estados nesse novo século globalizado.

Em cumprimento também da concepção defendida na Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa.

---

[23] *New Public Service,* Teoria do Novo Serviço Público, adotada no Brasil, com o Plano Bresser, sob a denominação de Administração Publica Gerencial.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa analisou se a gestão participativa preconizada pelo SUS ocorre no âmbito do CMSV/ES, com transparência democrática efetiva. Identificou-se na dinâmica de funcionamento do CMSV o nível de interferência da comunidade na política de saúde. E avaliou-se a forma de participação, sobretudo, como acontece o controle social da sociedade civil organizada no CMSV/ES, se os conselheiros representantes de suas respectivas categorias realizam algum tipo de discussão com suas bases comunitárias e como ocorre o processo de informação e transparência das atividades do CMSV/ES.

Os resultados evidenciam quanto ao perfil dos membros do CMSV/ES para o grau de instrução, de que10% dos Conselheiros dos Conselhos de Saúde (CCS) possuem o 1º grau, 38% têm 2º grau, 10% são graduados e 43% são pós-graduados. Sendo que 14% dos membros dos Conselhos de Saúde (CS) exercem mais de um mandato como Conselheiro e 86% deles estão no exercício do primeiro mandato.

Quanto à gestão compartilhada do SUS de Vitória/ES ocorre com 67% de participação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e 33% do CMSV/ES. Além de que 62% dos CCS consideraram positivo o nível de interferência na dinâmica de funcionamento do CMSV pela comunidade, mas 38% deles consideraram um grau de baixa interferência na governança do SUS e na práxis da gestão sobre as políticas de saúde.

Conclui-se, ainda, que a relevância dos Conselhos de Saúde no controle social do SUS é um imperativo que se torna cada vez mais necessário em face dos novos dispositivos legais que norteiam a conduta desse controle, que são ferramentas cotidianas aplicáveis sobre a gestão do SUS. É indispensável aos membros dos Conselhos o conhecimento elementar dessas ferramentas, que obrigam os entes Federativos às práticas de uma gestão participativa, transparente e responsável, sob pena de responsabilidades nas esferas civil, administrativa e criminal que pesa sobre os Gestores e também sobre o Controle Social, por força de suas tomadas de decisões, pela aprovação ou não dos gastos com a saúde.

Evidenciou-se, que 71% dos CCS consideram positivo o controle social da sociedade civil organizada no CMSV/ES, mas 29% consideram que a participação pode ser mais elevada. 5%

dos CCS consideram muito baixo o *modus operandi* do processo de informação e transparência das atividades do CMSV/ES, 24% consideram baixo e 75,5% consideram positivo. E, há evidências de que das ações da saúde nos Exercícios de 2011 a 2014 que foram efetivamente gastos e pagos equivale ao total de R$ 948.662.363,07 e que um montante no valor de R$ 169.219.912,93, que foi autorizado para ser utilizado não foi aplicado nas ações da saúde entre os Exercícios de 2011 a 2014. Constatou-se a falta de medicamentos, médicos e dentistas, porém, confirmou-se que a gestão participativa e a transparência atendem ao modelo Institucional, ao modelo formal instalado.

Conclui-se, portanto, não só pelo pressuposto que existe relação entre o CMS com a participação e transparência democrática efetiva na gestão do SUS em Vitória/ES. Mas também pelo necessário e significativo conhecimento técnico e social da teoria democrática na dimensão simbólica e Institucional do Estado, do conhecimento crítico da teoria da participação social e pelo conhecimento elementar da teoria da cidadania.

Que deles advêm a consolidação dos direitos fundamentais, capacitando o cidadão para ter um controle mínimo sobre as ações do Estado e de seus poderes instalados, que se manifestam na dimensão concreta, referente às estruturas e aos atores sociais envolvidos nas decisões que norteiam as ações e políticas públicas da saúde.

RECOMENDAÇÕES

Que os Conselhos sejam espaços educadores para a existência de um controle social com preparo e qualificação técnica, visando ao exercício deste controle cidadão sobre os bilhões de reais gastos anualmente com as ações da saúde. E que esta atuação vá além das formalidades democráticas impostas pelas normas. Que o controle social se dê com efetividade concreta de uma participação ativa junto aos respectivos representados, em especial os centros comunitários, indo além do círculo das reuniões mensais para apresentação e representação dos problemas das categorias. Que vá além das deliberações e aprovações das Atas do CMS, além das agendas propostas, e tenha a real visão do controle social técnico, contábil e democrático sobre uma boa governança das alocações, dos gastos, dos investimentos e das inversões dos dinheiros da saúde. Que vá além da participação física para ouvir as propostas

do orçamento e das ações realizadas para aprovações das Atas, além das formalidades técnicas gerenciais e deliberações administrativas, mas que aprimore e fortaleça o processo de transparência democrática na gestão das ações da saúde, com efetividade. Que lutem por uma gestão participativa responsável, pelo espaço educador significativo para os cidadãos, da importância e relevância dos CMS, e de sua inclusão nos currículos escolares, para se discutir nas escolas desde o primeiro grau: o que é, para que existe e como se dá o planejamento estratégico, o orçamento e o controle social das ações da saúde.

Agindo assim, o controle social transformará de fato a saúde do país, nas esferas locais, regionais e nacional. Como bem cita Arouca (2002), deve-se primeiro promover a saúde e não a doença, de modo que o SUS em primeiro lugar deve perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e depois se questionar como eu posso interferir para torná-lo mais saudável.

Observa-se, porém que há lacunas que podem ser mais bem estudadas. Uma vez que se percebem limitações no estudo, em razão do método utilizado. Sugerem-se novos estudos sobre o tema. Com métodos quantitativos ampliando-se os campos de participantes, com os cidadãos dos CLS, e de suas respectivas comunidades. E com novas variáveis afetas ao orçamento, ao conselho e à transparência, junto aos usuários do sistema para aferir a percepção deles, sobre o grau de satisfação com a participação social, com a elaboração e com a execução orçamentária da saúde, com a prestação de contas sobre os gastos da saúde e com o acesso à gestão da saúde. Uma vez que a pesquisa do ILTP, no Brasil, apenas 14% dos entrevistados teve uma percepção positiva com relação à participação cidadã no orçamento, seguida da oportunidade das informações orçamentárias (21%). Percebe-se ainda outra lacuna que resta de compreensão, que consiste no fato da nova configuração da Administração Pública Brasileira ter criado o Controle Social como um marco normativo, enquanto ferramenta do poder público a serviço do cidadão. Não só seria conveniente apurar, com outras metodologias e em outros municípios, se de fato o Poder Instituído não se apodera dessa ferramenta institucional na cooptação de parceiros na gestão compartilhada. Como também estudar as conexões estabelecidas entre o Poder Institucional focado nas teorias dos jogos, da agência e da nova economia institucional com bases da *NPM*.

REFERÊNCIAS

ABRAMSON, M.; MEANS, G. E. E-Government 2001 – IBM Endowment for The Business of Government. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 2001

ALTHUSSER, Louis. **Polémica sobre marxismo y humanismo**. Siglo XXI, 1968.

ALULIS, Joseph. The Price of Freedom. Tocqueville, the Framers, and the Antifederalists. **Perspectives on Political Science**, v. 27, n. 2, p. 85-91, 1998.

ANDRADE, Liliane Lopes et al. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. Pág. 263-279, 2013.

ARISTÓTELES, Política. **Instituto de estudos Políticos**. 1951.

ARISTÓTELES, Política; MADRID, Gredos. Introducción, traducción y notas de M. **Megino Rodríguez, Madrid: Abada**, p. 156, 2006.

ARON, Raymond. As etapas do pensamento sociológico; tradução Sérgio Bath; revisão da trad. Áureo Pereira de Araújo. 1993.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva et al. Democracia é saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação, 1987. p. 35-42.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. O eterno guru da Reforma Sanitária.**Raddis– Comunicação em**, 2002.

