

JOSÉ LUIZ RIBEIRO DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL NA
AUTONOMIA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

PIRACICABA

2013

JOSÉ LUIZ RIBEIRO DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL NA
AUTONOMIA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

Orientador: Prof. Ms. Fabrício Narciso Olivati

PIRACICABA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
JOSIDELMA F. COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Si38i

Silva, José Luiz Ribeiro da, 1963-

A influência da legislação infraconstitucional na autonomia dos Conselhos Municipais de Saúde / José Luiz Ribeiro da Silva. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Fabrício Narciso Olivati.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Participação comunitária. 2. Planejamento participativo. 3. Democracia. 4. Educação não profissionalizante. 5. Legislação como assunto. I. Olivati, Fabrício Narciso, 1976- II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	04
RESUMO	05
ABSTRCT	06
1. INTRODUÇÃO	07
2. REVISÃO DE LITERATURA	08
3. RELATO DE CASO	22
4. DISCUSSÃO	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADIN** - Ação Direta de Inconstitucionalidade
- CES** - Conselho Estadual de Saúde
- CESP** - Constituição do Estado de São Paulo
- CF** - Constituição Federal
- CMJ** - Câmara Municipal de Jundiaí
- COMUS** - Conselho Municipal de Saúde de Jundiaí
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CS** - Conselho de Saúde
- FMS** - Fundo Municipal de Saúde
- LOM** - Lei Orgânica do Município
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- PL** - Projeto de Lei
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TJSP** - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

RESUMO

O controle social da saúde é o produto histórico da luta pela efetiva participação popular em suas diretrizes, desde a sua deliberação até a sua efetivação na sociedade, através da democracia participativa. Contudo, mesmo com a garantia de sua existência pela Carta Magna de 1988, sua verdadeira implantação se dá através das normas infraconstitucionais nos municípios por leis de iniciativa legislativa do Prefeito como Chefe do Poder Executivo. Em adição, a tradição cultural brasileira calcada no paternalismo, assistencialismo e clientelismo da classe dominante; fruto da falta de uma educação política que mantém a maior parte da população desinformada, apesar de alfabetizada, tem sido também um fator perpetuador da inexistência de uma democracia participativa na condução das políticas públicas de saúde dos municípios da nação. No Brasil a manipulação da legislação infraconstitucional pela classe dirigente para manutenção status quo da classe dominante é deste modo uma disposição legal que legitima e permite o controle desta classe sobre a autonomia e soberania dos conselhos municipais de saúde como espaços institucionais democráticos. Neste trabalho foi demonstrado através da revisão de literatura e estudo do relato de um caso, que os dispositivos legislativos infraconstitucionais são instrumentos legais que podem exercer influência na autonomia dos conselhos de saúde, que tanto podem ser exercido pelo poder constituído pelo sufrágio universal da administração da coletividade na figura do Chefe do Poder Executivo Municipal; como também pela soberania da população através dos projetos de lei de iniciativa popular garantido pela Constituição Federal. Para o exercício desta soberania popular falta a instrução necessária à maioria dos habitantes de uma educação política que vise a conscientização da sociedade da importância da democracia participativa, a qual permitirá aos próprios cidadãos que decidam soberanamente e por sua maioria a condução das políticas públicas de saúde de sua comunidade por si próprios, e não por influência de um ou outro grupo que momentaneamente estejam no Poder representando apenas seus interesses individuais ou de suas corporações.

ABSTRACT

Social control of health is the historical product of the struggle for effective popular participation in their guidelines, since its decision until its realization in society through participatory democracy. However, even with the guarantee of its existence by the Constitution of 1988, its true implementation of standards is through infra laws in municipalities for legislative initiative of the Mayor as Chief Executive. In addition, the Brazilian cultural tradition grounded in paternalism, welfarism and patronage of the ruling class, the result of a lack of an education policy that keeps most of the population uninformed, though literate, has also been a factor perpetuating the lack of participatory democracy in the conduct of public health policies of the nation's counties. In Brazil the manipulation of below-constitutional legislation by the ruling class to maintain status quo of the ruling class is thus a legal provision that legitimizes and allows control of this class on the autonomy and sovereignty of municipal health councils as democratic institutional spaces. This work demonstrated through the literature review and a case report study of the below-constitutional devices are legal instruments that can influence the autonomy of the boards of health, which may be exercised both by the authorities for universal suffrage in the administration of the collective figure of the Municipal Chief Executive, as well as the sovereignty of the people through the initiative of bills popular guaranteed by the Federal Constitution. For the exercise of popular sovereignty, lack the necessary instruction to the majority of the inhabitants of an education policy aimed at raising awareness in society of the importance of participatory democracy, which will allow citizens themselves to decide sovereignly and mostly driving public policy health of their community by themselves and not by the influence of one or another group that are momentarily in power, representing only their individual interests or their corporations.

