



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E GESTÃO**

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
O caso do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba**

BENILTON ANDRADE BARBOSA JÚNIOR

João Pessoa
Agosto 2014

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
O caso do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba**

BENILTON ANDRADE BARBOSA JÚNIOR

Trabalho de Conclusão Curso apresentado no curso de Tecnólogo em Gestão Pública, como requisito para a conclusão do curso.

Prof. Orientador: Dr. Mauricio Sardá de Faria

João Pessoa
Agosto 2014

B238p Barbosa Júnior, Benilton Andrade.

Participação e controle social de políticas públicas: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba. / Benilton Andrade Barbosa Júnior. – João Pessoa: UFPB, 2014.

74f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Sardá de Faria.

Monografia (Graduação de Tecnologia em Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

1. Políticas públicas. 2. Conselhos gestores de políticas públicas. 3. Controle social. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU (2. ed.): 35(813.3)(043.2)

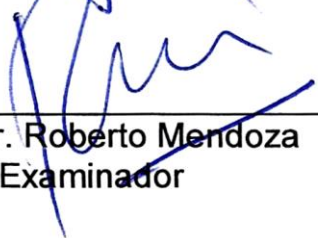
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O caso do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba

Monografia apresentada ao Curso de Tecnologia em Gestão Pública, como pré-requisito para obtenção do grau de Graduação Tecnológica, apreciada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

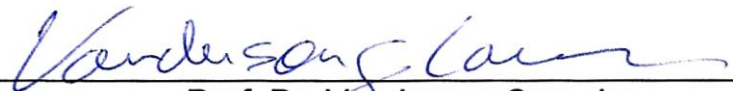
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Maurício Sardá de Faria
Orientador



Prof. Dr. Roberto Mendoza
Examinador



Prof. Dr. Vanderson Carneiro
Examinador

Aprovada em 8 de Agosto de 2014.

DEDICATÓRIA

Com saudades, dedico a minha avó materna Eunice Rodrigues, *in memoria*, pela força e confiança dedicados ao longo de sua vida ao meu lado.

Obrigado a Deus, e a minha intercessora no outro plano, Maria Santíssima, pois a fé que tenho em vós, me ajudou a prosseguir nesse momento e em outros de sucesso.

A minha Mãe Telma Maria, consegui... Obrigado também!!!!

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho seria impossível sem a colaboração de algumas pessoas e instituições que, de diversas formas, deram sua contribuição em diferentes etapas. Destas, manifesto um agradecimento especial.

Aos funcionários e professores do Departamento de Gestão Pública da UFPB em especial do meu Orientador Maurício Sardá de Faria, que com muita temperança, paciência, incentivo e presteza, possibilitou a conclusão deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Finalmente aos meus filhos, esposa e minha família, obrigado por fazer parte desta história, pelo incentivo e companheirismo imprescindíveis ao longo deste trabalho.

“O Orçamento Nacional deve ser equilibrado. As Dívidas Públicas devem ser reduzidas, a arrogância das autoridades deve ser moderada e controlada. Os pagamentos a governos estrangeiros devem ser reduzidos, se a Nação não quiser ir à falência. As pessoas devem novamente aprender a trabalhar, em vez de viver por conta pública”.

Marcus Tullius Cícero - Roma, 55 a.C.

RESUMO

O presente artigo versa sobre Políticas Públicas, com o objetivo de analisar a concepção da representatividade do CES/PB sobre a participação e o controle social das políticas setoriais, bem como identificar os principais temas e deliberações implementadas no período de 2013. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza eminentemente qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com representantes dos três segmentos que compõem o CES/PB, para investigar dados relativos ao período de sua atuação no respectivo setor, como concebe a atuação desse Conselho e da população em relação ao controle que se processa junto às políticas públicas vigentes na Paraíba e possíveis divergências intermediadas pelo CES/PB no último ano.

Palavras chave: Políticas públicas, Conselhos Gestores de Políticas Públicas, Controle social.

ABSTRACT

This article focuses on public policies, with the aim of analyzing the concept of representativeness of the CES/PB on participation and social control of sectoral policies, as well as identify key issues and decisions implemented from 2013. This is An exploratory descriptive study of a highly qualitative nature. Semi-structured interviews with representatives of the three segments that make up the CES/PB were performed to investigate data for the period of its performance in its sector, he conceives the work of the Board and of the population compared to the control that takes place along the political public force in Paraíba and possible differences mediated by CES/PB last year.

Key words: Public Policy, Management Councils Public Policy, Social Control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEREST – Conselho de Referência de Saúde do Trabalhador
CES – Conselho Estadual de Saúde
CES/PB – Conselho Estadual de Saúde da Paraíba
CF – Constituição Federal
CGE – Controladoria Geral do Estado
CGU – Controladoria Geral da União
CNC – Conselho Nacional de Saúde
IAPAS – Instituto de Assistência da Previdência Social
INANPS – Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
SES/PB – Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE – Tribunal de Contas do Estado
TCU – Tribunal de Contas da União

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Composição do Colegiado do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba	32
Quadro 2: Detalhamento da Despesa – QDD 2013	34

LISTA DE IMAGENS

Figura 1: Arcabouço institucional e decisório vigente no SUS	26
Figura 2: Organograma do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba - CES/PB	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	16
2.1 Sistema Único de Saúde - SUS	16
2.2 Controle Social no SUS	23
2.3 Estrutura Institucional de Participação e Controle Social no SUS	26
2.4 Conselho Nacional de Saúde, Conferência Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais no Controle Social	28
3 HISTÓRIA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA (CES/PB)	31
3.1 Composição	31
3.2 Estrutura	33
3.3 O CES como espaço de participação e Controle Social	35
3.4 Os principais temas e deliberações do CES no ano de 2013	36
3.5 A Visão dos Conselheiros	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48

APÊNDICE

Apêndice A – Lista de Entrevistados

Apêndice B – Questionário da Entrevista

ANEXOS

Anexo A – Lei n° 8.142/1990

Anexo B – Lei n° 6.712/1998

Anexo C – Lei n° 8.234/2007

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa possui como objeto empírico o Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, abordado aqui sob a ótica da participação e do controle social. De forma mais geral, buscamos entender o papel dos Conselhos de Políticas Públicas enquanto importantes instrumentos de participação e controle social conquistados pela sociedade brasileira no seu processo de redemocratização, particularmente como mecanismo de gestão democrática do Sistema Único de Saúde.

A administração pública parte da premissa básica de gerir serviços e melhorias nas condições socioeconômicas visando o desenvolvimento o bem estar da sociedade, assegurando direitos e valores cidadãos, a partir da formulação e implementação de Políticas Públicas através do diálogo entre Estado e sociedade.

Como fator determinante para o êxito dessas políticas públicas, se faz necessário um acompanhamento de seus recursos orçamentários, das demandas sociais, das prestação de contas governamentais, através de instrumentos e ferramentas de Controle Social, como as Conferências e os Conselhos de Políticas Públicas.

Partindo da ideia de descentralização do Estado, o Controle Social pode ser exercido individualmente, por qualquer membro da sociedade civil, ou institucionalmente através de Conselhos Gestores de políticas públicas que são considerados canais principais para a participação popular nas instâncias governamentais, cujas funções podem ser deliberar, consultar, acompanhar, formular, programar e controlar a execução das políticas setoriais, fortalecendo assim a participação democrática na gestão pública, definindo as ações e estratégias que deverão ser executadas pelos órgãos de governo.

Partindo de uma exigência legal de garantir direitos sociais aos usuários do Sistema Único de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde da Paraíba - CES, assume como parte da sua obrigação a de ser um agente transformador de Políticas Públicas e ferramenta do controle social. Nessa medida, a presente pesquisa procura compreender **como se efetivam a participação e o controle social exercidos pela sociedade civil no CES?**

A partir dessa problemática, que configura um objeto bastante amplo de análise, definimos como objetivo geral desse estudo analisar o CES sob a ótica da participação e do controle social. Não se trata, portanto, de analisar o SUS a partir da sua história institucional, estrutura e funcionamento, o que se revelaria objeto muito além das possibilidades do presente

trabalho de conclusão de curso.

Tendo portanto como foco o funcionamento do CES do ponto de vista da participação e do controle social, definimos como objetivos específicos os seguintes: a) Estudar o funcionamento do CES e os mecanismos de participação e do controle social existente; b) Verificar como os diferentes segmentos que compõem o CES compreendem os temas da participação e do controle social; c) Identificar a atuação do CES quanto às principais temas da agenda e deliberações no período de 2013.

A fixação do período de um ano para a análise da agenda e das deliberações do Conselho visaram tornar exequível a pesquisa, possibilitando assim percebermos os temas que são atribuições ordinárias do CES e os temas e agendas que são objeto de discussão e deliberação pelo Conselho.

Embora fruto de uma exigência de conclusão do curso de Tecnologia em Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba, o tema possui relevância social por se tratar de uma política pública fundamental para a qualidade de vida da população, e um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Analisar o funcionamento do CES pressupõe que a efetivação das políticas públicas passa pelo seu financiamento e instâncias colegiadas deliberativas, e o conhecimento de como se processa o controle social pode contribuir para a valorização desse papel exercido pela sociedade, promovendo uma educação política e cidadã. Além disso, tem grande abrangência porque o estudo desenvolvido no CES/PB pode ser considerado representativo de muitos outros casos semelhantes em outros Estados.

Em termos de delineamento da pesquisa, trata-se de um estudo eminentemente exploratório descritivo. Exploratório porque, segundo Gil (2006, p. 43), “têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. E descritiva, porque, de acordo, ainda, com o autor citado acima, tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis.

Buscaremos identificar e analisar a concepção dos segmentos participantes do CES sobre o entendimento de alguns conceitos sobre a temática da participação e do controle social, bem como sobre o papel do CES no âmbito da gestão das políticas públicas de saúde da Paraíba.

A coleta de dados e informações foi realizada através da leitura da literatura sobre o tema, a análise documental e entrevistas semi-estruturadas realizadas com os membros atuais

do CES. De acordo com Gil (2006), a entrevista é uma técnica de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais, utilizada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, esperam ou fazem, bem como acerca das suas expectativas ou razões a respeito de questões e acontecimentos históricos, como é o caso das Políticas públicas na saúde.

Conforme veremos adiante, o CES é composto por 24 (vinte e quatro) conselheiros, divididos em 03 (três) membros representantes dos Governos Federal, Estadual e Municipal, 03 (três) representantes da Comunidade Científica na área de saúde e Prestadores de Serviços de Saúde conveniados com o SUS; 06 (seis) membros representando os trabalhadores na área de saúde de abrangência estadual; 12 (doze) membros representando entidades dos usuários do Sistema Único de Saúde de abrangência estadual, portadores de patologia e necessidades especiais.