ARRIGHI, Giovanni. Globalização e desenvolvimento desigual. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 1, n. 1, p. 1, 2007.

ATIENZA, Manuel. Marx y los derechos humanos. **Cuadernos de la Facultad de Derecho**, v. 1, p. 15-33, 1982.

AZAMBUJA, Darcy. **Teoria geral do Estado**. Globo Livros, 1969.

BABEUF, François Noël. **Pages choisies de Babeuf**. Colin, 1935.

BANHAM, Gary. **Kant's practical philosophy: from critique to doctrine**. 2003.

BAQUERO, Marcello. Democracia formal, cultura política informal e capital social no Brasil. **Opinião Pública**, v. 14, n. 2, p. 380-413, 2008.

BARCELLOS, Gilsa . **Mulheres e lutas socioambientais: as interseções entre o global e o local.** Revista Katálysis (Impresso), v. 16, p. 214-222, 2013.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo, edição revisada e actualizada. **Lisboa: Edições**, v. 70, 2009.

BAREA, Francisco Javier Rodríguez. La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública: el camino hacia el cuadro de mando integral. **Análisis local**, n. 83, p. 29-41, 2009.

BECK, Ulrich. A Política na Sociedade de Risco. **Trad. Estevão Bosco**, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. Cortez Editora, 2003.

BIDART CAMPOS, Germán J. El derecho constitucional del poder. **T. I, Buenos Aires, Ediar**, p. 129, 1967.

BOBBIO, Norberto. **Era dos direitos**. Elsevier Brasil, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição aberta: temas políticos e constitucionais da atualidade**. Del Rey, 1993.

_____. Teoria constitucional da democracia participativa. **São Paulo: Malheiros**, 2001.

BORZEL, Tanja A. Organizing Babylon-on the different conceptions of policy networks. **Public administration**, v. 76, n. 2, p. 253-273, 1998.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais.**Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS**, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Seguridade Social no Brasil e perspectivas do governo Lula. **Revista Universidade e Sociedade. Brasília: ANDES**, n. 30, p. 10-21, 2003.

BOSI, Alfredo. A escravidão entre dois liberalismos. **Estudos Avançados**, v. 2, n. 3, p. 4-39, 1988.

BOURDIEU, Pierre. Les stratégies matrimoniales dans le système de reproduction. **Annales**, p. 1105-1127, 1972.

BOUZAS-LORENZO, Ramón. Public sector marketing, political science and the science of public administration: the evolution of a transdisciplinary dialogue. **International Review on Public and Nonprofit Marketing**, v. 7, n. 2, p. 113-125, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 2013

_____. Decreto- Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sôbre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civi**l. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm

_____. Decreto Lei nº 201 de 27 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a responsabilidade de prefeitos e vereadores e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0201.htm

_____. Decreto nº 7.185, de 27 de maio de 2010. Dispõe sobre o padrão mínimo de qualidade do sistema integrado de administração financeira e controle, no âmbito de cada ente da Federação, nos termos do art. 48, parágrafo único, inciso III, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7185.htm

_____. Decreto Presidencial nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras

providências. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1988. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

_____. Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm

_____. Lei nº 10.028, de 19 de outubro de 2000. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10028.htm

_____. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm

_____. Lei nº 9.079, de 18 de novembro de 1998. Regulamenta a execução do disposto nos incisos I, II e III do art. 14 da Constituição Federal. **Presidência da República, Casa Civil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9709.htm

_____. Lei nº 12.858 de 9 de setembro de 2013. Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela de participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; altera a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989; e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12858.htm

_____. Lei nº 12.864, de 24 se setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde**. Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm

_____. Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950. Define os crimes de responsabilidade e regula o respectivo processo de julgamento. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1079.htm

_____. Lei nº 4.717, de 29 de junho de 1965. Regula a ação popular. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4717.htm

_____. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm

_____. Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução

orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp131.htm

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

_____. Lei nº 12.527, de 18 de novembro e 2011. Regula o acesso à informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso ii do § 3° do art. 37 e no § 2º do art. 216 da CF; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm

_____. Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm

_____. Lei Federal nº. 8.080, de 17 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. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

_____. Lei Federal nº. 8.142.de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm

_____. Lei nº 4.898, de 9 de dezembro de 1965. Regula o Direito de Representação e o processo de Responsabilidade Administrativa Civil e Penal, nos casos de abuso de autoridade. **Presidência da República, Casa Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4898.htm

_____. Portaria nº 700, de 10 de dezembro de 2014. **Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional**. (Publicada no D.O.U. de 19/12/2014, seção 1, pg. 173).

_____. Portaria Conjunta nº 01, de 10 de dezembro de 2014. **Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional**. (Publicada no D.O.U. de 22/12/2014, Seção 1, pg. 25).

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv Soc Soc**, v. 109, p. 126-50, 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. **Luiz Carlos Bresser-Pereira, Jorge Wilheim e Lourdes Sola, orgs.(1999) Sociedade e Estado em Transformação. São Paulo: Editora da UNESP**, p. 67-116, 1999

BRITO, Barbara Moreira Barbosa de; SILVEIRA, Antonio Henrique Pinheiro. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. 2005.

BUBER, Martin. *Paths in Utopia*. Nova York: Syracuse University Press, 1996, 152 p.

CALVINO, Italo. **Seis propostas para o próximo milênio**. São Paulo: Companhia das letras, 2003.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da emenda constitucional nº29**. 2005. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

CARVALHO, Fernando J. Keynes e o Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 17, n. SPE, p. 569-574, 2008.

CHAUÍ, Marilena et al. A questão democrática. **A questão da democracia**, p. 139-172, 1980.

CIOTTA, Tarcilio. O conceito de sociedade civil em Hegel e o princípio da liberdade subjetiva. **Campinas, SP:[sn]**, 2007.

CLAD, Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana. en la Gestión Pública, Aprobada por la XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado Lisboa, Portugal, 25 y 26 de junio de 2009. Adoptada por la XIX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno Estoril, Portugal, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2009.(Resolución No. 38 del" Plan de Acción de Lisboa").

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: **Saúde em debate**. Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 231-258.

COLAÇO, Jean Renato. O orçamento público como instrumento de planejamento. 2014.

COLLIARD, Jean Claude. **Les Républicains indépendants, Valéry Giscard d'Estaing**. Presses universitaires de France, 1971.

COMTE, Auguste. **Catecismo positivista**. 1899.

COMTE, Augusto Larroyo et al. **La filosofía positiva: Proemio, estudio introductivo, selección y análisis de los textos por Francisco Larroyo**. 2003.

COSTA, J. Cruz. Augusto Comte e as origens do positivismo. **Revista de História**, v. 2, n. 5, p. 81-103, 1951.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed, 2010.

CROZIER, Michel. **Estado modesto, Estado moderno: estratégia para uma outra mudança**. Funcep, 1989.

CRUZ, Cláudia Ferreira et al. Transparência da gestão pública municipal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 1, p. 153-76, 2012.

CUNHA, Maria Alexandra Viegas Cortez da; MIRANDA, Paulo Roberto de Mello. O uso de TIC pelos governos: uma proposta de agenda de pesquisa a partir da produção acadêmica e da prática nacional. **Organizações & Sociedade**, v. 20, n. 66, p. 543-566, 2013.

DA COSTA, Tânia Mara Borges. políticas públicas globais consolidam cidadania cosmopolita e o desenvolvimento democrático sustentável. **XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Cartagena, Colombia, 30 oct. – 2 Nov.. 2012. Cartagena, Colombia, 30 oct. - 2 Nov. 2012. Documento Libre.

DA SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. Malheiros, 1992.