1. INTRODUÇÃO

O controle social da saúde disposto pela Constituição Federal de 1988 através de participação popular é o produto histórico da luta da sociedade brasileira para um direito de cidadania (Souza *et al.*, 2009). Contudo, a inclusão deste direito não significava, a princípio, a resolução de todas as mazelas oriundas de séculos de descaso dos governantes de nossa pátria em relação ao bem-estar de seus cidadãos.

Muitas outras batalhas ainda estariam porvir, uma vez que insiste na consciência de grande parte de nossos governantes a prática de condutas que impedem a participação popular em sua plenitude, especialmente nos municípios de pequeno porte de habitantes, onde em grande parte as lideranças constituída pelo sufrágio universal local não são muito afeitas a democratização da decisão sobre de que forma deve-se ser tratada a saúde pública em sua sede administrativa (Bispo & Sampaio, 2008; Sposati & Lobo 1992).

Neste mister, além do controle financeiro dos montantes destinados a suprir a saúde como direito de todos os cidadãos, está presente o jogo de interesses de quem lucraria mais com esta situação de descaso. Não restam dúvidas que de que o controle de uma grande verba por uma só pessoa ou de um pequeno grupo possibilita poder a estes personagens; e, portanto, num país acostumado a atitudes individualistas; tal situação, pela possível exploração de prestígio e possíveis lucros que muitas vezes não se resumem apenas ao aspecto financeiro, permite a possibilidade maior de perpetuação do domínio da população menos esclarecida, de modo a manter o *status quo* desta classe dominante (Cortes, 2002).

Entretanto, ainda insiste nesta nação de muitos alfabetizados e poucos instruídos a política sorrateira e ao mesmo tempo sutil, que protegida pelo caráter da legalidade, impõe que efetivo controle social da saúde seja realmente pela participação popular. Através de mecanismos existentes na legislação infraconstitucional sobre o assunto, podem ser provocadas alterações legislativas de modo que o Chefe do Poder Executivo mantenha sobre sua rédea o controle do conselho municipal de saúde (Balsemão, 2003).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é a partir da revisão de literatura e o estudo do relato de um caso sobre o assunto, mostrar como os dispositivos legais são utilizados para a manutenção do poder de pequenos grupos sobre a autonomia e a soberania democrática do espaço institucional que deveriam ser os conselhos municipais de saúde; e ao mesmo tempo demonstrar que o arcabouço jurídico para democratização das decisões da saúde da população prescreve as condições onde a sociedade, desde que ciente e organizada, possa exercer seu papel principal nestas decisões, ou seja, exercer sua soberania participativa.

2. REVISÃO LITERATURA

A área de saúde passou por várias transformações desde o início do século XX onde tínhamos um sistema de saúde voltado para atender as demandas do setor econômico hegemônico. Ao final da década de 70 com um grande número de movimentos sociais exigindo melhorias eclode o Movimento da Reforma Sanitária que mostrando sua força na 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 propõem diretrizes como sugestões prévias à Assembleia Nacional Constituinte de 1987, culminando com a inserção do controle social como direito de cidadania no art. 198 Inciso III da Constituição Federal (CF) de 1988, garantindo nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação da comunidade (Souza CR *et al.*, 2009).

Com a edição da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei 8080/ 90 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta as garantias da CF de 1988 do Título Ordem Social, Seção II - Da Saúde (do Art. 196 ao Art. 200), estava sedimentado a inclusão do controle social na saúde. Todavia, tal feito não correu imediatamente, pois o Art. 11 fora vetado na íntegra pelo Presidente Fernando Collor com a justificativa de vício de iniciativa do Projeto de Lei (PL) que originou a Lei 8080/90, fundamentando seu veto na CF Art. 61 §1º inciso II, alínea “e”, conforme descrito na Mensagem de Veto nº 280 de 20 de setembro de 1990.

De acordo a CF em seu Art. 61 “A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição.

§ 1º - São de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que:
(...)

II - disponham sobre:

a) criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta e autárquica ou aumento de sua remuneração;

(...)

e) criação e extinção de Ministérios e órgãos da administração pública, observado o disposto no art. 84, VI

(...)

Art. 84 – (...)

(...)

IV - sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução;

(...)

Contudo, apesar do veto inicial do art. 11 da Lei 8080/90 por vício de iniciativa fundamentado na CF, o controle social da saúde estaria de forma definitiva incluído alguns meses seguintes com a edição da Lei 8142 em 28 de dezembro de 1990, sacramentando o arcabouço jurídico para o início implantação do controle social da saúde; o que seria complementado posteriormente através da Legislação Infraconstitucional por meio Constituições Estaduais, Leis Estaduais, Leis Orgânicas e Ordinárias Municipais.