Realizamos entrevistas com representantes de cada segmento, totalizando 07 participantes: 01 (hum) Prestadores de Serviços do SUS, 02 (dois) Trabalhadores área da Saúde Abrangência Estadual, 04 (quatro) Usuário dos SUS Abrangência Estadual. É importante informar que não utilizaremos todas as informações e questões que emergiram das entrevistas neste trabalho, em função do tempo que tivemos para realizar a análise e a redação do texto. Pretendemos, no entanto, consolidar os dados e as análises em artigos que serão apresentados em eventos acadêmicos, aproveitando as sugestões e reflexões provenientes da discussão com a banca examinadora.

O roteiro de entrevistas abordou temas como: o tempo de participação dos membros no Conselho do CES/PB; o entendimento destes sobre a atuação do Conselho e o papel da população no controle das políticas públicas de saúde; as divergências entre a sociedade civil e o Estado que foram mediadas pelo CES/PB no período de 2013 e; as deliberações mais importantes e os instrumentos legais aplicados.

O tratamento dos dados foi realizado com uma abordagem qualitativa, buscando analisar o conteúdo das informações, sistematizar e categorizar os discursos a fim de identificar as convergências e divergências entre os interesses e estratégias dos membros do CES.

Organizados o resultados do trabalho da seguinte maneira: além dessa introdução, apresentamos o primeiro capítulo sobre o SUS com abordagem mais descritiva; o capítulo segundo capítulo sobre o CES/PB, apresentado os resultados da pesquisa junto ao conselho; e por fim um capítulo com as nossas considerações finais. Após as referências bibliográficas, disponibilizamos documentos do CES em anexo.

2 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, faremos uma breve apresentação da construção histórica do Sistema Único de Saúde no Brasil, e do surgimento do tema da participação e do controle social do SUS a partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira iniciada nos anos 1980. Pretendemos, com isso, contextualizar o objeto da presente investigação que é o Conselho Estadual de Saúde da Paraíba.

2.1 Sistema Único de Saúde - SUS

No Brasil, até a época do Império, não existia nenhum modelo de atenção à saúde, atribuindo os cuidados com a saúde da população aos curandeiros e aos poucos cirurgiões que vinham da Metrópole. Durante muito tempo, as ações em saúde tiveram as suas iniciativas voltadas para os moldes privatistas e para o controle dos índices de doença. Apenas a partir da reforma sanitária foi possível a entrada de novos atores para a construção de políticas públicas de saúde, culminando em movimentos contra-hegemônicos que possibilitaram ações mais integradas e acessíveis à população. Essas mudanças que ocorreram ao longo dos anos no Brasil possibilitaram a construção de políticas e programas que existem nos dias atuais (FALEIROS et. al., 2006).

As Reformas Sanitárias foram as grandes precursoras das políticas sociais da saúde, tendo início durante a Primeira República (1889-1930), com conquistas lideradas por médicos higienistas, com resultados relevantes para sociedade, estabelecendo as diretrizes básicas para formalização de um Sistema Nacional de Saúde. Com a institucionalização em 1920 do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, ampliaram-se os serviços sanitários, com a participação direta e a intervenção do Estado solidificando e dando amplitude as ações (FLEURY; OUVÉRY, 2013).

A saúde torna-se então uma questão pública, e esta discussão ganha maior visibilidade após o processo de industrialização e urbanização que foram acelerados a partir de 1930, onde várias ações políticas foram providenciadas por algumas sociedades que se propuseram a fazer avaliações das doenças e, a partir delas, procuraram administrar os índices de saúde.

Na década de 30 expandiu-se o modelo de saúde sanitaria surgido com a implantação de centros médicos, formalizando campanhas de vigilâncias sanitárias e epidemiológicas. Tais ações desenvolveram uma ideia de gestão única e vertical, correspondente a 1º reforma sanitária, no período da República Velha. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), nessa mesma época, possibilitou a implantação de um Sistema Nacional de Saúde, voltado para as ações de saúde pública, embora fosse limitado e de baixa qualidade (PASSOS, 2013).

Entre as décadas de 1930 até meados dos anos 1940, o entendimento geral era que o sanitarismo, campanhista, modelo que até então prestava assistência à saúde ao restante da população, “por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por um outro”. De acordo com a ideia de igualdade, o sistema de saúde deveria garantir um mínimo padrão de benefícios, gerando uma atenção básica uniforme e de qualidade (BAMPI, 2010, p. 47).

Sobre a construção da política de saúde, Fleury e Ouverney (2013, p. 17) acreditam que esta deve partir de estratégias socialmente articuladas entre poderes públicos e sociedade, visando uma interação dos atores com o resultado, envolvendo, além disso,

diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido.

Na década de 70, o movimento da Reforma Sanitária teve seu segundo grande momento no Brasil, sendo contrário principalmente às políticas de saúde instauradas pelo Regime Militar, beneficiando originalmente a classe formal da previdência social, os trabalhadores e seus dependentes. Esse movimento foi fundamental para a criação do SUS (PASSOS, 2013).

A partir de 1974, fim do período de expansão econômica e iniciada a abertura política gradual, começavam, concomitantemente, os questionamentos à política social do governo com a entrada em cena de outros atores políticos. Nota-se, no entanto, que ocorreram mudanças e a maior parte dessas devem-se a reformulações que ocorreram com implicações diretas e indiretas nas políticas de saúde, podendo verificar-se algumas reformulações na tentativa de estender os serviços de saúde à grande parcela da população excluída pelo modelo previdenciário (IPEA, 2009).

Posteriormente, em 1977, entrava em funcionamento a autarquia de assistência à saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), agregando em

seus serviços de saúde os trabalhadores da zona rural, ainda ficando distante do que pleiteava o movimento sanitário, que era uma política de saúde pública universal, pois a grande parte da sociedade não fazia parte da política dos serviços de atendimento hospitalar especializada do INAMPS (SERRA; GURGEL, 2008).

Com a Conferência de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em 1978, da qual o Brasil fez parte, começa enfim a serem adotadas medidas para a democratização da saúde. Entretanto, a ideia de uma democratização dos serviços de saúde consolidou-se somente a partir dos movimentos protagonizado pela Reforma Sanitária, com as idealizações de:

- 1) a melhoria das condições de saúde da população;
- 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal;
- 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito;
- 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade;
- 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (FLEURY; OUVREY, 2013, p. 38).

Ao serem colocados no campo político projetos diferenciados, caracterizados principalmente pela maior abrangência da população beneficiada, fomentou que essa discussão penetrasse no poder legislativo, preparando-o para os desafios enfrentaria na década de 80 (CUNHA; CUNHA, 2001). Nesse campo, buscou-se efetivar uma proposta de descentralização, em conjunto com o processo de democratização reivindicado pelos movimentos sociais, pressupondo a cidadania, gerando direitos e deveres à própria sociedade.

O desenho da descentralização no Brasil impulsionou um duplo movimento de democratização, representado pela transferência de competências e recursos à esfera local e pelo compartilhamento decisório com a sociedade civil organizada (FLEURY, 2010, p. 5).

As políticas de saúde que se desenrolaram no período compreendido entre os anos 1980 e 1990, tem no seu desenvolvimento um contexto de crise econômica, com o esgotamento do “milagre brasileiro”, e concomitantemente ao processo de redemocratização do país.

Nesse período, o Brasil vivia um quadro político e econômico marcado por dificuldades tanto no cenário nacional como internacional, caracterizado por um processo inflacionário e crise fiscal, com o avanço organizativo dos movimentos oposicionistas e as divisões internas nas forças que apoiavam o regime militar, que culminou na eleição indireta pelo Congresso Nacional de Tancredo Neves (que veio a falecer) e, mais tarde, em março de 1985, toma posse José Sarney, que agregado ao crescimento do processo recessivo, consolidou a restauração da

democracia no Brasil.

No entanto, essa nova coalizão governamental, que implantou a chamada Nova República, realizou o processo de transição entre uma situação autoritária para um pacto democrático arquitetado pelas elites brasileiras que procuravam estabilidade institucional, nos mesmos moldes das práticas conservadoras que outrora sempre os beneficiou (BARBOSA, 2009).

Portanto o processo de concretização da transição democrática, ou melhor, o processo de redemocratização do país, especialmente na ótica da saúde, só veio acontecer, principalmente, através do processo de reorganização institucional que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, inscrevendo a saúde como direito social, “direito de todos e dever do Estado”.

Segundo autores como Mendes (1993), Cohn (1996) entre outros, no processo de redemocratização, a busca do direito universal a saúde, da equidade, bem como o progresso científico e tecnológico ocorrido nos últimos anos e a sua incidência sobre as práticas em saúde, provocaram a revisão de paradigmas, e a elaboração de novas propostas em busca de estratégias e a reorganização da sociedade.

Seguindo essa tendência, os ideólogos da reforma sanitária brasileira criaram um cenário para a saúde no Brasil através de ideias academicamente trabalhadas, teoricamente sintonizadas com o ambiente público da saúde, possibilitando a criação de um novo arco de alianças que incluía um novo ator até então ausente nos modelos de gestão - o usuário, na busca de condições que garantissem sustentabilidade ao movimento em prol de melhores condições e ampliação desses serviços a uma maior parcela da população através da participação e descentralização da saúde, sendo estes os caminhos para autonomia da população e consequente fortalecimento do movimento de reforma da saúde no Brasil (ARAÚJO, 2001).

Esse processo de descentralização da saúde no Brasil almejava sobrepujar o aspecto de política social compensatória para constituir uma estratégia de mudança do SNS - Sistema Nacional de Saúde. A 8ª CNS - Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, que nesse aspecto foi um ponto de partida efetivo no processo de descentralização pelo seu caráter democrático, contando com delegados representativos de forças sociais interessadas na questão da saúde, criou as condições para mudanças no atendimento das ações básicas nas diversas vertentes do governo, contando ainda com a participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde (CUNHA; CUNHA, 2001).

A 8ª CNS significou um marco na reformulação das propostas de mudanças do setor

saúde, consolidadas na reforma sanitária brasileira. Seu documento final sintetiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, definida como

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 297).

Esse documento deu o embasamento necessário para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que se reuniu em seguida. No ano que procedeu a 8ª CNS, 1987, ocorreram de forma concomitante, como resultado ainda do documento, dois processos: um no executivo - a implantação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e, outro, no legislativo - a elaboração da nova constituição brasileira.

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do SUS foi a publicação do Decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Por sua vez, o INAMPS foi extinto, em 1993, pela Lei n.º 8.689/93. A Saúde teve sua Lei Orgânica aprovada em 19/09/1990, fundamentada na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Assim, a Saúde passou a ser administrada pelo SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, vinculado ao Ministério da Saúde, sendo as ações e serviços públicos deste seguimento programadas para atuar fundamentado na descentralização, com direção única em cada esfera do governo, priorizando as atividades preventivas e com a fundamental participação da comunidade (KERTZMAN, 2009). Com a institucionalização do SUS, em 1988, tivemos a implantação de um Sistema Nacional de Saúde com abrangência universal.

Seguindo a tradição do movimento sanitário, os gestores do SUS defendiam que o modelo centrado no atendimento de doentes compromete a atenção orientada para as “necessidades em saúde, com prioridade para as ações preventivas” na qual foram estabelecidos princípios e diretrizes para a efetivação desse novo modelo de assistência à saúde (CAMPOS; BELISARIO, 2001).