DALLARI, Dalmo. Constitución para un Brasil nuevo. **Derecho PUCP**, n. 43-44, p. 49-58, 2013.

DE ALBUQUERQUE, Cristhian Carla Bueno; DE OLIVEIRA, Antonio Gonçalves. O e-government como instrumento de accountability e disclosure para a sustentabilidade dos Regimes Próprios de Previdência Municipal. **Gestão Contemporânea**, n. 12, 2012.

DE ALMA-ATA, Declaração. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata**, p. 15.

DE MENDONÇA CRUZ, Cesar Albenes . O Processo de Alienação e Desalienação dos Trabalhadores no Capitalismo: Um Estudo Sobre o Papel da Formação Teórica Política na Construção da Consciência de Classe. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010

DE MENDONÇA CRUZ, César Albenes. QUAL O PAPEL DA FORMAÇÃO TEÓRICO-POLÍTICA NA CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA DE CLASSE?

DE MORAES, Alexandre. **Direito constitucional**. Editora Atlas, 2002.

DE OTTAWA, Carta. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. **Ottawa, novembro de**, 1986.

DE SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação. Estado e sociedade civil no pensamento de Marx. 2010.

DE SOUZA MINAYO, María C. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.

DELLAGNEZZE, René. O estado de bem estar social, o estado neoliberal e a globalização no século XXI: Parte I: o estado clássico. **Revista Âmbito Jurídico, Rio Grande, XV**, n. 107, 2012.

DENHARDT, Robert B.; DENHARDT, Janet Vinzant. The new public service: Serving rather than steering. **Public administration review**, v. 60, n. 6, p. 549-559, 2000.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde Secular state, consciencious objection and public health policies Estado laico, la objeción de conciencia y. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013.

DOYLE, Michael W. 2 A liberal view: preserving and expanding the liberal pacific union1. **International order and the future of world politics**, p. 41, 1999.

DUARTE, Teresa et al. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). **CIES e-working, Portugal**, v. 60, 2009.

DURKHEIM, Emile. **Las reglas del método sociológico**. Ediciones Akal, 1997.

ENGELS, Friedrich.. **Socialism: Utopian and scientific**. Resistance Books, 1999.

ENGELS, Friedrich; SCHUMANN, B. A. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Boitempo Editorial, 2008.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO) - Decreto 99.438 de 7/8/1990, Municipal. Publicado no **Diário Oficial do ES.** 1990.

_____. Lei Complementar Municipal nº 6247/90 (CMVES). Publicado no **Diário Oficial do ES.** 1990.

_____. Lei Municipal nº 8.286/2012. Publicado no **Diário Oficial do ES.** 2012.

_____. Lei Municipal nº 6.606 Regulamenta e estrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. Disponível em: http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2006/L6606.PDF

FADUL, Élvia Miriam Cavalcanti. Reforma do Estado e serviços públicos: transformação de um modelo ou adaptação à uma nova ordem social? **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 34, n. 1, 1999.

FERNANDES, Andréa. E-governo: o que já fazem estados e municípios. **Informe-se BNDES**, n. 20, 2000.

FILGUEIRAS, Fernando. Além da transparência: accountability e política da publicidade. **Lua Nova**, v. 84, p. 65-94, 2011.

FOUCAULT, Michel. Verdade e poder. **Microfísica do poder**, v. 8, p. 1-14, 1979.

FRACALANZA, Paulo Sérgio. As lições de Keynes. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 88, p. 199-205, 2010.

FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Arte Nova, 1977.

_____. **Price theory: A provisional text**. Chicago: Aldine, 1962.

FURTADO, José de Ribamar Caldas. **Direito Financeiro**. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. 07. Sociabilidade e Subjetividade: aproximações para o Serviço Social-Sociability and Subjectivity: approaches to Social Work. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 12, n. 2, p. 312-324, 2013.

GERAL, A. Assembleia. Declaração Universal dos Direitos do Homem. 1948.

GIDDINGS, Franklin Henry. The Theory of Socialization. 1897.

GIL, Antônio Carlos. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. **Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas**, p. 59-86, 2006.

GOMEZ PEREZ, Rafael**. El humanismo marxista**. Madrid: Ediciones Rialp, 1978.

GRAMSCI, Antonio. (1950), *Cartas del cárcere*. Edição de Gregório Bermann. Buenos Aires, Lautaro. [Links]

_____. Introdução ao estudo da filosofia. **A filosofia de Benedetto Croce**, v. 1, 1999.

GRANGER, G. G., 1982. Modèles qualitatifs, modèles quantitatifs dans la connaissance scientifique. In: Sociologie et Societés (G. Houle, org.), vol. XIV, nº 1, pp. 07-15, Montréal: Les Presses de L'Université de Montréal.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

GRAU, Nuria Cunill. ¿Qué ha pasado con lo público en los últimos 30 años? Balance y perspectivas. **Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 52**. (Feb. 2012). Caracas.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. Educ. Saude**, v. 7, n. 1, p. 9-34, 2009.

GUJARATI, Damodar N.; PORTER, Dawn C. **Econometria Básica-5**. McGraw Hill Brasil, 2011.

HABERMAS, Jürgen. Direito e Democracia, Entre facticidade e validade. v2. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. Título original: Faktizität und Geltung. **Beiträge zur Diskurstheorie des Rechits und des demokratische Rechitstaats**, p. 49.**Teoría de la acción comunicativa** . Madrid: Taurus,1987.

_____. ***A constelação pós-nacional: ensaios políticos***. Littera Mundi, 2001.

HADDAD, Nagib. *Metodologia de estudos em ciências da saúde*: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

HAIR JR, J. F., BABIN, B., MONEY, A. H., & SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HALBWACHS, Maurice. A memória coletiva. **Sao Paulo, Edicões Vertice**, 1990.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HAYEK, Friedrich August. **Camino de servidumbre**. Alianza, 1990.

_____. **O caminho da servidão**. Porto Alegre: Globo, 1977.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **Enciclopédia das ciências filosóficas I-A Ciência da Lógica**. Edições Loyola, 1995.

_____. **Filosofia do direito**. São Paulo: Loyola, 2010.

_____. **Princípios da filosofia do direito**. 1997.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

HOBBES, Thomas. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**, trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva São Paulo: Editora Nova Cultural, 2000.

HOBSBAWM, Eric. Era dos extremos: o breve século XX. **São Paulo: Companhia das Letras**, v. 2, 1995.

IANNI, O. **A sociedade global.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

ISAAC MWITA, John. Performance management model: a systems-based approach to public service quality. **International Journal of Public Sector Management**, v. 13, n. 1, p. 19-37, 2000.

JACOBS, Brian; KAIN, Patrick (Ed.). **Essays on Kant's anthropology**. Cambridge University Press, 2003.

JASMIN, Marcelo Gantus. Tocqueville, a providência e a história. **Dados**, v. 40, n. 2, 1997.

JOLIVET, Régis. **Traité de philosophie: Introduction générale, logique, cosmologie. I**. Emmanuel Vitte, 1955.

JÚNIOR, José Teixeira Machado; DA COSTA REIS, Heraldo. **A Lei 4,320 comentada**. Ibam, 2002.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

KANT, Immanuel. Kant in Kontext Werke auf CD-ROM. **Kant in Kontext Werke auf CD-ROM**, 1996.

_____. Ideia de uma história universal de um ponto de vista cosmopolita. Trad. Rodrigo Naves e Ricardo R. **Terra**, 1986.

_____. Metafísica dos costumes. Trad. Edson Bini. Bauru – SP: EDIPRO, 2.ed, 2008.

_____. **Uber den Gebrauch teleologischen Principien in der Philosophie**. 1788.

_____. **Allgemeine Naturgeschichte und Theorie des Himmels, oder Versuch von der Verfassung und dem mechanischen Ursprunge des ganzen Weltgebäudes: nach Newtonschen Grundsätzen abgehandelt**. 1797.