De fato prescreve a Lei 8142/90: “Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

(...)

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”.

Assim, atualmente e de acordo com as orientações para proceder auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS, 2004), o Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem por características sua criação por Lei Municipal; deve possuir Regimento Interno; dispor de recursos organizacionais, humanos, logísticos de informações e financeiros; as reuniões devem ocorrer mensalmente e abertas ao público; deve receber trimestralmente a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde (FMS) feita pelo gestor municipal de saúde; deve aprovar o Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão; deve conhecer as necessidades da comunidade do município a fim de garantir a resolubilidade de ações; e as decisões dos conselheiros são tomadas através de deliberações que devem ter a homologação do chefe do Poder Executivo.

A edição da Resolução nº 258 de 07 de 07/01/1991 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) orientou a nova política de financiamento do SUS, instituindo nesta a Norma Operacional Básica nº 01/91 (NOB-01/91). Esta determinou que entre os requisitos básicos para transferências automáticas e diretas de

recursos de custeio do SUS para os municípios estavam a criação do CMS, FMS e apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo.

Fortalecendo princípios emanados da legislação através da CF, LOS e Lei 8142/90; o Decreto Federal nº 1.232/1994 em seus Artigos 1º e 2º, estabeleceram que a transferência de recursos destinada à cobertura de serviços e ações de saúde fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde aprovado pelo respectivo CS.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) através das Resoluções CNS nº 33/92, 333/2003, e 453/2012 reiteradamente recomenda diretrizes para a constituição e organização dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com objetivos de acelerar e consolidar o controle social do SUS por intermédio dos Conselhos de Saúde (CS) com base da CF, LOS e Lei 8142/90. Em todas estas Resoluções o CNS coloca como uma de suas diretrizes que na composição e organização dos conselhos a participação comunitária, enfatizada na legislação, torna os Conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde; destacando que a legislação estabelece a composição paritária dos usuários em relação aos outros segmentos representados. Deste modo, estas Resoluções recomendam que um CS deva ser composto por representantes do Governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários; e que seu presidente seja eleito entre os membros do Conselho em reunião plenária.

De acordo com Chauí (1996) citada por Martins *et al.* (2008) a cidadania brasileira, historicamente, tem sido marcada com a concessão periódica e regulada da classe dominante às demais classes, sendo que estas concessões são retiradas quando os dominantes assim quiserem.

O controle social é tido como o conjunto de meios de intervenção de acionados por cada grupo social a fim de induzir seus membros a se ajustarem às normas que caracterizam seu grupo, de forma a impedir ou desestimular comportamentos contrários a elas (Bobbio *et al.*, 1998).

Discorreram Sposati & Lobo (1992) que o controle social encontra um campo quase ilimitado de ação. Entretanto, no estilo brasileiro pouco democrático de construção das

políticas e decisões, a regulação do Estado é feita sem a esfera pública, isto tanto nas políticas sociais como nas econômicas. A ausência da esfera pública significa a utilização do dinheiro público de forma casuística (sem regras gerais, sem um projeto transparente e sem a presença dos interesses divergentes) ao serem tomadas as decisões. Em outras palavras, as decisões dos dirigentes públicos (incluindo os técnicos) são tomadas para atender aos interesses dos que têm mais influência, na maioria das vezes favorecendo os interesses de quem está no poder.

Conforme Derrida (2001) citado por Martins *et al.*(2008), a construção de uma gestão transparente com ampla participação social onde as prioridades definidas em gestões colegiadas realmente orientadas à resolução dos problemas de saúde da população, é um grande desafio porvir que permitirá que seus cidadãos sejam incondicionalmente acolhidos em seus anseios.

Correia (2008) descreveu que o “controle social” envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população e conseqüentemente implica no controle social sobre o fundo público.

Conforme Balsemão (2003), assistimos no Brasil movimentos em rota de colisão com os conselheiros de saúde, uma vez que inúmeros administradores públicos têm tentado, e muitos têm conseguido, modificar as leis dos conselhos de saúde, no intuito de afastar conselheiros e entidades combativas na defesa do controle social do SUS que não compartilham com as posições da administração.

Teixeira (2000) discorreu que em linhas gerais existem de três modelos de gestão de saúde, a saber: o modelo médico-assistencialista com oferta de serviços onde predomina a assistência às doenças; o modelo sanitarista (predominante no SUS) que objetiva o controle de doenças ou riscos à saúde em grupos populacionais específicos; e o modelo de vigilância em saúde o qual privilegia os interesses e direitos de cidadania da população usuária através do planejamento de ações de acordo com as necessidades da população.