De acordo com a lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 no seu Art.7, as ações e serviços públicos de saúde e os privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- 1- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- 2- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- 3- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- 4- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- 5- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- 6- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- 7- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- 8- Participação da comunidade;
- 9- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- 10- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- 11- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, dos estados, do distrito federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- 12- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- 13- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Para autores como Cohn (1996), Cunha (2001) e Mendes (1993), o desafio permanente do SUS é possibilitar acesso de todos os cidadãos de forma universal e equânime garantindo a integralidade, universalidade, humanização e qualidade na atenção, reconhecendo o direito universal à saúde e priorizando a atenção primária, passando a exigir opções mais efetivas, visando a implementação de um modelo integral capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção.

O desenvolvimento do SUS nos últimos anos tem sido marcado pelos avanços e retrocessos das políticas públicas, refletindo na conjuntura atual da saúde. Em vista da necessidade de assegurar as conquistas sociais inspiradas pela reforma sanitária e pelos princípios do SUS, vem se estabelecendo mecanismo que os viabilizem, iniciando-se a partir dos distritos sanitários colocando uma série de problemas e desafios teóricos e práticos.

Um desses problemas recai sobre o processo de distritalização que adentrou no mesmo paradigma tecno-assistencial do modelo privatista determinando apenas um conjunto de princípios organizativo-assistencial, ou seja, essas ações não trouxeram repercussões para a saúde da população. Portanto, para entender esse processo como efetivo de mudança, deve ser

considerada, na prática, a existência de duas ações distintas para a distritalização sanitária naquela época: a primeira era chamada de “topográfico burocrático” imposta principalmente pelos governos estaduais; e a outra, que parte da concepção de um “processo social” onde essas ações acordadas nos princípios do SUS iriam se desenrolando de forma territorializada e em comunhão com a população (MENDES, 1993).

É nesse contexto que o Ministério da Saúde definiu algumas propostas políticas de um novo modelo assistencial, na tentativa de consolidar os princípios do SUS, cujas estratégias seriam viabilizadas através de programas como o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF - Programa de Saúde da Família, enfocando a família como uma unidade de trabalho onde cada indivíduo deveria ser valorizado integralmente utilizando conceitos como estabelecimento de território, população adscrita, racionalidade da demanda, acessibilidade, vigilância a saúde e participação popular, visando o objetivo maior que é promoção da saúde (SANTANA, 2004).

Constituído por um grande arcabouço jurídico-institucional e estabelecido pela CF de 1988, o Sistema Único de Saúde, consolida e define sua implementação, caracterizando os procedimentos principais e suas diretrizes. Orientados por Normas Operacionais do SUS, onde são definidas as competências de cada instância governamental para a sua implantação. Essas Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB SUS) foram institucionalizadas por meio de portarias ministeriais em três publicações nos anos de 1991, 1993 e em 1996, e habilitam os requisitos criteriosos para o recebimento dos recursos originários do Fundo Nacional de Saúde, bem como as metas referente a gestão e ao conjunto de suas responsabilidades.

A normatização jurídica para a conquista da descentralização no Sistema de Saúde Brasileiro passa pelo arcabouço composto: Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, Normas Operacionais Básicas NOB SUS (1991, 1993 e 1996), Emenda Constitucional nº 29/2000, Norma de Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS (2001), Pacto de Gestão (2006).

Destacamos, dentre as legislações disciplinadoras do SUS, ressaltamos a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde n. 01/2001, ferramenta importante para descentralização da saúde, partiu com o propósito de "promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção", surgindo após intenso processo de debates e negociações, marcado como importante avanço.

2.2 Controle Social no SUS

A construção da política nacional de promoção da saúde constitui uma prioridade no âmbito do MS - Ministério da Saúde e mobiliza muitos recursos financeiros que possibilitam a realização de programas, projetos e ações do Estado em favor da sociedade. Entretanto, o mundo da administração pública, seguindo a linha jornalística ou do senso comum, continuou permeado por processos burocráticos morosos, privatização da coisa pública e desvios de recursos. Esse fato é relatado por Silva (2002, p. 116), quando menciona que “nos últimos anos, o País tem se defrontado com inúmeros casos de desvios e impropriedades na execução do gasto público”.

O cenário atual da administração pública dificulta a realização das mudanças necessárias nas formas de controle dos gastos públicos à disposição do Estado para garantir a sua correta aplicação dos recursos públicos. Além da aplicação rigorosa dos dispositivos legais, é necessário que exista uma ampliação da participação da sociedade. Conforme argumenta Seoane (2013, p. 25), “a sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando “mais próxima do Estado, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos”.

Dito de outro modo, é preciso que a sociedade participe da gestão pública de forma mais presente, participando dos fóruns de debate em que se decide onde devem ser aplicados os recursos, participando dos planejamentos, fiscalizando as despesas, para que o dinheiro não seja mal gerenciado ou desviando, exercendo assim o controle social dos recursos públicos.

A forma de controle exercida pela sociedade é denominada controle social que é definida como “a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública” (CGU, 2010, p. 16).

A participação da sociedade é assegurada inclusive pela Constituição de 1988 que instituiu mecanismos e diretrizes. É o caso da iniciativa popular na proposição de leis (CF, art. 61, § 2º) e, especificamente no campo da saúde, a inclusão, entre as diretrizes para a organização do sistema único de saúde (CF, art. 198), da "descentralização" (CF, art. 198,1) e da "participação da comunidade" (CF, art. 198, III), podendo inclusive serem utilizados nos fóruns setoriais em que é analisada e planejada a aplicação do orçamento público.

Pode-se inclusive formar colegiados com representantes, técnicos e a sociedade civil - sendo esta última representada na sua grande maioria, passando a atuarem como mecanismo de

controle social. Esses mecanismos de participação na concepção de Gonçalves (2008, p. 27), seriam convenientes pois

obrigariam o Estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais, dificultando a usual “confusão” entre interesse público e os interesses dos grupos que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Esperava-se, ainda, que a participação tivesse um efeito direto sobre os próprios atores que participavam, atuando, assim, como um fator educacional na promoção da cidadania.

No âmbito da saúde, a representação é mais igualitária, pois os usuários e os provedores de serviços (governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado), possuem metade dos postos nos Conselhos de Políticas e Conferências de Saúde.

Os Conselhos, existentes em vários níveis, são responsáveis pelo repasse dos recursos públicos federais, sendo muito importantes para a efetivação da descentralização e também da democratização das políticas públicas na atualidade. De acordo com Nascimento (2013, p. 25), “os conselhos de políticas têm estruturas político-institucionais permanentes, criadas a partir de legislações específicas, têm caráter deliberativo acerca das políticas públicas, devendo criar parâmetros para estas políticas e controlar a ação do Estado”.

Para melhor entender a importância e a conformação jurídica desses Conselhos, vejamos a explicação de Moreira (1999, p. 65):

[...] os conselhos são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, [...] que devem trazer as linhas definidoras de seu campo de atuação. [...] constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correccional das políticas sociais, [...] pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada em cogestão com a sociedade civil [...]

Não é que esses Conselhos possam inibir ou cancelar as deliberações feitas pelo o Estado, mas eles atuam como órgãos de controle social junto ao Estado, sempre primando pelo bem coletivo da sociedade, obrigando-o a realizar uma gestão democrático-popular em que a sociedade civil possa ter suas reivindicações consideradas. Sobre essa gestão democrático-popular Cunha (2009, p. 25), explica que se trata de

um tipo de gestão pública que tem como parâmetro os modelos de democracia participativa e deliberativa, que tem características emancipatórias relacionadas a democratização das relações entre Estado e sociedade. Este modelo de gestão indica não só um necessário dinamismo democrático da

sociedade civil, como também uma postura porosa a participação por parte do Estado, que pode ser o indutor de novas práticas políticas.

O controle social pode ser realizado através do Orçamento Democrático, parte de uma premissa de gestão democrático-popular, onde são deliberadas em plenárias os investimentos e as políticas públicas de saúde e a descentralização de recursos. Neste ínterim, acontecem reuniões orçamentárias, onde os Delegados previamente eleitos pela população da região por meio de assembleia. Esses delegados têm como responsabilidade recolher as informações da população e repassá-las ao representante do executivo, na esfera institucional competente.

De acordo com Brasil (2007, p.76) as assembleias do orçamento são abertas a todos que queiram participar e contribuir com as demandas que lhes são pertinentes. Nessa caso, “há a discussão sobre o que pode ser feito e é designado um ou mais representantes para que possa representar a prefeitura na audiência pública do Orçamento Democrático”.

Qualquer pessoa, independentemente de partido político, cor, credo ou sensibilidade política tem acesso aos gastos do município, assim como dispõe no art. 48 da Lei Orgânica Municipal:

Artigo 48 - As contas do Município ficarão à disposição dos cidadãos durante 60 (sessenta) dias, a partir de 15 (quinze) de abril de cada exercício, no horário de funcionamento da Câmara Municipal, em local de fácil acesso ao público.

Ao final de cada quatro meses, o Poder Legislativo deverá realizar audiência pública, para demonstrar o cumprimento das metas fiscais. É, então, essencial que a sociedade participe da referida audiência, inclusive com a presença de representantes de órgãos técnicos, a fim de haver base de discussão para a análise das informações apresentadas nos relatórios. Consideremos, assim, que é através destas informações que a sociedade poderá fazer o controle da aplicação dos recursos públicos e a transparência das ações dos gestores públicos.

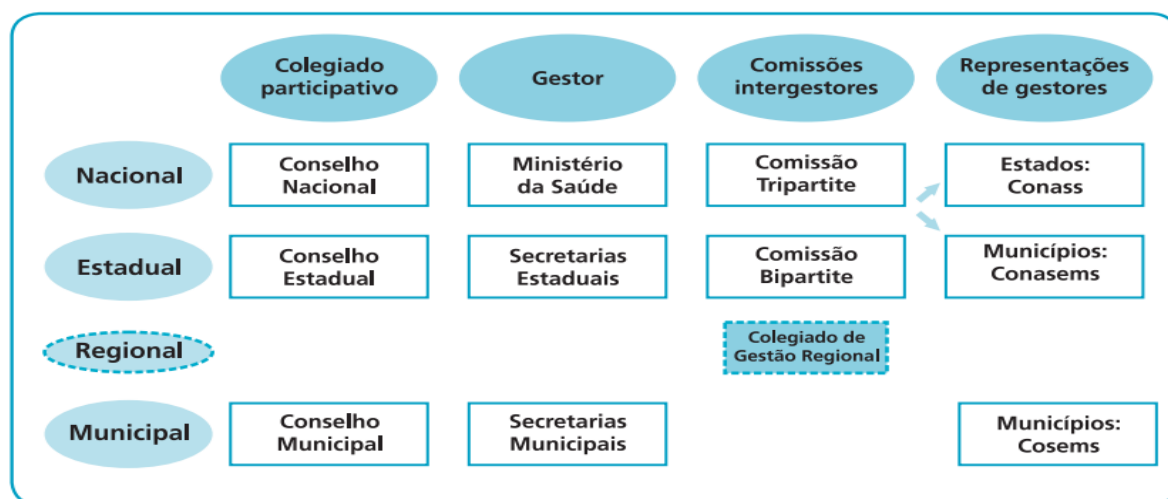
Além dessas audiências públicas, toda a sociedade, por sua vez, terá acesso às contas prestadas pelo Chefe do Poder Executivo durante todo o exercício, tanto na esfera do respectivo Poder Legislativo, como do órgão técnico responsável por sua elaboração.