_____. Textos selecionados / Immanuel Kant. Seleção de textos de Marilena de Souza Chauí. Traduções de Tania Maria Bernkopf, Paulo Quintela, Rubens Rodrigues Torres Filho. – São Paulo: Abril Cultural, 1980.

KEANE, John. (2001), *Civil Society: old images, new visions.* Stanford, Stanford University Press. [Links]

KELSEN, Hans. A garantia jurisdicional da Constituição (A Justiça Constitucional). **Direito Público**, v. 1, n. 1, 2010.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito: introdução à problemática científica do direito**. 2009.

KELSEN, Hans; MACHADO, João Baptista. **Teoria pura do direito**. Saraiva, 1939.

KETTL, Donald F. **The global public management revolution**. Brookings Institution Press, 2005.

KEYNES, John Maynard. **A teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. São Paulo: Atlas, 1982.

_____. A teoria geral do juro do emprego e da moeda.[Tradução de Mário R. da Cruz]. 1985.

KLEIN, Joel. **A relação entre ética e direito na filosofia política de Kant. Manuscrito**, v. 37, n. 1, p. 161-210, 2014.

LACERDA, Gustavo Biscaia de. Auguste Comte and" Positivism" rediscovered. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 34, p. 319-343, 2009.

LACERDA, Gustavo Biscaia de. Auguste Comte and" Positivism" rediscovered. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 34, p. 319-343, 2009.

MESQUITA, Jéssica de Farias. O conceito de sociedade civil em Kant. 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2007.

LANDIM, Ilana Camurça. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano**, v. 3, n. 3, p. 538-561, 2013.

LEFÈVRE, Fernando et al. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. **Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS**, p. 11-35, 2000.

LINO, Estefânia Naiara da Silva. A INAPLICABILIDADE DA LEI DE IMPROBIDADE 1.079/1950 E AO DECRETO-LEI 201/1967. **ANAIS DO SCIENCULT**, v. 1, n. 3, 2011.

LOCKE, John. **Carta sobre a tolerância**. hedra, 2011.

_____, John. **Segundo tratado sobre o governo**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

LOPES, Dawisson BeLém; CÉSAR SOUZA RAMOS, Leonardo. Existe uma ordem econômica internacional? a problematização de uma premissa. **Revista de Economia Política**, v. 29, n. 2, p. 267, 2009.

LOSURDO, Domenico. O que é o liberalismo? Por uma contra-história. **movimento-revista de educação**, n. 10, 2004.

MACHADO, Nuno. Karl Polanyi e o'Grande Debate'entre substantivistas e formalistas na antropologia econômica. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 165-195, 2012.

MACCOBY, Hyam. **Antisemitism and modernity: innovation and continuity**. Psychology Press, 2006.

MANDEL, Ernest. O Capitalismo Tardio [1972]. **São Paulo: Abril Cultural**, 1982.

Manual para Elaboração de Trabalhos acadêmicos da EMESCAM. 2012.

Manual para Elaboração de Trabalhos acadêmicos da PMV. 2012

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial. Londrina: Eduel**, p. 11-25, 2003.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-15, 2003.

MARTINS, Ives Gandra da Silva; NASCIMENTO, Carlos Valder do. Comentários à lei de responsabilidade fiscal. 2009.

MARX, Karl. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. Boitempo Editorial, 2005.

_____. **O Capital: Crítica da Economia Política, livro I: O processo de produção do capital**. Boitempo Editorial, 2013.

_____. ***O capital*: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, Livro I. tomo II. 1985.

_____. A questão judaica. 1843. 2011.

_____. Capital, volume I. 1867.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do partido comunista. **Estudos avançados**, v. 12, n. 34, p. 7-46, 1998.

_____. **Textos sobre educação e ensino**. Centauro, 2009.

MATOS, Anditya s Soares de Moura Costa. A norma fundamental de Hans Kelsen como postulado científico. **REVISTA DA FACULDADE DE DIREITO DA UFMG**, n. 58, 2011.

MAYOS, Gonçal. O problema sujeito-objeto em Descartes. Perspectiva da Modernidade. traduzido por Mariá Brochado e Natália Freitas Miranda. Originalmente publicado como "El problema sujeto-objeto en Descartes, prisma de la modernidad". *Pensamiento - Revista de investigación e información filosófica*, Madrid, n. 195, V. 49, pp. 371-390, jul.-sep. 1993.

MEDEIROS, AK de; CRANTSCHANINOV, Tamara Ilinsky; SILVA, FC da. Estudos sobre accountability no Brasil: meta-análise de periódicos brasileiros das áreas de administração, administração pública, ciência política e ciências sociais. **Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro**, v. 47, n. 3, p. 745-775, 2013.

MENDES, Isabel Amélia Costa. DESENVOLVIMENTO E SAÚDE: OE SAÚDE: OE SAÚDE: A DECLARAÇÃO DE A DECLARAÇÃO DE A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA E MOVIMENTOS POSTERIORES OS POSTERIORES. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-8, 2004.

MENDES, Ministro Gilmar Ferreira. A Declaração de Inconstitucionalidade sem a Pronúncia da Nulidade na Ação Direta de Inconstitucionalidade e no processo de Controle abstrato da omissão. **Caderno Virtual**, 2008.

MENDONÇA, Ricardo Fabrino. Democracia e desigualdade: as contribuições da teoria do reconhecimento. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 9, p. 119-146, 2012.

MÉSZÁROS, István et al. **Para além do capital**. Boitempo Editorial, 2002.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital; trad. Francisco Raul Cornejo...[et. al.].–2 ed. rev. e ampliada. **São Paulo: Boitempo**, 2009.

MILLENAAR, Federico. **John Locke, padre del liberalismo**. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. 1986.

MIRANDA, Gustavo Senna. Da impossibilidade de considerar os atos de improbidade administrativa como crimes de responsabilidade. **Revista dos Tribunais, ano**, v. 96, p. 478-511, 2007.

MONTAÑO, Carlos. DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**, v. 3, 2010.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. Cortez Editora, 2002.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat. Baron de. **O espírito das leis**, v. 3, 1996.

NETTO, José Paulo. Uma face contemporânea da barbárie. **Revista Novos Rumos**, v. 50, n. 1, 2013.

_____, José Paulo. **Capitalismo monopolista y servicio social**. Cortez, 1992.

NEUMANN, Africa Isabel de la Cruz et al. **Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos estaduais do município de Säo**

Paulo. 2000. Tese de Doutorado. Universidade de Säo Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutriçäo.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 52, p. 185-202, 2003.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: **SUS: o desafio de ser único**. Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Mário Nogueira de**. Education in Kantian ethics**. Educação e Pesquisa, v. 30, n. 3, p. 447-460, 2004.

OMS – Dados de 2011 - http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html .

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração de Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Mundial - Resolução 3.201 de 1º de Maio de 1974.

_____. Plano de Ação para o Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Mundial - Resolução 3.202 de 1º de Maio de 1974.

_____. Carta de Direitos e Deveres dos Estados - Resolução 3.281 de 12 de Dezembro de 1974.

PARSONS, Talcott. O conceito de sistema social. **Homem e Sociedade: leituras básicas de sociologia geral. Org. Fernando H. e Otavio Ianni. São Paulo: Editora Nacional. _____ (1976).“Sociedades. Perspectiva evolutiva e comparativas.” São Paulo: Livraria Pioneira Editora**, 1976.

PAULANI, Leda Maria. Hayek e o individualismo no discurso econômico. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 38, p. 97-124, 1996.

Pesquisa em saúde no município de Vitória –ES. 1. ed. rev. vitória: PMV, 2014. 19p.1.Educação Permanente. 2. Pesquisa em Saúde I. Título.