De acordo com Rodrigues (2003) a organização social da CF prevê a participação do povo na gestão pública seja ou não por via institucional; ou seja, prevalência da vontade do povo (entendido como instância jurídica e reconhecido como instância de poder) sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo, pois democracia implica autogoverno e exige que os próprios governados decidam sobre as diretrizes políticas fundamentais do Estado. Assim, pensando nessa forma de organização, o legislador previu canais institucionais de participação como o Art. 198 CF e a lei 8142/92 e em outras resoluções normativas. Para tanto, essa participação

se dá através dos CS que são instâncias de ação política que articulam no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do SUS. Desta forma, os CMS, podem e devem ser fortes aliados das Secretarias de Saúde para a definição de prioridades e para o controle do desempenho da rede sanitária; e mesmo como agências relacionadas com o Executivo, porém dotadas de autonomia decisória, representam mecanismos adequados para conferir mais responsabilidade pública aos governos; além de facilitarem a agilização das decisões e ações gerenciais. Para o autor, único limite do controle social através dos CS, será o grau de organização e mobilização de toda a sociedade na construção do Estado Democrático.

Prelecionou Balsemão (2003) que é corrente o desafio dos conselhos e conselheiros de saúde contra o desrespeito aos direitos no SUS onde estes entes estão lutando por estes direitos defendendo-os em circunstâncias onde nem o próprio gestor do SUS o defende; tendo que lutar contra a pressão indústria da doença que deseja uma saúde pública que não funcione; e muitas vezes resistindo a pressão de administradores públicos que desrespeitam o caráter deliberativo e fiscalizador do CS; enfrentando também, a visão privatista de segmentos onde seus representantes atuando nos conselhos disputam, inclusive, sua presidência. Observa ainda que encontramos muitas leis de CS onde consta um artigo dizendo que o “Secretário da Saúde será presidente nato do conselho de saúde”, e este tema é polêmica constante nas Plenárias de Conselhos e Conferências de Saúde, isto para o bem da democracia.

Como na teoria política o significado de controle social é ambíguo, destacou Correia (2008) que ele pode ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções distintas de Estado e sociedade civil; de modo que tanto pode designar o controle do Estado sobre ações da sociedade ou de setores organizados dela, como vice-versa.

Para Cohn (2000) citado por Correia (2008), o termo “controle social” vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS.

A existência de mecanismos formais que assegurem o direito a participação da sociedade nas definições das políticas sociais não têm sido suficiente para garantir essa participação afirmou Coelho (2004) citado por Rocha (2010). Apontou ainda que este quadro é modificado com a presença de uma sociedade civil organizada e/ou autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa. Como não estão claros quais os mecanismos que foram mobilizados por atores sociais e estatais para a transformação de instituições participativas pouco efetivas em instituições capazes de contribuir para fazer valer os interesses dos menos favorecidos; conclui que existem relações sistemáticas entre o grau de

organização e comprometimento dos atores sociais e estatais, de forma a organizar os conselhos com participação popular.

O termo controle fora utilizado com o significado de fiscalização e não no sentido de domínio, onde o controle social tem a finalidade de submeter o Estado à fiscalização da sociedade. Assim, diferenciam-se as expressões “participação popular” de “controle social”, onde a “participação popular” é poder político, sendo a partilha de poder entre o Estado e a sociedade, essencialmente para a elaboração de normas jurídicas. Já o “controle social” é direito público subjetivo à fiscalização das atividades do Estado. Desta forma, o “controle social” é o controle realizado de fora para dentro do Estado pelos cidadãos, individualmente, em grupo ou através de alguma entidade juridicamente constituída, destacou Siraque (2004). Definiu também a “participação popular” como irmã siamesa do “controle social” (ambos direitos humanos fundamentais), pois, onde não houver garantia do controle social não existirá efetiva participação popular.

Ribeiro (2006), observando as disputas políticas na gestão da saúde pública municipal em Presidente Prudente (SP) em 2004, assinalou que apenas a manutenção de um modelo médico assistencial-privatista (disputa esta em que a análise dos papéis dos atores é reflexo do sistema de financiamento da política de saúde já que a composição dos tetos fiscais de repasse de verba era o da Autorização Internação Hospitalar - AIH), foi o determinante de maior relevância para a eclosão da crise da saúde nesta cidade. Quanto aos atores sociais envolvidos, em momento algum houve interesse destes em debater a formação das políticas públicas e as definições de prioridades das políticas públicas de saúde. Concluiu afirmando que a implementação do SUS num município sem tradição na luta pela reforma sanitária, como é o caso de Presidente Prudente, não provocou nenhum impacto na forma de gestão dos serviços de saúde oferecidos à população.