No caso do SUS, a estrutura de participação e controle social assumem contornos institucionais específicos, como veremos a seguir.

2.3 Estrutura Institucional de Participação e Controle Social no SUS

De forma breve, vamos tentar explicar a forma como estão estruturadas atualmente as entidades representativas que congregam a estrutura da participação e do controle social no SUS.

Figura 1: Arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.



Fonte: Adaptado de Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2002).

A partir desse organograma, tem-se a oportunidade de visualizar todos os espaços e instâncias que integram a política gestão do SUS. De acordo com Machado et. al (2013, p. 3), esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de:

- gestores do sistema em cada esfera de governo;
- instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional), as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado) e, mais recentemente, os Colegiados de Gestão Regional Intraestaduais (número variável em função do desenho regional adotado em cada estado);
- conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (CONASS e CONASEMS) e no âmbito estadual (COSEMS);
- conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal.

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada

esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde.

A Constituição Federal determina a responsabilidade de cada uma dessas instâncias de governo sobre a preservação da saúde.

O artigo 23 estabelece que constitui competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde (inciso II), competindo aos mesmos entes legislar concorrentemente sobre a defesa da saúde (art. 24, inciso XII).

Aos Estados cabe, segundo o mesmo dispositivo, detalhar as regras aplicáveis no âmbito de suas atividades ou segundo o que a legislação federal lhe atribuir. Aos Municípios, no exercício de uma competência que é apenas residual, cabe disciplinar as questões restritas às suas peculiaridades. (art. 23 e seu inciso II).

O artigo 196 estabelece que o dever do Estado de prestar serviços de saúde deve ser garantido nos termos de políticas sociais e econômicas, o que significa dizer que a “redução do risco de doenças e de outros agravos” e o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” não possuem uma amplitude sem limites, mas condiciona-se às ditas políticas sociais e econômicas.

Em relação à presença do Estado nos Conselhos, Costa e Silva (2001) explica que nos Conselhos, a presença do Estado difere conforme a composição prevista na legislação. Na saúde, há paridade entre os usuários e os demais representantes (incluindo governo, prestadores de serviços, trabalhadores); na assistência social a paridade se dá entre governo e os representantes da sociedade civil (aqui incluídos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços).

Observa-se que a presença do governo nos Conselhos de Saúde é mais reduzida, o que não significa menor influência na deliberação.

Aos Municípios, no exercício de uma competência que é apenas residual, cabe disciplinar as questões restritas às suas peculiaridades.

O município tem como competências principais, construir uma sociedade mais justa e que distribua por igual o seu desenvolvimento com apreço à população na prestação dos serviços públicos de saúde e assistência pública.

2.4 Conselho Nacional de Saúde, Conferência Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais no Controle Social

A efetivação do Controle Social no Sistema Único de Saúde se dá pela deliberação permanente do acompanhamento e monitoramento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nas políticas públicas de saúde, órgão este diretamente ligado ao Ministério da Saúde, onde em sua representatividade acolhe representações de instituições da sociedade civil e privada bem como representantes dos usuários e segmentos de profissionais da área da saúde, nas instâncias governamentais e prestadores de serviços de saúde, onde seu dirigente maior, o Presidente, parte de uma decisão democrática indicada pelos membros que compõem o Conselho.

O papel de extrema relevância nas estratégias e na promoção do controle social parte da deliberação aprovada na plenária do CNS do Plano Nacional de Saúde que tem sua periodicidade de quadriênio, bem como a aprovação do próprio orçamento da saúde e sua execução em seu aspecto econômico e financeiro.

Mas a história da autonomia participativa do CNS deriva de conquistas que remontam ao passado de sua criação, a partir da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, onde em suas reuniões eram apenas abordados assuntos no âmbito interno, partindo a indicação dos membros pelo crivo do Ministro de Estado. O Estado evidenciava, neste período, um precário assistencialismo médico, onde haviam excepcionalidade nos casos das enfermidades como tuberculose, hanseníase e doença mental.

Foram elaboradas diversas normatizações ao longo dos anos com o intuito de ampliar a participação do CNS e consolidar um processo de descentralização no Sistema de Saúde, sendo que esses dispositivos visaram a ampliação da composição do quadro de representantes, bem como sua autonomia na escolha dos integrantes. Inicialmente, era composto por 17 membros do próprio quadro funcional de servidores do Ministério da Saúde, deliberando atividades relacionados a pasta governamental.

Com a aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, sob a Resolução n.º 407, de 12 de setembro de 2008, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, abordou em seu Art. 4º, sua composição por 48 (quarenta e oito) membros titulares, sendo:

I - cinquenta por cento de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, eleitos em processo eleitoral direto; e

II - cinquenta por cento de membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, todos indicados pelos seus respectivos dirigentes.

A preocupação nas deliberações das políticas públicas de saúde se fez presente, e para que este ato democrático participativo ocorra houve a preocupação para a composição igualitária e uma votação paritária no equilíbrio dos interesses dos seguimentos que compõe os envolvidos, definindo-se a seguinte composição: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.

As deliberações do Pleno do CNS são normatizadas oficialmente por resolução, recomendação e moção. A resolução é ato geral e conclusivo, de caráter normativo e de responsabilidade direta do CNS. Portanto, as deliberações do Pleno do CNS por resolução requerem tempo para aprofundamento, estudo, oportunidade para o debate e esclarecimento dos conselheiros (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011, p. 3).

Dispositivos constitucionais para participação popular da sociedade civil na área da saúde são os Conselhos e as Conferências nacionais, representado por diversos setores da sociedade e por provedores de serviços públicos. Com o compromisso impactante para a sociedade, as Conferências de Saúde ocorrem com uma periodicidade quadrienal, propondo diretrizes e ações governamentais no âmbito das políticas públicas de saúde, avaliando e deliberando sobre a democratização e descentralização do SUS. Este processo de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, se deu pela homologação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A Conferência Nacional de Saúde segue um cronograma que advém as Conferência Estadual de Saúde realizadas pelos conselhos Municipais e/ou Estaduais, levando propostas e projetos para o debate dos colegiados.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada 1986, foi fundamental para democratização da saúde, onde foram metodicamente traçados princípios ampliados de saúde e suas diretrizes fundamentais, marco este importante, cujo o relatório final serviu para a constituinte parlamentar elaborarem o Artigo 196 na carta magna, CF 1988, “Da Saúde”,

incluindo princípios, como: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, ampliando a participação bem como a previdência social nos serviços de saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, espaços estes destinados para participação efetiva sociedade civil organizada, com um sentimento de suprir demandas cidadãos e melhor representar a população do que utilizar os préstimos do Sistema Único de Saúde.

Reiterada conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, cujo o controle social da saúde parte das propostas de composição dos Conselhos Estaduais e Municipais, onde “as decisões do conselho de saúde serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (TCU, 2010, p. 21).

A Lei n. 8.142/1990 estabelece também que o conselho de saúde atua: “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”.

Os conselhos gestores estaduais e municipais de saúde, devem ser constituídos a partir de legislação que estabeleça seu regimento interno, com recursos financeiros e orçamentários, possuir um quadro funcional fixo, reuniões periódicas com livre acesso ao cidadãos, analisar os Planos Estaduais e/ou Municipais de Saúde bem como seus respectivos Relatórios de Gestão, ter uma comunicação com a sociedade e conhecer as demandas sociais e deliberar sobre sua resolutividades. As decisões são homologadas pelo gestor maior do Poder Executivo.

Como vimos, o SUS é o resultado de uma construção histórica da sociedade brasileira que se confunde com os momentos de retrocesso e avanços democráticos. Sua efetivação enquanto serviço público de caráter universal, além de dotá-lo de uma abrangência de largo alcance, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, instalou desafios para a sua consolidação e ampliação a fim de atender aos interesses e demandas da sociedade. A incorporação dos princípios da participação e do controle social da política de saúde no Brasil, principalmente através das Conferências e dos Conselhos Gestores, ao mesmo tempo em que ampliam o caráter democrático do Estado brasileiro, colocam como desafio a garantia do efetivo funcionamento dessas instituições, no sentido de aprofundamento do seu caráter transparente, democrático e participativo.

A partir dessa apresentação geral da estruturação do SUS e seus mecanismos de participação e controle social, vamos abordar, no próximo capítulo, a história e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba – CES/PB.

3 HISTÓRIA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA

Com a prerrogativa de seguir a premissa legal do controle social no SUS, deliberando sobre a formulação das políticas públicas na saúde e instigar a reforma democrática no Estado, como espaço potencialmente participativo, o Conselho Estadual da Paraíba – CES/PB, foi criado pelo Decreto n.º 2.228 de 19 de novembro de 1987, sancionado pelo decreto Lei n.º 6.712 de 29 de dezembro de 1998, e reformulado pela Lei n.º 8.234, de 31 de maio de 2007, em consonância com o que dispõe o artigo 1º da Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no uso de suas competências.

A história do CES/PB começou a partir da necessidade em garantir as conquistas da universalização da saúde pública nacional e conseqüentemente local, como órgão colegiado e permanente, e exerce o poder deliberativo, consultivo e fiscalizador, parte integrante da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde.

Reforçada na pela lei que rege o Sistema Único de Saúde, Lei n.º 8.080/1990, no qual determina criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, e colegiadas por representantes do poder executivo e por entidades representativas da sociedade civil, o CES/PB, atua também na articulação política de programas de interesse para a saúde, bem como na elaboração dos Planos Estaduais de Saúde, alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais.

3.1 Composição

A composição do colegiado do Conselho Estadual de Saúde segue o princípio da paridade em sua distribuição, composto por 24 (vinte e quatro) membros titulares, na proporção de 25% (vinte cinco por cento) dos Governos Federal, Estadual e Municipais, e dos prestadores de serviços de saúde conveniados com o SUS; de 25% (vinte cinco por cento) das Entidades representantes dos trabalhadores da saúde; e 50% (cinquenta por cento) dos representantes de usuários do Sistema Único de Saúde.