PINHEIRO, Ivan Antônio; VIEIRA, Luciano José Martins; MOTTA, Paulo Cesar Delayti. Mandando Montesquieu às favas: o caso do não cumprimento dos preceitos constitucionais de

independência dos três poderes da república. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 6, p. 1733-1759, 2011.

PINHO, JAG de. Investigando portais de governo eletrônico de estados no Brasil: muita tecnologia, pouca democracia. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 471-493, 2008.

POLANYI, Karl. **The great transformation: The political and economic origins of our time**. Beacon Press, 1944.

_____. **A Grande Transformação: As Origens política e económica do nosso tempo**, 2nd ed. Prefácio de Joseph E. Stiglitz; PG.VII-XVII. 2001.

_____. O moinho satânico. **A grande Transformação. Rio de Janeiro: Editora Campus**, p. 101, 2000.

POLITZER, Georges. **Princípios elementares de filosofia**. Centauro, 2007.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. **Estudos históricos**, v. 5, n. 10, p. 200-212, 1992.

POMIAN, Krzysztof . Coleção In Memória – História. Enciclopédia Einaudi – volume 1. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1984.

PORTARIA, Nº. 648/GM de 28 de Março de 2006, podendo ser acessada através do link: http://dtr2001. saude. gov. br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM. **GM-648. htm**.

PRELOT, Marcel et al. **História das ideias políticas**. 1971.

RAJAGOPAL, Balakrishnan. International Law from Below – Development, social movements and Third World Risistence. Cambridge. 2003

RAMOGNINO, Nicole. Pour une approche dialectique en sociologie.**Sociologie et sociétés**, v. 14, n. 1, p. 83-95, 1982.

REALE, Miguel. **Teoria tridimensional do direito**. São Paulo: Saraiva, 1994.

RESTREPO, Luis Alberto. **A relação entre a sociedade civil e o Estado: elementos para uma fundamentação teórica do papel dos movimentos sociais na América Latina**. Tempo Social, v. 2, n. 2, p. 61-100, 1990.

RIBEIRO, Elizabeth Matos; CHASSAGNES IZQUIERDO, Oscar; SANTOS, Reginaldo Souza. Avaliação da capacidade de gestão democrática em municípios baianos. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 63, p. 717-736, 2012.

ROCHA, Arlindo C. A realização da accountability em pareceres prévios do Tribunal de Contas de Santa Catarina. **Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro**, v. 47, n. 4, p. 901-925, 2013.

RODRÍGUEZ-ARANA MUNÕZ, Jaime. Direito fundamental à boa Administração Pública.2012.

RODRIGUES, Miriane Pires; BRAGA, Sérgio Soares. Efeitos da lei da transparência e da lei da informação na administração pública paranaense: o caso dos municípios de Curitiba, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu e Ponta Grossa. **Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico**, n. 8, 2013.

ROMERO, Luiz Carlos Pelizari; DELDUQUE, Maria Célia. A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1167-1179, 2013.

ROUSSEAU, J.-J. 1973. ***Do contrato social* : ou princípios do direito político**. São Paulo : Abril. Coleção Os pensadores, v. XXIV.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social: princípio de direito político**. Edições e Publicações Brasil, 1963.

ROUSSEAU, Jean-Jacques; BRAUNSTEIN, Jean-François. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. 1989.

SADER, Emir. **A transição no Brasil: da ditadura à democracia?**. Atual Editora, 1991.

SALAMÁ, Pierre; VALIER, Jacques. Pobrezas e desigualdades no 3º mundo. **São Paulo: Nobel**, 1997.

SALIBA *et al*. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão= Health municipal plan: analyse of management's instrument. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 1, 2013.

SANGUINETI, Juan José. **Augusto Comte: curso de filosofía positiva**. El Magisterio español, 1977.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Reforma Sanitária eo Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde debate**, p. 13-26, 2009.

SANTOS, Paloma Maria et al. Ranking dos tribunais de contas brasileiros: uma avaliação a partir dos padrões web em governo eletrônico. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 3, p. 721-744, 2013.

SARAIVA, Luiz Alex Silva; CAPELÃO, Luiz Gonzaga Ferreira. A nova administração pública e o foco no cidadão: burocracia x marketing?. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 2, 2000.

SCHMITT, Carl. A revolução legal mundial: superlegalidade e política. **DINIZ, Antônio Carlos de Almeida. Teoria da Legitimidade do Direito e do Estado: Uma abordagem moderna e pós-moderna. São Paulo: Landy**, 2006.

SEMERARO, Giovanni. From liberation to hegemony: Freire and Gramsci in democratization processes in Brazil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 29, p. 95-104, 2007.

SEN, A. Comportamento econômico e sentimentos morais. Lua Nova: **Revista de Cultura e Política**, n. 25, p. 103–130, 1992

SHIMIZU, Helena Eri et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.

SILVA, José Afonso da. Garantias econômicas, políticas e jurídicas da eficácia dos direitos sociais. **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, v. 3, 2003.

SILVA, Angela Maria Caulyt Santos da. Interfaces: educação especial & seguridade social. 2014.

SILVA, Francisco Carlos da Cruz. Controle social: reformando a administração para a sociedade. **Organizações & Sociedade**, v. 9, n. 24, 2014.

SINGER, Paul. A cidadania para todos. **História da cidadania. São Paulo: Contexto**, p. 191-263, 2003.

SMITH, Adam**. Riqueza das Nações**. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 1981 e 1983. 2 vols.

SOUSA, Rubens Gomes de. Normas gerais do direito financeiro. **Revista de Direito**, 1954.

SPENCER, Herbert. O que é uma sociedade. **BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. Teoria sociológica. Tradução de Gisela S. Souza e Hélio Souza. São Paulo: Hucitec/USP**, 1977.

STIGLITZ, Joseph E. **A globalização e seus malefícios**. São Paulo: Futura, p. 2029-03, 2002.

SWEDBERG, Richard. **Max Weber ea idéia de sociologia econômica**. Via Lettera Editora e Livrar, 2005.

TOCQUEVILLE, A. 1977. ***A democracia na América***. Belo Horizonte : Itatiaia. [Links]

_____. **A democracia na América: sentimentos e emoções-de uma profusão de sentimentos e opiniões que o estado social democrático fez nascer entre os americanos**. Martins Fontes, 2004.

TOMAZI, Zelma Torres. O que todo cidadão precisa saber sobre saúde e Estado brasileiro. In: **Serie sociedade e estado. Cadernos de educacao politica**. Global, 1986.

TOVAR, Leonardo Zehuri. **O papel dos princípios no ordenamento jurídico**. Jus Navigandi, Teresina, ano , v. 10, 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Atlas, 1987.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Fiocruz, 2005. p. 193-233.

UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe Mundial de la UNESCO. Defining e-governance. 03. Ago. 2005. Disponível em: http://portal.unesco.org/ci/en/ev.php-.html. Acesso em: 23 abr. 2010.

VALENTIM, Oséias Faustino; BRASIL, O. o Positivismo. **Rio de Janeiro: Publit**, 2010.

VICENTE, Maximiliano Martin. **História e comunicação na nova ordem internacional**. UNESP, 2009.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde Profª Angela Maria Campos da Silva - ETSUS.Manual de orientações:

WALLERSTEIN, I. The capitalist world economy.Cambridge: Cambridge University Press.1979.

_____. "The inter-state structure of the modern world-system" in Smith, S. *et al* (ed.), International theory: Positivism and beyond.Cambridge: Cambridge University Press. 1996.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Martin Claret, 2005

WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Editora Universidade de Brasília., 1994.

WHETTEN, David A. O QUE CONSTITUI UMA CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA?. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 3, p. 69-73, 2003.