Analisando a participação popular na gestão da saúde da cidade de São Paulo, Coutinho (2007) demonstrou que o CMS da cidade teve seu processo de aprendizagem brutalmente interrompido em dois momentos distintos da administração: em uma primeira gestão (Luiza Erundina) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi descentralizada através de Distritos de Saúde, assegurando a participação popular em cada instância através de conselhos. Em um momento posterior, sob uma nova administração (Paulo Maluf/Celso Pitta), os recursos passaram a ser centralizados e os distritos transfiguraram-se em “módulos de saúde” esvaziando por completos os conselhos distritais primeiro por falta de interlocutores (funcionários e administração); e depois, porque os módulos não contemplam a participação da população na elaboração, fiscalização e controle do gerenciamento. Assim, em sintonia

com uma política neoliberal de atendimento exclusivo à população de baixa renda, administradores da segunda gestão (Paulo Maluf/Celso Pitta) mudaram o sistema de saúde da cidade, de modo que ter um canal de participação direta se contradizia com os propósitos de privatização do setor.

Apontou Correia (2008) que a expressão “controle social” tem sido alvo de discussões e práticas recentes de diversos setores da sociedade, e tido como sinônimo de participação social nas políticas públicas.

Apesar de utilizarem referenciais teóricos diferentes nas suas análises, Cohn (2000) e Correia (2008) têm em comum tratar o “controle social” dentro da relação do Estado e da sociedade civil, apresentando os “conselhos gestores”, ou “de gestão setorial”, ou “de direitos”; como instâncias participativas, resultado do processo de democratização do Estado brasileiro.

Explanou Martins *et al.*(2008) que o desafio imposto é a transformação de uma cidadania conformada em exigir, em acostumá-la a uma cidadania a participar de projetos comuns, assumindo seus diversos atores sociais as suas responsabilidades.

A participação da comunidade, segundo Ventura (2012), vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos espaços institucionais dos CS, embora a dinâmica de funcionamento destes demonstre que sua efetividade e eficácia quanto à sociedade para exercer a representação dos seus interesses são muito diferenciadas; impedindo categoricamente de se afirmar que a simples existência destes colegiados implique em garantia de democratização das políticas de saúde. Apontou ainda que o entrave para a real democratização dos CS tem sido o alto grau de controle destes conselhos pelos administradores municipais, já que esta democratização depende de uma associação entre vontade política dos governantes e mobilização da sociedade civil; afirmando também que o que se vê muitas vezes é o privilégio de determinadas classes em detrimento de outras.

Em um artigo que trata das competências e rotinas de funcionamento dos CS, Balsemão (2003) relatou que é significativo o número destes conselhos que conseguem eleger seus presidentes, mas destaca que os CS continuam sendo presididos pelo gestores do SUS em cada esfera de governo; onde no nível federal o presidente do CNS é o Ministro de Estado da Saúde; nos Estados à exceção do Rio Grande do Sul, todos os demais Conselhos Estaduais de Saúde (CES) são presididos pelos Secretários Estaduais da Saúde. Já nos municípios há uma diversidade, uma vez que em muitas regiões já avançaram neste debate entendendo que se o gestor é o presidente do CS, ele é fiscal de si mesmo, e portanto, homologa as resoluções que ele mesmo assina como presidente.

Estudo analítico por pesquisa histórica qualitativa e quantitativa por meio de exames de documentos e entrevistas junto aos conselheiros do CMS da cidade de São Luis (MA) entre julho de 2002 a julho de 2003 realizado por Santos *et al.*(2003), evidenciaram que este CMS não consegue definir plenamente a política municipal de saúde e que apesar dos conselheiros terem conhecimento de seu papel, esta participação está restrita a validação das propostas elaboradas pelos técnicos da SMS. Neste caso, os conselheiros não acompanham de fato a execução da política de saúde, pois o CMS não possui mecanismos para isso. Acreditam estes conselheiros que o simples fato de aprovarem relatórios de gestão e prestação de contas nas reuniões seja suficiente para avaliarem a execução, limitando assim o conceito de participação. Portanto, concluíram os autores, que as deliberações no CMS não asseguram a execução haja vista que não há mecanismos legais que obriguem aos gestores cumprirem as resoluções deliberadas pelos conselhos de saúde, onde estão incluídos os conselheiros da cidade de São Luiz.

Siraque (2004) descreveu que a CF de 1988 contém os fundamentos jurídicos essenciais (e alguns até detalhados) colocados à disposição da cidadania para controlar a função administrativa do Estado. Contudo, afirmou que além das limitações constitucionais à fiscalização, torna-se necessário a mudança de cultura e de mentalidade dos magistrados, dos parlamentares, dos agentes da Administração Pública e do nosso povo com a finalidade destas normas constitucionais se efetivarem, pois não basta a eficácia jurídica, é preciso dar a elas a eficácia social. Destacou ainda que para isso o Brasil tem a necessidade de investimentos em educação e, primordialmente, em educação política como também em formação e informação para que possamos ter uma opinião pública consciente de seus deveres e de seus direitos de cidadania, princípios estes disponíveis no conteúdo e nas regras da Constituição de 1988, de modo a vivenciar estes direitos e garantias na plenitude.