A observância do princípio da paridade é constatada pela escolha das representações das entidades, que compõe o colegiado do CES/PB, por um mandato de 02 (dois) anos, correspondente ao período de 1 de julho de 2013 à 30 de junho de 2015, de acordo Ato Governamental nº 6.971, publicado no Diário Oficial do Estado de 12 de junho de 2013, os

seguintes membros:

Quadro 1: Composição do Colegiado do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba

GOVERNOS/ ENTIDADES CONGREGADAS	ENTIDADES	COND	CONSELHEIRO(A)
SEGMENTO - GOVERNO			
Governo Federal	Núcleo do Ministério da Saúde na Paraíba	TIT	Ana Maria de Lima Gomes
		SUP	Ronaldo Soares N. Macedo
Governo Estadual	Secretaria Estadual da Saúde na Paraíba	TIT	Waldson Dias de Sousa
		SUP	Patrícia Melo Assunção
Governo Municipal	Conselho Paraibano de Secretários Municipais Saúde/PB	TIT	Elisandro Bezerra Barbosa
		SUP	Alana Soares Brandão Barreto
SEGMENTO - PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS			
Comunidade Científica na Área da Saúde e Prestadores de Serviços de Saúde Conveniados com o SUS	Sindicato Estab. De Serviços de Saúde do Estado da PB	TIT	Antonio Eduardo Cunha
		SUP	José Targino da Silva
	CMB - Confed. Santas Casas de Miseric. Hosp e Ent. Filantrópicas	TIT	Geraldo Guedes Pereira
		SUP	Cristina Elizabeth Oliveira Leal
	Associação Médica	TIT	Cláudio Orestes
		SUP	Luciana Trindade
SEGMENTO - TRABALHADORES ÁREA DA SAÚDE ABRANGÊNCIA ESTADUAL			
Entidades Congregadas de Sindicatos de Trabalhadores de Saúde do Setor Privado	SINDESEP - Sindicato Empregadores Estabelecimentos de Serviços de Saúde Estado da Paraíba	TIT	Roberto de Andrade Leôncio
		TIT	Francisco Carlos Bezerra
		SUP	Adriana Bitencourt e Silva
		SUP	Luiz Carlos Berto Mendes
Entidades Congregadas de Sindicato de Trabalhadores de Saúde do Setor Público	SINDSAÚDE Sindicato dos Trabalhadores Públicos em Saúde Est. Paraíba	TIT	Wanda Celi Cavalcanti
		TIT	Cláudia Alexandra S. Silva
		SUP	Johnson Acioly da Silva
		SUP	Érica de Araújo Cruz
	SINDODONTO Sindicato dos Odontologistas do Est. da Paraíba	TIT	Joana Batista Oliveira Lopes
		TIT	Leda Maria Santos de Assis
		SUP	Walkíria Mendes Vieira Feitosa
		SUP	Késia M. Brito Silva Lucena
SEGMENTO - USUÁRIOS DO SUS ABRANGÊNCIA ESTADUAL			
Entidades Congregadas Conselhos	FEPAC - Federação Paraibana de	TIT	Marcelo Melo da Silva
		TIT	Edson Cruz da Silva Filho

Comunitários Assoc. de Moradores ou Entidades Equivalentes	Associações Comunitárias	SUP	Andréa Souza Silva
		SUP	Edson Cruz da Silva
Entidades Congregadas Assoc. Portadores de Deficiência	ASPADEF Associação Paraibana Deficientes	TIT	Íber Câmara de Oliveira
		TIT	Maria Selma Correia Lima
		SUP	Fernanda Carolyne C. Lima
		SUP	João Evangelista a. Santos
Entidades Congregadas de Assoc. em Defesa do Consumidor	ASSENDICON Assoc. Educação e Defesa dos Direitos da Cidadania do Consumidor	TIT	Wagner dos Santos Januário
		TIT	Pedro Paulo Araújo Peixoto
		SUP	Ana Patrícia Jesus de Aguiar
		SUP	Jamacyr Mendes Justino
Movimento Negro em Saúde	Associação de Familiares e Amigos de Deficientes Mentais Índios, Negros e Ciganos no Estado da Paraíba.	TIT	Francisco Gurgel dos S. Neto
		TIT	Luciano Correia Carneiro
		SUP	Marcos Antonio de Sousa
		SUP	Severino Ramos da Cruz
Entidades Congregadas de Portadores de Patologias	Sociedade de Hemofílicos	TIT	Elias Marques Ferreira
		TIT	Rosa Rita Conceição Marques
		SUP	Rosemary da Silva Bezerra
		SUP	Maria Rita da Conceição
	MORHAN Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase	TIT	Severina Maria dos s. Ribeiro
		TIT	Emanuela Santos M. Grangeiro
		SUP	Antonio Carlos Targino de Lima
		SUP	Kátia Cristine Santana Gouveia

Fonte: Ato Governamental nº 6.971/2013 do Governo do Estado da Paraíba

3.2 Estrutura

A preservação e manutenção da sua estrutura física, profissional e de pessoal, requer uma atenção especial, e diante destas necessidades foram garantidas autonomia financeira e orçamentaria com previsão legal. Assegurada desde sua criação, prevendo a atuação do conselheiro de forma independente e imparcial, o CES/PB conta na Lei n.º 6.712/1998, em seu Artigo 12, o seguinte amparo: “O orçamento necessário ao funcionamento das atividades do Conselho Estadual de Saúde, deverá ser anualmente formulada pela Secretaria de Saúde do Estado e aprovado pelo Plenário deste Conselho”. Como também na 4ª Diretriz da Resolução CNS n.º.333/2003, que aborda “os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do conselho de saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa”. Com estes dispositivos, os conselheiro podem assegurar um trabalho condizente as suas atribuições.

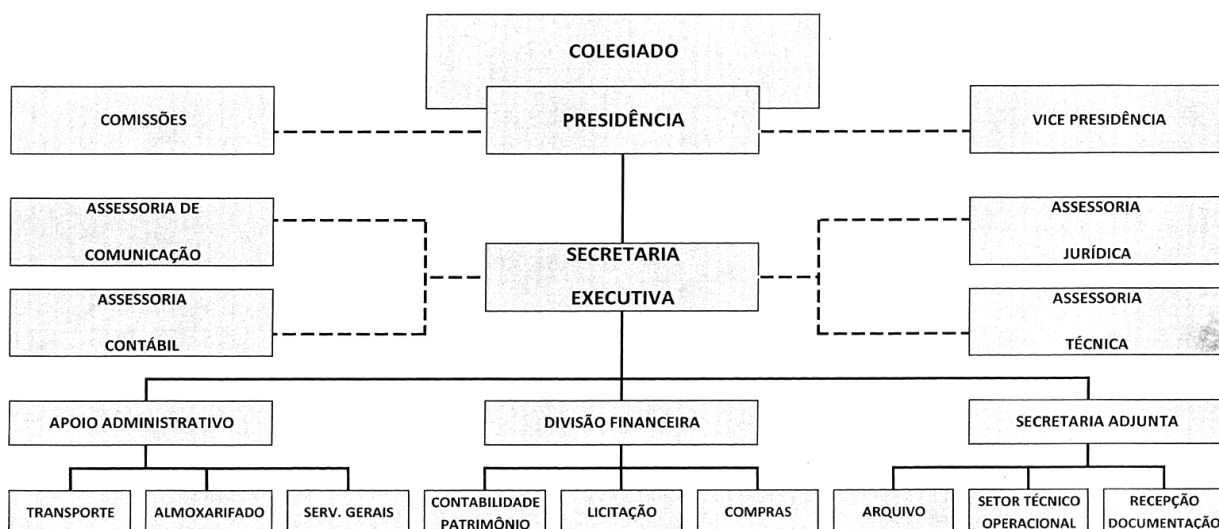
Quadro 2: Detalhamento da Despesa – QDD 2013

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO						EXERCÍCIO 2013	
QUADRO DE DETALHAMENTO DA DESPESA - POR MODALIDADE							
25.000 - Secretaria de Estado da Saúde							
25.102 - Conselho Estadual de Saúde							
CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	NATUREZA	FT	ESF	DETALHAMENTO	TOTAL	
25.102.10.122.5154.2989	Manutenção do Conselho Estadual de Saúde Conselho mantido (unid) = 1						
		3.3.90	10	Seg	1.130.000		
		4.4.90	10	Seg	70.000		
							1.200.000
TOTALS	PESSOAL E ENC. SOCIAIS	JUROS E ENC.	OUTRAS DESP. CORRENTES	INVESTIMENTOS	INVERSÕES FINANC.	AMORT. DA DÍVIDA	OUTRAS DESP. DE CAPITAL
FISCAL	1.200.000		1.130.000	70.000			
SEGUR.	1.200.000		1.130.000	70.000			

Fonte: Secretaria de Planejamento e Gestão da Paraíba, 2013

O quadro de profissionais que integram o CES/PB, são servidores em caráter efetivo disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde e prestadores de serviços em caráter temporários, bem como uma Secretaria Executiva, subordinada à Plenária e com atribuições especificadas no seu Regimento Interno, sendo coordenada por um Secretário Executivo nomeado pelo Governador do Estado.

Figura 2: Organograma do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba - CES/PB



Fonte: Secretaria Executiva do CES/PB, 2013

3.3 O CES como espaço de participação e Controle Social

A democratização e universalização da saúde parte da ideia do direito pelo excepcional interesse público, já abordado por diversas legislações, mas para que essas ações se concretizem permanentemente é necessário que os atores sociais e políticos assumam atitudes sistêmicas de controle e participativas sociais. Dentro deste contexto, o CES/PB realizou no ano 2013 frequentes plenárias e reuniões, com diversos níveis da sociedade, sobre a gestão e direitos do SUS.

O CES/PB tem como característica e atribuições uma grande capacidade deliberativa, elaborando pautas para discursões das políticas públicas de saúde, para serem levadas a reuniões e/ou plenárias, tais como:

- Fiscalização por meio de diligências a hospitais de pronto atendimento, afim de detectar possíveis desserviço à população;
- Participação no planejamento e na execução das políticas de saúde, por meio do debate do Plano Anual de Saúde 2013, onde foram traçadas as metas e as diretrizes para sua realização;
- Análise da prestação de contas, por meio dos Relatórios Quadrimestrais da Secretaria Estadual de Saúde/ PB, trabalhando em consonância com os órgão de controle externos, afim de constatar divergências na aplicação dos recursos.

O Artigo 41 da Lei Complementar nº 141, 13/01/2012, faz menção aos Conselhos de Saúde e estabelece que estes:

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

Pudemos perceber, nas observações diretas que realizamos de algumas seções do CES/PB em 2014), que a participação popular manifesta-se frequentemente nas Plenárias, através de requerimentos e pleitos relatados nos debates dos conselheiros, com a convocação de gestores de órgãos e hospitais, para pedir esclarecimentos por meio formal. Foram também elaborados requerimentos para que as Comissões de Vigilância em Saúde e População Negra

envidassem esforços para visitar *in loco* algumas comunidades carentes, principalmente os quilombolas.

3.4 Os principais temas e deliberações do CES no ano de 2013

Nesta seção, apresentaremos as principais questões que foram objeto de Resolução do CES. Cabe lembrar que as Resoluções do Conselho têm força normativa interna na área do Sistema Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

No quadro abaixo, apresentamos exemplos de matérias deliberadas pelo CES/PB, a fim de exemplificarmos o escopo da sua atuação ordinária e a diversidade de temas que são objeto de discussão e deliberação pelos Conselheiros.