WHITEHEAD, Laurence. (1999), "Jogando boliche no Bronx: os interstícios incivis entre a sociedade civil e a sociedade política". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14 (41): 15-30, São Paulo, out. [Links]

WJUNISKI, Bernardo Stuhlberger; FERNANDEZ, Ramón G. Karl Polanyi, Athens and us: the contemporary significance of Polanyi's thought. **Revista de Economia Política**, v. 30, n. 3, p. 420-437, 2010.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SUS.pdf. Acesso em 09.06.2014

http://dab.saude.gov.br/serie_pactos.php. Acesso em 09.junho.2014.

http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/htm. Acesso em 09.06.2014.

http://indicedetransparencia.com/ranking-2014-capitais/ Acesso 12.07/2015.

http://indicedetransparencia.com/ranking-2014-estados/ Acesso 12.07/2015.

http://internationalbudget.org/Transparencia. Acesso em 09. 06.2014.

http://jus.com.br/artigos/21436/comentarios-a-lei-de-acesso-a-informacao. Acesso em 09.06.2014.

http://portal.cfm.org.br/. Acesso em 12.06.2014.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_unidades_federativas_do_Brasil_por_Índice de_transparencia. Acesso em 09.junho.2014.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Vitória/EspíritoSanto. Acesso em 09.06.2014.

http://unesdoc.unesco.org/. Acesso em 09.06.2014.

http://www.cgu.gov.br/ . Acesso em 09.05.2014

http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog. Acesso em 09.06.2014.

http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cladxvii/costabor.pdf. Acesso em 12.06.2014.

http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/desafio-da-transparencia-orcamentaria-no-brasil. Acesso em 09.junho.2014.

http://www.iltpweb.org. Acesso em 0906.2014.

http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/ainda-falta-transparencia-orcamentaria-no-brasil. Acesso em 09.junho.2014. Acesso em 09.junho.2014.

http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/conselhos-populares-e-democracia-participativa. Acesso 12.07/2015.

http://www.oms. Acesso em 12.06.2014.

http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaCidades.Exercicio2013UFESPIRITOSANTO. Acesso em 09.junho.2014.

http://www.pressenza.com/pt-investimento-em-saude-no-brasil/.Acesso 12.06.2014

http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/. Acesso em 09.06.2014

http://www.vitoria.es.gov.br/semus. calendario. Acesso em 12.06.2014.

http://www.vitoria.es.gov.br/semus.onselhoslocais. Acesso em 12.06.2014

http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=oquee. Acesso em 12.06.2014.

ANEXOS

ANEXO	DESCRIÇÃO DOS ANEXOS EM CÓPIAS
Anexo A	Requerimento da EMESCAM de 13/08/2014
Anexo B	Protocolo sob o Nº 23561/2014 em 15/10/2014 da PMV/ES.
Anexo C	Consentimento Livre e Esclarecido de 13/08/2014
Anexo D	Ata 116ª Reunião Ordinária do CMSV/ES realizada em 11/11/2014 para deliberação do Projeto.
Anexo E	Declaração da ETSUS de 18/112014 Aprova realização da Pesquisa, conforme registro do Projeto, na Plataforma Brasil
Anexo F	Aprovação do Projeto em 10/05/2015 pela Equipe Plataforma Brasil
Anexo G	Ata 122ª e 123ª Reunião Ordinária do CMSV/ES realizada em 16/06/2015 para realização das Entrevistas cf. o Projeto e aprovação.
Anexo H	Financiamento da Saúde – MDF e RREO.
Anexo I	Financiamento da Saúde – MDF e RREO

ANEXO A e ANEXO B

EMESCA

Tradição e Conhecimento em

ANEXO B

Protocolado: **23561/2014** **JUNTADA**
Data: 15/10/2014 Hora: 17:53
Requerente: IRMANDADE DA SANTA CASA D
Órgão Destino: **SEMAD/GAL/CPA/EPG**
Assunto: REQUER AUTORIZACAO PARA REALIZ
Documento: REQUERIMENTO
Número Documento: S/N

ANEXO A

Exma. Senhora Secretária Municipal de Saúde

Daysi Koehler Behning

Obs: Max.5 andamentos.Prazo de arquivo 2 anos,após eliminar.

Vimos mui respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso Projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria.

Instituição de Ensino: EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

Orientador: César Albenes de Mendonça Cruz. Tel.: (27) 3334-3500

Pesquisadora: Tânia Mara Borges da Costa.

Título da pesquisa: CONELHOS DE SAÚDE – GESTÃO DEMOCRÁTICA DO SUS EM VITÓRIA ES.

Especificação da pesquisa:

( ) Graduação / TCC ( ) Graduação/ Iniciação

Científica ( ) Especialização **(X)** Mestrado ( ) Doutorado

Nº Linha de Ação: Gestão do SUS.

Nº Linha de Pesquisa: Controle Social.

Telefones para Telefones para contato: (27) 3349-4758 (27)988.45.83.20

E-mail: tborgesdacosta@gmail.com

Assinatura da Pesquisadora: Tânia Mara Borges da Costa

Assinatura do Orientador:

Vitória/ES, 13 de agosto de 2014.

Prof.º Dr.º César Albenes de Mendonça Cruz
Coordenador
Mestrado em Políticas Públicas
Desenvolvimento Local
Local - EMESCAM

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luiza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27 3334 3500
info@emescam.br
www.emescam.br

ANEXO C

EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIO

A usuária abaixo identificada e firmada declara para todos os efeitos legais que aceitou participar espontaneamente da entrevista que será gravada e posteriormente transcrito pela autora.

Estará presente um observador que cuidará do registro dos dados. Está informada que o objetivo desse procedimento é a realização de uma pesquisa para estudar as práticas integrativas e complementares institucionalizadas no Conselho Municipal de Saúde de Vitória – ES, como parte da dissertação do Curso de Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM), que estou desenvolvendo cujo título da pesquisa é: CONSELHOS DE SAÚDE – GESTÃO DEMOCRÁTICA DO SUS EM VITÓRIA-ES, sob a orientação do César Albenes de Mendonça Cruz, Professor e Coordenador do Curso de Mestrado.

Com os seguintes objetivos: Analisar se o Conselho de Saúde em Vitória - ES possibilita uma gestão participativa e transparente no SUS. E verificar como o Conselho de Saúde em Vitória - ES possibilita uma gestão participativa e transparente no SUS.

O risco será mínimo durante a entrevista e caso o entrevistado venha a manifestar o desejo de se ausentar ou apresentar algum sentimento de emoção ou mesmo queira deixar de participar, poderá desistir no momento da entrevista.

Benefícios que poderão ser obtidos:

A relevância deste fenômeno consiste no fato da nova configuração da Administração Pública Brasileira criar o Controle Social como um marco normativo, enquanto ferramenta do poder público a serviço do cidadão.

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luiza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27 3334 3500
info@emescam.br
www.emescam.br

EMESCAM ANEXO C f2.

Tradição e Conhecimento em Saúde

Que conforme o entendimento de Martins e Whetten (2010) poderá trazer uma contribuição teórica, agregando valor para o meio acadêmico, possibilitando mudanças na visão de estudiosos. E, de acordo com Creswell (2010) a possibilidade de uma contribuição prática, com o fortalecimento da qualidade na gestão pública, mediante a transparência democrática e participação cidadã efetiva.

Declaro que fui claramente informada da garantia de sigilo que lhe assegure privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos em todas as etapas deste estudo. Fui esclarecida de sua liberdade em se recusar a participar desta pesquisa, sem que esse fato implique em penalização ou prejuízo, nem implique em qualquer forma de constrangimento. Assim, aceita aderir ao estudo de forma livre esclarecida e por espontânea vontade.

Nome da Mestranda: Tânia Mara Borges da Costa.

E-mail: tborgesdacosta@gmail.com

Pesquisador Responsável: César Albenes de Mendonça Cruz.