Macedo (2005) apontou que apesar do direito de participação e controle social estar garantido pela legislação, o processo de construção destes caracteriza-se por vários desafios na consolidação do direito a saúde conquistados na Carta Magna. Observou ainda que o aumento do número de espaços formais não garante qualidade de participação, sendo necessário avaliar se estes espaços institucionais têm sido usados para decisões em favor dos interesses coletivos de forma democrática, ou se apenas surgiram como novos espaços para a representação de velhos interesses corporativistas e individuais. Prelecionou que o uso do Conselho para endossar decisões não discutidas ou defesa de interesse dos próprios conselheiros, evidencia “representantes” representando a si mesmos ou uso do espaço para reivindicações corporativas. Relacionou ainda a falta de compromisso e desorganização na

atuação dos conselheiros que prejudicam a legitimidade e credibilidade destes espaços institucionais.

Para Cotta et al., 1998; Labra (2002, 2005); Guizardi et al., 2004 citados por Martins *et al.*, 2008; há inúmeras evidências de que simples existência formal dos espaços de controle social não é garantia de participação política da sociedade, já que os CS apresentam uma série de problemas, que em maior ou menor grau, comprometem sua eficácia.

No Brasil, mesmo com os esforços para consolidação de uma visão mais complexa e moderna de participação, percebeu-se que a reordenação política ainda não experimentou um progresso seqüencial de direitos civis, políticos e sociais; apresentando, contudo, uma lenta construção da cidadania como valor coletivo. Deste modo, a realidade vivida remete-se a uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela escravidão e a instabilidade política, o que não contribui para o amadurecimento da cidadania plena. Assim, o perfil da cidadania no Brasil aponta para a existência de grande parte da população fora da comunidade política, o que certamente implica no seu padrão de intervenção pública e integração social. (Carvalho, 2004 citado por Martins *et al.*, 2008).

Apesar do avanço legal para a fundamentação dos direitos sociais no Brasil, observaram Martins *et al.* (2008), a sua negação à maioria da população é situação matizada pela “doação” de cidadania pelo Estado, da forma que este estipule que melhor lhe convenha.

Para Bispo Jr & Sampaio (2008), o processo de interferência política aparece como um dos fatores de maior impedimento para a atuação plena do conselho, constituindo-se em enfraquecimento dos movimentos populares, a cooptação de lideranças e o revanchismo entre grupos oligárquicos; como as principais estratégias de interferência política nos CMS. Afirmaram ainda que embora os conselhos de saúde tenham possibilitado o envolvimento de um grande contingente de pessoas na defesa do SUS, estas interferências citadas tornam evidente a necessidade de se repensar o exercício do controle social no Brasil a partir da perspectiva do desenvolvimento de práticas sociais de amadurecimento político e elevação da consciência cidadã. Sugeriram ainda que a capacitação dos conselheiros deva ocorrer de forma continuada, com a valorização da realidade local e o incentivo à coesão e à mobilização das entidades de representação popular.

Por meio de pesquisa documental em estudo de caso do CMS da cidade de São Carlos (SP) tendo como fontes leis, decretos, regimentos, planos municipais de saúde, atas de reuniões do CMS desde a sua fundação em 1991 até o ano de 2002, Padavini *et al.* (2008) observaram que somente os dispositivos legais não têm garantido o efetivo controle social no SUS onde a dificuldade de participação popular efetiva pode ser atribuída à falta de cultura

participativa no país. Descreveram que nos doze anos estudados a atuação deste Conselho esteve voltada para o atendimento das exigências legais; confirmando ainda a forte influência dos gestores municipais sobre o conselho que exerceu papel homologador do poder local por vários anos. Contudo, identificaram que em 2001 e 2002 houveram modificações as quais sugerem como o início de uma nova fase da construção do controle social efetivo.

Estudo exploratório qualitativo do tipo casos múltiplos tendo como objeto os CMS de Lafayette Coutinho (BA) e Groaíras (CE) através da análise documental (leis, decretos e portarias municipais; relatórios anuais de gestão das SMS, planos municipais de saúde; relatórios de conferências municipais de saúde, atas de criação dos conselhos desde sua fundação até o ano de 2004); observação direta de reuniões e entrevistas semi-estruturadas realizados por Bispo Jr & Sampaio (2008), apontou que ambos os conselhos apresentaram irregularidades quanto a composição e a posse dos conselheiros, alta rotatividade de representantes, constantes “reformulações” da composição do conselho, como também a renovação dos quadros do CMS quando da posse de um novo Prefeito. Assim, o processo de interferência política aparece como um dos fatores de maior impedimento para a atuação plena do conselho. Desta forma, o enfraquecimento dos movimentos populares, a cooptação de lideranças e o revanchismo entre grupos oligárquicos rivais têm se constituídos como as principais estratégias de interferência política nos CMS.