Resolução CES/PB nº 094/2012 de 28/12/2012.
- Considerando o exame do Plano de Saúde proposto pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) 2012 à 2015 e as ações desenvolvidas pela SES em nosso estado no corrente ano;
RESOLVE:
1. - Aprovar o Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015, bem como as ações e a prestação das contas desenvolvidas nos anos de 2011 e 2012,
2. - Promover revisão juntamente com a SES do referido plano no triênio seguinte.
Resolução CES/PB nº 095/2013 de 16/04/2013.
- Considerando o avanço da HIV/AIDS no Brasil e na Paraíba;
- Considerando a importância do PAM no enfrentamento da doença;
- Considerando o voto de aprovação do relator do pedido de vista do conselheiro Roberto de Andrade Leôncio;
RESOLVE:
Aprovar a Programação Anual de Metas PAM 2013 para trabalhar ações em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no estado da Paraíba.
Resolução CES/PB nº 096/2013 de 17/04/2013.
RESOLVE
Aprovar o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.
Resolução CES/PB nº 097/2013 de 02/05/2013.
- Considerando a disponibilização para análise do Relatório Anual de Gestão proposto pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) 2011;
- Considerando a análise criteriosa exercida por este conselho e recomendações de ajustes que serão apontados para correção pela gestão;
- Considerando a necessidade de aprovação das ações em saúde desenvolvidas no âmbito do

<p>SUS; RESOLVE: Aprovar o Relatório Anual de Gestão de 2011 com restrições.</p>
<p>Resolução CES/PB nº 098/2013 de 06/08/2013.</p>
<p>RESOLVE: - Aprovar o Projeto do Programa de Inclusão Digital - Sistemática de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação - SAMA.</p>
<p>Resolução CES/PB nº 100/2013 de 06/08/2013.</p>
<p>- Considerando a disponibilização para análise do Relatório Anual de Gestão proposto pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) 2012; - Considerando a análise criteriosa exercida por este conselho e recomendações de ajustes que serão apontados para correção pela gestão; - Considerando a necessidade de aprovação das ações em saúde desenvolvidas no âmbito do SUS; RESOLVE: - Aprovar o Relatório Anual de Gestão de 2012</p>
<p>Resolução CES/PB nº 0101/2013 de 12/09/2013.</p>
<p>RESOLVE: - Aprovar a Proposta de Orçamento da Saúde.</p>
<p>Resolução CES/PB nº 0102/2013 de 05/11/2013.</p>
<p>- Considerando a falta de repasse dos recursos oriundos do Ministério da Saúde aos prestadores de serviços de natureza médico e hospitalar de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) por município em gestão plena de sistema; - Considerando que o pagamento por serviços prestados é fundamental para o bom funcionamento das Unidades Hospitalares prestadoras de serviços sob gestão estadual, privadas e filantrópicas; - Considerando que a ausência de pagamento pelos serviços prestados de recursos repassados pelo Ministério da Saúde que têm destinação específica se reflete na qualidade dos serviços com evidente prejuízo aos usuários do SUS. RESOLVE: Recomendar ao Tribunal de Contas do Estado da Paraíba a rejeição das contas dos municípios em gestão plena de sistema, inadimplentes com os prestadores de serviços de natureza médico hospitalar por desvio na utilização dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.</p>

Fonte: O autor

Como se vê no quadro acima, o CES delibera sobre questões de extrema importância

para o funcionamento e a gestão do Sistema no estado da Paraíba. A própria aprovação do Plano Estadual de Saúde, que estabelece as metas, os recursos a serem aplicados, com as previsões de aplicação do Gov. Federal, do próprio Estado e dos Municípios, determina o investimento público no sistema, sua avaliação e reformulação permanente enquanto política pública, alcançam extrema relevância na gestão da política de saúde do estado. Além disso, o Conselho pode rejeitar as contas de Municípios, o que estabelece restrições ao recebimento de recursos pelo Governo Federal.

Cabe mencionar, ainda, a parceria realizada em 2013 entre o CES/PB e os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST/PB, com a realização do Encontro Macrorregional Nordeste realizado na Paraíba em dezembro de 2013, para as Etapas das Macrorregionais da 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 4ª CESTT-PB, que ocorrerá em 2014.

Essas etapas têm por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Base; averiguar a implantação e implementação das propostas de conferências anteriores em consonância com os eixos temáticos deliberados pelo CES/PB, visando a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, formais e informais, rurais ou urbanos, e emitir um Relatório Final sobre as temáticas distintas sobre os temas “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”, e a “Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”.

A busca por uma efetivação e o funcionamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora leva em consideração princípios da integralidade e intersetorialidade para as esferas governamentais, as propostas contidas no Relatório Final serão encaminhadas para compor a representatividade na Conferência Nacional.

3.5 A visão dos Conselheiros

A pesquisa procurou conhecer e analisar, sobre a ótica da participação e do controle social, a percepção dos conselheiros que compõem atualmente o CES/PB, sobre o papel e a atuação do Conselho. Além das entrevistas semiestruturadas, participamos como ouvintes de algumas Reuniões Ordinárias do CES/PB, nos meses de março à maio de 2014.

É conveniente lembrar que as práticas de controle das ações governamentais desenvolvidas pela democracia participativa, conquistadas pelas entidades que compõem o CES/PB, advém de conquistas que remontam a história do Sistema Único de Saúde, e da sua

necessidade por uma democratização e o controle das políticas públicas, que se efetivam através do próprio CES e da realização de Conferências de Saúde.

A necessidade da representatividade, estabelecida pelo princípio da paridade, faz com que parte dos seus membros acabe ocupando lugar no Conselho por vários mandados (que são de dois anos), criando uma espécie de cristalização da representação no CES/PB, conforme podemos perceber pelos depoimentos abaixo:

[Participo do CES/PB] ...desde o primeiro Conselho Estadual de Saúde no Governo de Tarcísio de Miranda Burity (1987), que não foi constituído através de Lei e sim de Portaria. (Conselheiro 1).

Em 1992, quando fui convocado [para o CES/PB], eu não, a entidade, e a entidade me escolheu para representar dentro desse conselho o seguimento dos trabalhadores da rede privada (Conselheiro 2).

Estamos no 2º (segundo) mandato, mas já participei em outras vezes, na verdade faz mais de 10 (dez) anos que a gente participa dos movimentos do CES/PB, no entanto, já nos movimentos sociais já nasci dentro dele, lutando pela saúde pública desde sua construção (Conselheiro 3).

No CES e conselhos municipais a partir de 2007. A entidade fez uma reunião com a diretoria e nos indicou pra representar a entidade (Conselheiro 4).

Estou no CES por volta de 2007, apesar de ter sido conselheiro antes, mas retornei mesmo em 2007 (Conselheiro 5).

Comecei a participar do CES/PB foi em 2007, a convite do Presidente da SINDICON, já trabalhava com ele no movimentos estudantis, no direito do consumidor e do estudante, que são usuários do SUS também (Conselheiro 6).

Dentro de nossa associação temos grandes quadros e a cada tempo temos mudanças de conselheiros, então em uma ação do presidente recebi o convite, tendo em vista minha desenvoltura no controle social, representando os usuários do SUS (Conselheiro 7).

Como se vê, há representantes que já participam do CES/PB por um longo período de tempo, até mais do que vinte anos. Isso pode representar alguma continuidade nas agendas e nos procedimentos que são adotados pelo Conselho, mas também pode sinalizar para uma cristalização da representação, sem a rotatividade que possibilitaria a entrada de novos atores sociais e novas propostas para a efetivação das políticas de saúde no Estado. De todo modo, a

formação de um grupo de conselheiros sinaliza para a construção de uma consciência participativa, levando em consideração o interesse no conhecimento das competências do CES/PB e fortalecendo a participação da sociedade civil nesse processo.

Como a situação do Conselheiro 3, que “*milita a quase 25 (vinte e cinco) anos na área de saúde e 10 (dez) anos no CES/PB*”, demonstra experiência na instrumentalização utilizada na política e no acompanhamento permanente das ações, o que pode representar um fator importante para a resolutividade dos dilemas das políticas de saúde e seus programas.

O estudo sobre o CES/PB como mecanismos de participação e controle social pressupõe igualmente que os atores que compõe o seu quadro deliberativo, enquanto espaço democrático permanente, podem apresentar ou materializar debates envolvendo interesses antagônicos ou divergentes na condução da política, o que requer, em muitos casos, capacidade de negociação entre a representação governamental e não-governamental.

Onde existe a sociedade civil reunida sempre existe conflitos, as vezes partidárias e as vezes o próprio interesse da representatividade desses conselhos (Conselheiro 2)

No contexto das discursões em que existem conflitos de interesse, infelizmente muitos gestores não tem a compreensão de atender a demanda e os clamores da população, até porque a gente percebe que hoje dentro desses conflitos nas três esferas de governo a sociedade brasileira se depara muito é com a questão da falta de atendimento, falta de medicamentos, insumos de um modo geral (Conselheiro 4)

... a divergência sempre ela haverá de ter, porque como somos um colegiado tudo se tem o fator do contraditório, como questão simples, pois se fossemos unanimidade não seríamos um conselho, e sim inseridos no próprio governo e seríamos funcionários públicos, temos o fator da divisão, por existir diversas óticas sobre alguns temas e interesses (Conselheiro 7)

No entendimento dos segmentos do CES/PB sobre o controle social e participação popular, coexistem diferentes visões e interesse, a partir de sua representatividade institucional e das legislações que determinam sua composição e funcionamento. Porém, a necessidade do controle público da sociedade sobre o governo pressupõe uma participação ativando que tange a elaboração de políticas sociais, mais propositivas das estratégias a serem adotadas.

...o CES/PB tem a função de comissão de regular e normatizar o SUS

no estado, então ele é composto por prestadores de saúde, gestores e trabalhadores e de usuários do sistema, exatamente essa política de envolver todos os participantes, todos os atores que atuam no SUS, gera importantes decisões e equilibradas, do ponto de vista técnico e das posições individuais das necessidades de cada setor (Conselheiro 1).

As Políticas de Saúde são construídas a partir das demandas advindas da própria sociedade no controle social exercido a partir do CES/PB, como processo construtivo e deliberativo, porque a Lei 8.142/90 instrumentaliza os Conselhos justamente para que nós possamos inclusive, exercer fiscalização das construção das políticas públicas de saúde advinda dos seguimentos representados que são, gestor, prestador de serviços de saúde conveniados com o SUS, trabalhadores da saúde, usuários, que vão compreender dentro do CES nas 3 esferas de governo, o Controle social e suas políticas e possam ser implantadas e implementadas no intuito de garantir o que a nossa Constituição Federal em seu Artigo 5º, 196º e 200º, diz que a população merece uma saúde de qualidade e universalidade garantida a todo cidadão e cidadã brasileira (Conselheiro 6).

O controle social pode ser compreendido de diversas maneiras, podendo ser interpretado também como controle público, onde a sociedade elabora agendas propositivas, buscando a ampliação dos direitos sociais, exercendo influência direta sobre o Estado. No CES/PB existem comissões que buscam esses apoio e acesso junto a sociedade.