Tel: (27) 3334-3542/*. E-mail: cesar.cruz@emescam.br

Comitê de Ética em Pesquisa- EMESCAM: Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória, 29045-402, ES.

Horário de Atendimento: 07h00min às 12h00min e 13h00min às 17h00min. Telefone: 3334-3586 e-mail: comite.etica@emescam.br.

Vitória, 13 de agosto de2014.

Tânia Mara Borges da Costa

Assinatura do Usuário

ANEXO D

SUS
Sistema Único de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
20 ANOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

ANEXO D

116ªReunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde

Dia: 11 de novembro de 2014
Horário: 14h
Local: ETSUS

Abertura

1- Registro dos Conselheiros presentes e justificativas de ausência
2- Registro dos Convidados
3- Inicio da Pauta/Informes

A- PAUTA

1- Apreciação: Ata 69ª e 70ª Extraordinária e 115ª Ordinária;

Tempo: 15 minutos
Relatoria: Secretaria Executiva do CMSV
Pauta: Deliberação

2-Apresentação da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, referente ao 2º Quadrimestre/2014 maio, junho, julho e agosto/2014) - Parecer da Comissão de Orçamento e Financiamento.

Tempo: 40 minutos
Relatoria: Lucileia Eller/Apresentação - Secretaria Executiva - SEMUS - Conselheiro Luiz Farias de Araújo Junior/ Parecer da Comissão
Pauta: Deliberação

3-Apresentação do Plano de Contingência da Dengue 2014-2015 e Parecer da Comissão de Acompanhamento de Atenção a Saúde.

Tempo: 30 minutos
Relatoria: Gerencia de Vigilância em Saúde/ Arlete Frank Dutra - Conselheira Karina D. Espindula/ Parecer da Comissão de Atenção a Saúde.

Pauta: Deliberação

SUS
Sistema Único de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
20 ANOS DE PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

ANEXO D f2.

4-Solicitação de realização de Projeto de Pesquisa de Mestrado - Conselhos de Saúde - Gestão Democrática do SUS em Vitória ES. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. - Processo Nº 23561/2014.

Tempo: 10 minutos
Relatoria: Tania Mara Borges da Costa
Pauta: Deliberação

5-Apresentação da Proposta de Calendário das Reuniões Ordinária para o ano de 2015 e Mesa Diretora;

Tempo: 5 minutos
Relatoria: Sidney Parreiras de Oliveira
Pauta: Deliberação

6- Proposta de Composição da Comissão de Orçamento Contratos e Convênios/ Complementação das Comissões.

Tempo: 20 minutos
Relatoria: Simone de Almeida Guedes/ Luiz Farias de Araújo Junior
Pauta: Deliberação

7-Proposta - Roda de Conversa: TEMA: Contratos e Convênios: Dia 17 de dezembro de 13:30 as 17:00hs ETSUS.

Roda de Conversa TEMA: Prestação de Contas - Fevereiro de 2015

Tempo: 10 minutos
Relatoria: Sidney Parreiras de Oliveira
Pauta: Deliberação

8-Apresentação do Fluxo de Vale Transporte e Prestação de Contas. Concessão de Vale Transporte aos Conselheiros - art. 6º - Lei 6606/2006. Artigo 36 - Regimento Interno - Resolução 756/2012.

Tempo: 20 minutos
Relatoria: Elaine
Pauta: Deliberação

ANEXO E

PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Cardoso da Silva

SUS

ANEXO E

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "CONSELHOS DE SAÚDE - GESTÃO DEMOCRÁTICA DO SUS EM VITÓRIA ES" de autoria de TANIA MARIA BORGES DA COSTA. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 18 novembro, 2014

Regina Célia Dinis Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO F

ANEXO F

PLATBR - Estado de apreciação de Pesquisa

Entrada x

Equipe Plataforma Brasil
<plataformabrasil@saude.gov.br>

11:10 (Há 3 horas)

para mim

Caro (a) Pesquisador (a) e Assistente(s),

O projeto CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: Participação e Transparência Democrática na Gestão do SUS ¿ Vitória/ES foi aceito para análise no CEP.

Atenciosamente,

Plataforma Brasil

Esta é uma mensagem automática. Favor não responder este e-mail.

Clique aqui para Responder ou Encaminhar

2,71 GB (18%) de 15 GB usados
Gerenciar
Termos de Serviço - Privacidade
Última atividade da conta: Há 30 minutos
Detalhes

ANEXO G1

SUS
Sistema Único de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
20 ANOS DE PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

ANEXO G1

122ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de saúde de Vitória-ES

Dia: 16 de junho de 2015
Horário: 14hs
Local: ETESUS

Abertura

1-Registro dos membros da Mesa Diretora
2-Palavra do Presidente/Secretária Municipal de Saúde
3-Registro de convidados
4-Inicio da apresentação das propostas de Pauta/Informes
5-Entrega da Ficha de Inscrição - 9ª Conferência de Saúde
6-Entrega de Questionário de pesquisa de mestrado - Drª Tânia
5-Tempo de Duração da reunião **2horas e 20 minutos**

A -Pauta

1-Apreciação da Ata 121ª Ordinária/2015, realizada em 12 de maio de 2015;

Tempo: 5 minutos
Relatoria: Gertraude Regina Koehler
Pauta: Deliberação

2-Apresentação da Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2015 (janeiro, fevereiro, março e abril) e apresentação do parecer da Comissão de Orçamento e Financiamento referente ao 1º Quadrimestre de 2015;

Tempo: 45 minutos
Relatoria: Daysi Koehler Behning/ Secretaria de Saúde
Luiz Farias de Araújo Junior/ Coordenador da Comissão
Pauta: Deliberação

3-Apresentação e Apreciação do Projeto de Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas na Região de São Pedro;

Tempo: 10 minutos
Relatoria: Edigio Davilla Junior/Referencia Técnica da Odontologia
Karina Daleprani Espindula /Comissão de Atenção a Saúde
Pauta: Deliberação

4-OF/SESA/CES/SE/CEPCS/Nº012/2015-CIRCULAR. Indicação de representantes do conselho 2 Usuários, 1 Trabalhador e 1 Gestor, para participar da Plenária de Conselhos da Região Metropolitana - Dia 24 de junho de 8as 14hs no Auditório da Casa do Cidadão Maruípe - 2 usuários, 1 Trabalhador e 1 Gestor ;

ANEXO G1a

SUS
Sistema Único de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
20 ANOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

ANEXO G1a

Tempo: 10 minutos
Relatoria:Daysi Koehler Behning/ Secretária de Saúde
Pauta: Deliberação

5-Apresentação da Rede de Saúde Mental no município de Vitória/ residência Terapêutica
Tempo: 20 minutos
Relatoria: Gilza
Pauta: Apresentação

6-Apreciação da Resolução Nº. 998/2015 Aprovar "*Ad Referendum*", Quarto Termo Aditivo no valor de R$ 756.165,07 (setecentos e cinqüenta e seis mil cento e sessenta e cinco reais e sete centavos) do Convênio Nº. 01/2010, celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - SEMUS e a Instituição Adventista de Educação de Assistência Social Este Brasileira ADRA - Processo Nº. 8284551/2009. Parecer da CIAC - Comissão de Contratos e Convênios do Conselho de Saúde;

Tempo: 20 minutos
Relatoria: Daysi Koehler Behning/ Presidente do Conselho
Comissão de Contratos e Convênios / Aguiberto Oliveira de Lima
Pauta: Deliberação

B - INFORMES:
1-Proposta de Reunião Extraordinária para o dia 26 de junho - Avaliação do Relatório Anual de Gestão e Programação Anual de 2014;
2-Próxima Reunião Plenária - 21 de julho
3-Recomendação Nº006 e 007 de 07 de maio de 2015 do conselho nacional de saúde;
4-Ofício Escola 013/2015 - Escola Nacional de Farmacêuticos - convite para o Encontro Estadual, processo preparatório para a 15ª Conferencia Nacional de Saúde; dia 12 de junho no Auditório da Assembléia Legislativa do ES;
5-Reuniões ampliadas nos territórios de saúde para escolha dos delegados para a conferência;
6-Encaminhado e-mail: Apresentação de agenda de elaboração dos planos Regionais de Saúde;
7-Vale Transporte dos conselheiros.