Pesquisa do ParticipaNetSUS, que é uma Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa (EVTP) coordenados por Moreira & Escorel (2007), mostraram que o Índice de Adequação Nacional do CMS à Resolução nº 333 do CNS, tendo como fonte o Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil (Equipe DCS/NUPES-DAPS/ENSP/FIOCRUZ) que a adequação a esta norma em 5463 CMS tem sido considerado bom em 63,69% dos estudados, ótima em 2,98%, incipiente em 2,16% e em 31,17% há dificuldades na adequação.

Em um estudo de caso exploratório e qualitativo Melo & Santos (2007) analisaram em um município baiano com mais de cem mil habitantes a participação política das enfermeiras na gestão do SUS, por ser uma das categorias profissionais que mais ocupa cargos chave de gestão do SUS. Concluíram que mesmo em posições em que predominam o exercício de habilidades e poder político, a enfermeira associa e destaca predominantemente nas suas atribuições como gestora os aspectos técnicos em detrimento aos políticos.

Em inédita pesquisa censitária realizada sobre o funcionamento CMS tendo como fonte o ParticipaNetSuS realizada em 98% dos 5564 CMS do país, Moreira & Escorel (2009) utilizaram como dimensão analítica o acesso ao CMS e tendo como parâmetro as possibilidades de todos conselheiros concorrerem ao cargo de presidente e a população

participar do cotidiano dos conselhos. Observaram que 70% dos CMS elegem seus presidentes, e dão direito a voz a qualquer cidadão que queira participar de suas reuniões, todavia 66% do CMS no Brasil são presididos por gestores. Apontaram que desta maneira os CMS tendem a se tornar dependente dos interesses políticos que dirigem o Poder Executivo e por isto não são, per si, suficientes para construir um setor saúde de características de uma poliarquia (governo de muitos).

De acordo com o Censo Demográfico 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2001) citado por Bispo Jr & Sampaio (2008), um aspecto que merece especial atenção no Brasil é o elevado número de municípios com população de até 10 000 habitantes. Dos 5507 municípios brasileiros, quase metade, 2 727 (49,5%), possuía população inferior a 10000 habitantes, e 16% possuem menos de 5 000 habitantes.

Cotta *et al.*(2010) em um estudo observacional transversal baseado análise documental e entrevista com 34 conselheiros de saúde do município de Viçosa (MG) constataram que na gestão da época do estudo, que a composição do CMS não estava de acordo com a paritária distribuição prevista pela legislação federal bem como o regimento interno previa o Secretário Municipal de Saúde como membro nato e presidente do CMS. Deste modo, apontaram os autores que fica difícil pensar que a verdadeira participação popular possa ocorrer diante do descumprimento legal da composição do CMS, implicando este dado em um aumento da influência de poder do governo e dos prestadores de serviços, o que pode privilegiar o setor privado em detrimento do setor público. Assinala ainda, uma possível restrição da autonomia do CMS sob a presidência do Secretário Municipal de Saúde uma vez que ele próprio delibera e homologa as decisões tomadas neste Conselho. Conclui então, que há a existência de dificuldades por parte dos representantes do Poder Executivo em partilhar o poder decisório nos espaços do conselho; pois onde se por um lado a sociedade civil tem o direito de participar das decisões políticas do setor saúde, por outro lado a desigualdade que marca as relações sociais em nosso país faz-se presente também nos conselhos de saúde, muitas vezes engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde essa presença se encontra juridicamente assegurada. Afirmaram ainda que esta relação assimétrica de poder no espaço de deliberação política pode ter um efeito de burocratização dos conselhos, que deve ser insistentemente combatida para que o conselho seja um efetivo espaço democrático que legitime os direitos conquistados pelos cidadãos.

A cultura política brasileira, conforme destacaram Sposati & Lobo (1992), ainda convive com o fenômeno do coronelismo, que sujeita a população ao poder dos proprietários, donos da política local. Sob coação e medo, só é dito o que se quer ouvir, ou seja, é a

anulação da vontade de si. Esta é uma herança patrimonialista. A barbárie antidemocrática é disfarçada de populismo, onde direitos se transformam em doações e favores. Deste modo, em uma carga cultural paternalista, as ações são bondades dos governantes ou exercício de clientelismo. Nessa situação, instaura-se uma espécie de negócio de troca entre o eleitor (de fato ou potencial) e o representante político, onde se busca salientar o caráter individual da conquista. É uma cumplicidade onde só se é atendido se for parceiro dele.