Nós temos várias comissões que são específicas para atuar e dividir o trabalho desse controle, nós temos a Comissão de Atenção à Saúde, Comissão de Gestão e Trabalho, Comissão de Finanças do Conselho, Comissões de Educação Permanente, Comissão de Controle Social, essas comissões é que efetivamente promovem as atividades do CES/PB no âmbito da sociedade (Conselheiro 1).

O trabalho da gente é em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde em forma de orientação, como o órgão fiscalizador no município são estes conselhos, atuamos quando diretamente quando há constatação de irregularidades ou denuncia, como exemplo, o Conselho de Quixaba, ocorreu uma denúncia por parte de um conselheiro local, referente ao seu Conselho municipal, então nos deslocamos até o município e foi constatado pela comissão o fato gerador, e nos reunimos com autoridades da Câmara e Prefeitura e modificamos a lei de acordo com a 141/2012, modificada ela foi encaminhada para aprovação da Câmara Municipal (Conselheiro 6).

Pudemos constatar, através da participação em Reuniões Ordinárias, no total de 03 (três), sendo registradas a nossa presença como ouvinte e estudante da Universidade Federal da Paraíba, a qualidade das discursões e sua efetividade no mecanismo de participação do controle social, na prática do campo da política e gestão do SUS. O escopo dessas reuniões foram importantes para o aprofundamento do tema da pesquisa e sua metodologia:

Reunião Ordinária 193º CES/PB dia 10/09/2013
<p>Pauta 1º - Discussão da Programação Anual de Saúde 2013.</p> <p>Pauta 2º - Proposta de Orçamento da Saúde.</p> <p>Pauta 3º - Aprovação das Atas 192ª Ordinária e 111ª extraordinária</p> <p>Pauta 4º - Assuntos Administrativos</p> <p>Pauta 5º - Apresentação do Projeto do Curso de Qualificação de Conselheiros e Lideranças em Saúde</p>
Reunião Ordinária 194º CES/PB dia 01/10/2013
<p>Pauta 1º - Programação Anual de Saúde 2013.</p> <p>Pauta 2º - Movimento Popular em Saúde.</p> <p>Pauta 3º - Programa de Inclusão Digital.</p> <p>Pauta 4º - Movimento Saúde +</p> <p>Pauta 5º - Plano de Cargos, Carreiras e Salários</p>
Reunião Ordinária 195º CES/PB dia 05/11/2013
<p>Pauta 1º - Apreciação do Relatório 1º quadrimestre 2013 Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>Pauta 2º - Reunião com a direção do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena com o Diretor Técnico, Dr. Edvan Benevides de Freitas Júnior</p> <p>Pauta 3º - Atas das Reuniões Ordinárias 193º e 194º e Extraordinárias 112º, 113º, e 114º</p>

Fonte: o autor

Ressalto a importante Reunião Ordinária 195º, que contou com a participação do representante do Hospital de Emergência e Trauma, o médico e Diretor Edvan Benevides, debatendo denúncias protocoladas no CES/PB e na imprensa e questionamento sobre o atendimento naquela unidade hospitalar. As denúncias protocoladas no Conselho por pacientes do sistema foram abordados e questionamentos diversos foram realizados sobre as situações denunciadas, como por exemplo sobre a atuação das OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que prestam serviço naquela unidade; debates sobre os atendimento de média, alta complexidade e atenção básica, sobre a humanização dos profissionais e recursos

humanos que compõem aquele nosocômio.

Em outro momento, foi abordado o problema da certificação positiva do Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba/COREN-PB, na medida em que o Hospital de Trauma conta na ocasião com 20 (vinte) enfermeiros a mais do que estabelecido como mínimo, e mais de 43 (quarenta e três) técnicos de enfermagem do que o mínimo previsto. Foram também apresentados ao CES/PB os relatórios que são entregues aos órgãos fiscalizatório de controle externo, como a Controladoria Geral da União – CGU, Controladoria Geral do Estado – CGE, Tribunal de Contas da União – TCU, Tribunal de Contas Estado – TCE, Ministério da Saúde, sendo que, em alguns desses o trabalho de auditoria é realizado em tempo real pela internet através de sistemas integrados de gestão.

A descentralização, idealizadas pelas Reformas Sanitárias e legitimada como um dos princípios no atendimento do SUS, confere ao município a responsabilidade pelas ações de saúde para sua população, parâmetro para constantes debates formulados nas reuniões do CES/PB sobre a chamada Gestão Plena do Sistema Municipal, que transfere a competência de suprir o atendimento básicos do SUS e garante o provimento de programas e ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e epidemiológica, bem como internações hospitalares e manter convênio em hospitais públicos e particulares vinculados no SUS.

Na gestão do Secretário José Maria de França, em 2010, foi concedido autonomia de gestão plena para os municípios, porem tem muitos deles não tem condições para esta gestão, porque a referência sempre é João Pessoa e Campina Grande, o que acontece por exemplo, recebem o recurso e mandam o paciente pra Campina Grande e não repassa o valor referente ao atendimento com o usuário, em contrapartida o município não pode se negar a recebe o paciente (Conselheiro 6)

Um problema da máxima importância exatamente porque os municípios da Paraíba estão todos em gestão plena e no final do Governo José Maranhão, o Dr. José Maria de França procedeu, sem passar pelo conselho, foi uma maneira irregular de efetuar esse procedimento, ocorreu que os municípios tem prestadores de serviços estaduais, filantrópicos e privados. Então o município de João Pessoa em 2011, começou a não pagar ao Prestador Público, no caso do Estado da Paraíba, que tem a Hospital Juliano Moreira, Hospital de Trauma, Hospital Arlinda Marques dentre muito outros, prestavam o serviço e não recebiam os valores. (...) fizemos uma resolução para tentar solucionar o problema para que os usuários não fossem prejudicados, pedindo que o Ministério pagasse diretamente ao Estado (Conselheiro 1)

Dentre muito assunto, um remonta ao “século passado (Conselheiro 1)”, a questão da tabela paga pelo SUS por serviços prestados ambulatoriais e hospitalares, encontra-se defasada na opinião de alguns segmentos, gerando fechamentos de algumas unidades hospitalares, ficando municípios sobretudo com o orçamento da saúde comprometida, recaindo sobre o Estado e municípios gerando crise hospitalar e ambulatorial.

No ano de 2012 a Paraíba teve uma per capita para atendimento ambulatorial e hospitalar, ou seja, para cada habitante foi de R\$ 166,00, quando você tira os que tem os planos de saúde essa per capita sobe para R\$ 183,00, o Rio de Janeiro por exemplo, com a mesma tabela que é usada em nosso estado, teve uma per capita de R\$ 294,00, como o governo do Rio de Janeiro tem a população usuária de plano de saúde 37,6% (trinta e sete e meio por cento) esse per capita quando é retira a população dos planos de saúde, ficando a população atendida pelo SUS esse valor sobe R\$ 454,00 (Conselheiro 1)

Ponto muito debatido é a tabela do SUS, hoje os conselhos de saúde devem tratar isso com muita seriedade, lida com hospitais e entes privados conveniados, mas a tabela não tem um reajuste desde o ano de 1996, em 2004, aproximadamente, houve um reajuste pontual de alguns serviços, mas ainda assim encontra-se extremamente defasada, ocasionando a estes entes privados de serviços saúde a se descredenciarem de uma parceria com o serviço público, ocasionando assim uma superlotação dos serviços já garantidos pelos municípios e estado, quando a própria lei 8080 (lei do SUS) trata que quando os serviços de saúde pública não forem suficientes para o atendimento à população, este fica mediante a provação dos Conselhos de Saúde, a possibilidade da contratação dos serviços complementares, onde entram estes entes laboratórios hospitalares complementam a defasagem do serviços públicos, que por conta da falta do reajuste da tabela, não tem suportado o pagamento e tem se descredenciado, ocasionando transtorno para população que busca atendimentos (Conselheiro 4)

Agente compreende isso como uma disparidade, pois o tratamento tem que ser igual do norte nordeste penalizado por conta dessa per capita, tanto a tabela quanto a per capita tem que ser igual (...) a falta de reajuste nos prejudica bastante, aqui na Paraíba, temos casos como Hospital Santa Paula, Hospital Santa Lucia, Maternidade Frei Martinho, como outro hospitais tem fechado, ultimamente agora perdemos a Santa Casa que o é Hospital São Pedro que fechou também, porque não tem condição ter que receber o pra fazer um internamento de um paciente com problema de saúde mental, receber R\$ 49,00 pra dar café da manhã, almoço e jantar, pagar ainda agua energia elétrica e funcionário, então as portas dos hospitais estão fechando por não haver um reajuste (Conselheiro 5)

Questão que estamos a muito tempo debatendo, a nossa tabela do SUS está defasada desde 1997, como já foi dito pelo nosso Presidente (CES/PB) outro dia, ela vem do século passado, imagina só se você tem a per capita, como exemplo, o usuário do SUS do Rio de Janeiro recebe a quantia de R\$ 90,00 e na Paraíba R\$ 16,00, existe uma diferença muito grande, esse foi um dos temas mais discutidos neste conselho nos últimos 02 (dois) anos e até sair a tabela corrigida, esse continuará sendo um assunto recorrente, por isso a presença da sociedade civil está contida nesse conselho (Conselheiro 7)

Questão necessária para eficácia das atribuições de controle, diz respeito a sua manutenção, então para que Órgão e/ou Instituições fiscalizadores possam protagonizar melhor suas obrigações, necessitam de mecanismos que agreguem independência e autonomia, no tocante a questão financeira e orçamentaria, para suprir despesas manutenção, aparelhagem, gastos com transporte e diárias, investimentos em cursos e treinamentos dentre outras. Ponto positivo para CES/PB, que possui uma dotação orçamentaria anual, aprovado em plenária e sancionado pelo Estado, para provimento do exercício do controle social.