DAYSI KOEHLER BEHNING
Presidente - Conselho Municipal de Vitória - ES

ANEXO G2a

SUS Sistema Único de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
20 ANOS DE PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

ANEXO G2

123ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de saúde de Vitória-ES

Dia: 21 de julho de 2015
Horário: 14hs
Local: ETESUS

Abertura

1-Registro dos membros da Mesa Diretora
2-Palavra do Presidente/Secretária Municipal de Saúde
3-Registro de convidados.
4-Inicio da apresentação das propostas de Pauta/Informes

A -Pauta

1-Apresentação novos conselheiros em substituição Biênio 2014-2016:
Segmento dos Usuários: Oficio 008/2015 Mitra - Srª. Maria da Glória Figueiredo Barbosa em substituição da Conselheira Maria Auxiliadora Lima Siqueira - Representante da Pastoral da Criança da Arquidiocese de Vitória-ES;
Segmento dos Trabalhadores: Oficio SINDSAUDE/Nº231/2015- Srª. Elbia Miguel Alves em substituição ao Srº. Carlos Fernando Pimentel - Representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde no Estado do Espírito Santo - SINDSAÚDE/ES.
SINODONTO Oficio 052/2015 - Srª. Leila Carmen Bueno Renon em substituição a Srª. Maria Maruza Carlesso - Representante do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Espírito Santo.

Tempo: 5 minutos
Relatoria: Gertraude Regina Koehler
Pauta: Apresentação

2-Apreciação da Ata 122ª Ordinária/2015, realizada em 16 de junho de 2015;
Tempo: 5 minutos
Relatoria: Gertraude Regina Koehler
Pauta: Deliberação

3- Relatório Preliminar da 9ª Conferência Municipal de Saúde:

Tempo: 15 minutos
Relatoria:
Pauta: Apresentação

ANEXO G2b

SUS
Sistema Único de Saúde

Conselho Municipal de Saúde
20 ANOS DE PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

ANEXO G2b

4-Proposta de Avaliação da Programação Anual do Conselho /2015

Tempo: 15 minutos
Relatoria: Gertraude Regina Koehler
Pauta: Deliberação

B- INFORMES:

1. Próxima Reunião do Conselho 11 de agosto de 2015 as 14hs ETESUS;
2. Convite Representante dos Usuários - Comitê de Ética em Pesquisa - 28 de julho Campus Vitória - jucutuquara;
3. Semana do Bebê -1 a 8 de Agosto nas Unidades Básicas de Saúde com diversas atividades - palestras, distribuição de cartilhas etc;
4. Campanha de Multivacinação - POLIOMELITE - Dia "D" 15-08-15;
5. Conferência de Assistência Social 22 de julho/2015;
6. Convite Devolutiva da Conferência de Saúde do Trabalhador;
7. Atualização do Decreto - novos membros - 16.347/2015;
8. Convite encaminhado - Seminário de encerramento do PET REDES 3/7/15;
9. Encontro Municipal da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS dia 11 e 12 de julho em Nova Almeida.

DAYSI KOEHLER BEHNING
Presidente - Conselho Municipal de Vitória - ES

ANEXO H

ANEXO H

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

UNIÃO

Valor empenhado no exercício anterior acrescido de no MÍNIMO o percentual correspondente à variação nominal do PIB

ESTADOS

MÍNIMO de 12% dos Impostos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

ITCD - Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação
ICMS - Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
IPVA - Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte
FPE - Fundo de Participação dos Estados e DF
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

MUNICÍPIOS

MÍNIMO de 15% dos Impostos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

IPTU - Imposto s/ Propriedade Territorial Urbana
ITBI - Imposto s/ Transmissão de Bens "Inter Vivos"
ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte
ITR - Imposto Territorial Rural
Cota-Parte IPVA
Cota-Parte ICMS
Cota-Parte ITR
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

DISTRITO FEDERAL

MÍNIMO de 12% dos Impostos Estaduais em Ações e Serviços Públicos de Saúde

ITCD - Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação
ICMS - Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
IPVA - Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores
FPE - Fundo de Participação dos Estados e DF
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

MÍNIMO de 15% dos Impostos Municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde

IPTU - Imposto s/ Propriedade Territorial Urbana
ITBI - Imposto s/ Transmissão de Bens "Inter Vivos"
ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITR - Imposto Territorial Rural
Cota-Parte IPVA
Cota-Parte ICMS
Cota- Parte ITR
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

MÍNIMO de 12% dos Impostos não segregáveis em Ações e Serviços Públicos de Saúde

IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte

Figura 1

ANEXO I

ANEXO I

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS
Recursos de Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS
Recursos de Operações de Crédito
Outros Recursos
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (VI)

TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = (V - VI)

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VIII%) = (VIII / IVb x 100) - LIMITE CONSTITUCIONAL 12% [1]

VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [(VIII - 12)/100 x IVb]

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA
Inscritos em 2012
Inscritos em 2013
TOTAL

CONTROLE DAS DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS CANCELADOS OU PRESCRITOS CONSIDERADOS PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO LIMITE
ARTIGO 24, § 1º e 2º
Restos a Pagar Não Processados Cancelados ou Prescritos em 2014
Restos a Pagar Não Processados Cancelados ou Prescritos em 2013
TOTAL (IX)

CONTROLE DAS DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
ARTIGOS 25 E 26
Diferença de limite não cumprido em 2014
Diferença de limite não cumprido em 2013
TOTAL (X)

DESPESAS COM SAÚDE
(Por Subfunção)
Atenção Básica
Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Suporte Profilático e Terapêutico
Vigilância Sanitária
Vigilância Epidemiológica
Alimentação e Nutrição
Outras Subfunções
TOTAL

FONTE: SIGEFES/GECOG/SEFAZ

[1] - Limite a ser cumprido anualmente.

NOTAS EXPLICATIVAS

1 - Durante o exercício, somente as depesas liquidadas são consideradas executadas. No encerramento do exercício, as despesas não liquidadas inscritas em restos a pagar não processados são tambem consideradas executadas. Dessa forma, para maior transparência, as despesas executadas estão segregadas em:

a) Despesas liquidadas, consideradas aquelas em que houve a entrega do material ou serviço, nos termos do art. 63 da Lei 4.320/64;

b) Despesas empenhadas mas não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar não-processados, consideradas liquidadas no encerramento do exercício, por força do art. 35, inciso II da Lei 4.320/64.

2 - Nos quadros "Despesas com Saúde (por Grupo e Natureza)" e "Despesas com Saúde (Por Subfunção)" estão demonstradas todas as despesas efetuadas na Função "10 - Saúde".

3 - No quadro "Despesas com Saúde não Computadas para Fins de Apuração do Percentual Mínimo" não está sendo contemplado o valor de R$ 19.781,27 classificado de forma equivocada na modalidade de aplicação 95 (§1º e 2º, art. 24, LC 141/2012), pois, tal valor refere-se a restos a pagar processados enquanto que o controle previsto nos §1º e 2º do art. 24 da LC 141/2012 refere-se somente aos Restos a Pagar Não Processados (Manual de Demonstrativos Fiscais 5ª ed. atualizada - pág. 447).

4 - Em observância ao princípio da irretroatividade da lei, o controle referente à execução dos Restos a Pagar Não Processados, nos termos dos §1º e 2º, art. 24, LC 141/2012, está sendo realizado a partir do exercício de 2012.