Dispomos de uma estrutura boa com sede própria, espaço ótimo disponibilizado para as comissões, temos 02 (duas) viaturas, internet, aparelhamento de informática, dispomos de instrumentos que propicia reuniões constantes do CES/PB, uma autonomia (...) dispomos de Assessoria Jurídica para ajudar com assistência nos encontros com outros conselhos (...) Assessoria Contábil muito boa, porque se não fosse boa não conseguiríamos nos locomover com facilidade, um quadro técnico compromissado, a gente tem esses instrumentos para o exercício do controle social (...) dificuldades também há pois precisamos ampliar mais nossa ação com um melhor assistência, ampliar nosso número de veículos para 04 (quatro) e também ter uma Van, pois somos 48 ao todo, e há necessidade de visitas constantes aos conselhos municipais, muito deles ainda arcaicos atuando em condições precárias (Conselheiro 5)

A atividade de Conselheiro é de relevância pública, não recebemos salário, tanto que quem trabalha em empresa privada ele recebe uma declaração que ele está a serviço do conselho de relevância pública, dispomos de uma lei que dar autonomia financeira ao CES/PB garante que todo mês tem que ser repassado uma quantia "X" para gastos com água, luz etc. porque temos sede própria, depois dessa temos autonomia, pois antes funcionávamos dentro da sede da Secretaria de Saúde, (...) essa casa alugada e autonomia para pagar água, luz, funcionários e também quando nos deslocamos para outro município recebemos uma ajuda de custo, para pagar hospedagem, alimentação,

porque muitas vezes que chegamos em alguns municípios são oferecidos pelas autoridades hospedagem, mas negamos por conta do trabalho que estamos desempenhando que é fiscalizar, e não criamos elo, essa lei nos garanti essa independência e autonomia. Mas as vezes atrasa os repasses por parte da Secretaria, então entramos em contato, informando da necessidade (Conselheiro 6)

Hoje temos dotação orçamentaria, esse é o primeiro fato para que possamos trabalhar, imagina so esse exemplo, uma fiscalização em Catolé do Rocha, se a gente fosse esperar pela Secretaria por transporte, não conseguiríamos viajar em tempo hábil, suponhamos que o hospital seja do estado, não teríamos a condição atrelada a situações, pondo em questão a autonomia, por conta da possível intervenção do estado, município ou governo federal (...) a nossa autonomia financeira é o pilar para nossos trabalho no controle social (...) sem nossa autonomia estaríamos engessados em cima de um governo (...) nossa premissa maior (Conselheiro 7)

Esta autonomia ainda é comprometida por alguns entraves, como este citado pelo Conselheiro 6, “Mas as vezes atrasa os repasses por parte da Secretaria”, então com a reunião de membros ocorre a agilidade na transferência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de redemocratização da sociedade brasileira, a partir dos anos 1980, reconheceu a necessidade da construção de canais institucionalizados de participação da sociedade na construção e execução das políticas públicas. As conferências, conselhos, audiências públicas etc., representam avanços institucionais importantes na organização do Estado no Brasil, cujo desenho e funcionamento ainda estão em processo de aperfeiçoamento e ampliação.

O Conselho Estadual de Saúde da Paraíba, objeto específico do presente trabalho, insere-se nesse esforço de democratização das políticas públicas, e seu funcionamento e estruturação indicam para o reconhecimento público e político da sua importância para a implementação e avanços na saúde pública do estado.

Entendemos que a prática do controle social exercido pelo CES/PB representa um efetivo instrumento de democratização das políticas públicas, por suas ações fiscalizatórias e

deliberativas, com a existência de debates entre os atores da sociedade civil, profissionais e gestores em nível estadual, no âmbito do período em questão de 2013, estimulado pelo protagonismo dos usuários do sistema representados pelas entidades que compõem seu colegiado.

Fragilidades foram percebidas em algumas questões pontuais, mas não o suficiente para questionar negativamente o trabalho de democratização da gestão do SUS, cujos desafios são imensos e permanentes. Pudemos perceber que os conselheiros assumem suas funções de grande responsabilidade e que exigem trabalhos exaustivos, com deslocamento para regiões fora da área de atuação do conselheiro, com jornadas de discussões com hora apenas para começar.

Próprio da natureza das políticas públicas nessa área tão sensível para a população, o CES/PB é permeado por interesses contraditórios, onde o interesse público tem que prevalecer, buscando a melhoria dos serviços sociais.

Observa-se que, nas plenárias do CES/PB, a representatividade dos gestores do governo estadual se fez de forma pontual, especialmente quando convocado para responder questionamentos sobre as políticas de saúde. Isso no entanto não significa perda de poder e influência nos processos deliberativos, pois a organização do processo decisórios, das agendas e da peça do orçamento, conjuntamente com as ações e programas setoriais, acabam por convergir com os interesses do Poder Executivo

A busca por qualidade nas aplicações dos recursos é mensurada a partir do protagonismo dos gestores e do controle social efetuando, com estratégias que fomentem a efetividade das ações e programas, no âmbito da saúde pública.

Portanto, a pesquisa constatou a compreensão do controle social, na visão das entidades que compõem o conselhos, apresenta-se em conformidade com os interesses gerais dos segmentos e da agenda da saúde pública no estado da Paraíba.

Talvez fosse importante uma inovação da atuação do conselho a busca pela ampliação da capacidade técnica e política que vise transformar as plenárias presenciais mais atrativas para a sociedade. Uma sugestão nesse sentido pode ser a transmissão em tempo real pela rede mundial de computadores, ou até mesmo uma consolidação com os canais estatais em um horário específico. Outra deficiência a ser enfrentada é a ausência de um portal na internet, que disponibilize a pauta, os dias da plenária ordinárias e extraordinárias, com a publicação de todas as Atas.

A democratização do Estado e das políticas públicas é compreendida aqui, portanto,

enquanto um processo permanente pela transparência, ampliação do acesso, participação ativa da sociedade e controle social sobre o investimento e os serviços públicos. Nesse caso, não estamos pensando apenas do ponto de vista fiscalizatório. A transparência e o controle social são entendidos aqui como ferramentas estratégicas de gestão públicas, que visam a sua sempre maior efetividade e democratização.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. S. A emoção e a construção social. In. **Revista Política e Trabalho**. N 11, João Pessoa, Editora Manufatura, 2001.

BARBOSA, L.A.A. **Mudança constitucional: autoritarismo e democracia no Brasil pós-1964**. Tese de Doutorado em Direito pela Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

BAMPI, Simone. **Primeira infância e saúde pública: a estimulação precoce como estratégia de inclusão social**. Dissertação (Mestrado em Inclusão Social e Acessibilidade) – Feevale, Novo Hamburgo-RS, 2010. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp128901.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Fluxo de Trabalho do Plenário do CNS**. Aprovado na 220ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/fluxo_trabalho_plenario.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

_____. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Gráfica do Senado, 2007.

_____. CGU - Controladoria Geral da União. Secretaria da Prevenção a Corrupção e Informações Estratégicas. **Controle Social Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Coleção Olho Vivo. Brasília, 2010.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface** – comunic, saúde, educ. Minas gerais, ago, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/09>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface** – comunic, saúde, educ. Minas gerais, ago, 2001.

COHN, Amélia. Elias Paulo E. Saúde no Brasil. **Políticas e organizações de serviços**. São Paulo, Cortez editora, 1996.

COSTA; SILVA, M. B. **Planejamento em Saúde**: experiência dos usuários no conselho municipal de saúde de São Lourenço da Mata. Monografia (apresentada ao VI Curso de Especialização em Saúde Pública) Recife: NES/CPqAM/FIOCRUZ, 2001. 81p.

CUNHA, E.S.M. **Efetividade deliberativa**: estudo comparado de Conselhos Municipais de Assistência Social (1997/2006). Tese de doutorado em Ciências Políticas da universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-895HC8/tese_defesa_eleonora.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 jul. 2014.

CUNHA, J. P.P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. BRASIL. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapeco: Argos, 2007.

FALEIROS, V.P.; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIRA, R.M.A.G. **A construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, 2006.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Fiocruz, 2002.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In.: **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Lígia Giovanella et. all., Organizadores. Rio de Janeiro: CEBES; Editora Fiocruz, 2013.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A.L.M.; KRONEMBERGER, T.S.; ZANI, F.B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**. vol.28 n.6 Washington Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010001200006>. Acesso em: 20 jul. 2014.

GONÇALVES, P.G. **Limites e possibilidades da democracia representativa na produção do espaço urbano**: uma análise a partir da atuação da Câmara Municipal de Belo Horizonte. Dissertação de mestrado em Geografia do Instituto de Geociência da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/MPBB->

7HHH22/disserta__o_de_mestrado__vers_o_final.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jul. 2014.

KERTZMAN, I. **Curso prático de direito previdenciário**. 6 ed. Salvador: JusPodivm, 2009.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS**. 2013. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2014.

NASCIMENTO, F.F.L. **Conselho de alimentação escolar: controle e fiscalização do PNAE no Rio Grande do Norte**. Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2013. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/dpp/gpp/TCC/2013/arquivos_downloads/NASCIMENTO__FERNANDA_FERREI.PDF>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das praticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MOREIRA, M.T.V. Instâncias deliberativas dos sistemas descentralizados e participativos das políticas públicas de cunho social: contorno jurídico dos conselhos. In: Informativo Cepam, São Paulo, 1999. p. 65-69

PARAÍBA. **Lei n.º 6.712, DE 29 de dezembro de 1998**. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde da Paraíba e define a sua Composição, Organização, Estrutura, Competência, e dá outras providências.

_____. **Lei n.º 8 234 de 31 de maio de 2007**. Dispõe sobre a composição, a organização, a estrutura e a competência do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba e dá providências.

_____. **Regimento interno da 4ª Conferencia Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Paraíba**.

PASSOS, R. **História da saúde no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.passeidireto.com/arquivo/2124471/aula-01---historia-da-saude-no-brasil---prof-romulo-passos/5>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

PEDRINI, D. M.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. **Controle social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios / (organizadores)**. São Paulo: Paulus, 2007.

SANTANA, G. M. S. **Acolhimento no Programa Saúde da Família... e o mundo vai ver brotar uma flor do impossível chão**. Monografia (Especialização). UEPB. Campina Grande, 2004.

SERRA; GURGEL, J.B. Evolução da previdência social. **FUNPREV. Fundação ANASPS**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.anasps.org.br/evolucao_historica_previdencia.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

SEOANE, A.S.M. **Um estudo sobre a participação da sociedade civil no fortalecimento da política pública vinculada ao CDCA/DF**. Monografia de Serviço Social – SER do Instituto de

Ciências Humanas da Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/7353/1/2013_AndreiaDaSilvaMachadoSeoane.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SILVA, F. C. C. **Controle social:** reformando a administração para a sociedade. o&s - v.9 - n.24 - Maio/Agosto, 2002.

:

Apêndice A – Lista de Entrevistados

ENTREVISTADO	SEGMENTO
CONSELHEIRO 1	Prestadores de Serviços do SUS.
CONSELHEIRO 2	Trabalhadores Área da Saúde Abrangência Estadual
CONSELHEIRO 3	Trabalhadores Área da Saúde Abrangência Estadual
CONSELHEIRO 4	Usuários do SUS Abrangência Estadual.
CONSELHEIRO 5	Usuários do SUS Abrangência Estadual.
CONSELHEIRO 6	Usuários do SUS Abrangência Estadual.
CONSELHEIRO 7	Usuários do SUS Abrangência Estadual.

Apêndice B – Questionário da Entrevista



**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA
Curso de Tecnologia em Gestão Pública**

Entrevista para o trabalho de conclusão de curso do aluno Benilton Andrade, com os segmentos que compõem o quadro de conselheiro estaduais da Paraíba:

- 1) Quando e como você começou a participar do CES/PB?
- 2) Como você compreende o CES/PB sob o ponto de vista da participação da sociedade civil nas políticas públicas de saúde?
- 3) Como você compreende o CES/PB sob a ótica do controle social das políticas públicas de saúde?
- 4) Há divergências ou conflitos entre sociedade civil e estado no CES/PB? Quais os conflitos mais importantes? Quais os temas mais importantes debatidos e deliberados pelo CES/PB nos últimos anos?
- 5) Quais os instrumentos que o CES/PB disponibiliza para a efetivação do controle social pelos conselheiros da sociedade civil?