Para Krüger (2000) com o paternalismo, a falta da meritocracia e o casuísmo (características de nossa cultura política); a necessidade de um sistema de saúde único com princípios de descentralização, igualdade de acesso, universal e de gestão participativa não foi sentida de modo igual por toda população, principalmente as camadas mais populares que só têm a possibilidade de satisfazer seu direito à saúde através do sistema público.

No Brasil, especialmente em cidades pequenas e áreas rurais menos industrializadas, o clientelismo e o paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse. Embora os CS possam contribuir na consolidação de formas mais democráticas na representação de interesses, o funcionamento dos CS são limitados e condicionados a realidade concreta das instâncias e da cultura política dos municípios (Cortes, 2002 citado por Bispo Jr & Sampaio, 2008).

Apontou Lima, 2001 citado por Bispo Jr & Sampaio, 2008; que há muitos casos onde o assistencialismo de algumas prefeituras surge como uma das mais importantes e eficazes ferramentas para o processo de desmobilização social.

Para Paim (2002) citado por Bispo Jr & Sampaio (2008), em municípios pequenos o seu gestor pode tornar-se poderoso e opressor contra o munícipe, pois o conhece pelo nome, família, religião, ideologia e partido político.

Bicalho (2003) em relato de estudo de caso sobre os ação dos conselheiros usuários de Belo Horizonte (MG), descreveu que os CS são inovações institucionais, mas que ainda estão inseridos num contexto marcado por políticas clientelistas, de forma que os conselheiros agem de forma ambígua ora privilegiando uma participação individual e ora desenvolvendo ações coletivas; embora a participação nos conselhos favoreça uma cultura política que inclui a preocupação com os interesses gerais.

A existência fatores extrajurídicos como o clientelismo, o assistencialismo político, e o tráfico de influência junto aos órgãos públicos e as dificuldades de acessibilidade à função jurisdicional do Estado; de acordo com Siraque (2004), podem promover ou prejudicar o exercício do direito fundamental ao controle social.

Conforme Rocha (2010) a cultura política do Brasil, com sua herança patrimonialista, trouxe através de suas políticas arcaicas o clientelismo político que é a troca de favores por votos e alianças partidárias. Tal prática atrapalha os interesses sociais, pois a população submete-se à política local sob coação e onde o cidadão não expressa o que pensa. Desta forma, apontou que a democracia brasileira, ainda em processo de amadurecimento, não avançou tão efetivamente em relação à saúde quando comparada a outros países. Assim, afirmou que o espaço político que deveria ser partilhado com os usuários passa a ser centrado nos gestores, onde os secretários de saúde são comprometidos por questões político-partidárias para manter seus cargos, no qual estes são utilizados na maioria das vezes como produto de troca de favores eleitorais; de forma que exista um verdadeiro descompromisso com as necessidades de saúde, bem como de seus determinantes e condicionantes.

Procurando conhecer o entendimento que os conselheiros municipais de saúde têm da formação do arcabouço legal SUS do município de São José (SC) através de pesquisa qualitativa, Krüger (2000) mostrou que os encaminhamentos e falas de alguns conselheiros parecem supor que todos têm um entendimento comum (saber técnico) do que significa legalmente todo o processo político e filosófico do SUS; porém, à medida que não vivenciaram a elaboração desta normas e agora tendo que implementá-las, perdem-se em caminhos não muito claros adotando uma postura de escuta uma vez que não entendem o saber técnico. Sugeriu então, a construção de uma pedagogia política que favoreça a emergência da democracia participativa, instrumentalizando a sociedade civil a participar dos diferentes espaços organizativos como o CS; de modo que esta educação política não possa ser entendida só do Estado para o povo, mas supondo que os próprios interessados se transformem em novos sujeitos políticos, exigindo destes atores dinamismo, criatividade e liberdade.

Parcela relativa da sociedade ainda está voltada para uma democracia representativa, a qual a população elege aquele que representará alguns setores, cabendo a estes eleitos a alteração destes mesmos setores; embora estes representantes ainda não enxerguem o controle social como meio para atingir a garantia da universalidade, equidade, integralidade e igualdade como princípios que precisam ser reafirmados (Rocha. 2010).

A manipulação político-ideológica via mídia utilizando a desinformação, os aparelhos ideológicos destinados a cooptação de lideranças, as ações corporativas dos trabalhadores da saúde e, em alguns conselhos, a disputa por posições ideológico-partidária e inclusive pessoais; impedem e atrapalham o progresso do SUS, dificultando assim, a unificação e consenso de idéias; pois, a pouca informação do usuário sobre o próprio SUS é

que distancia os usuários do sistema, dificultando sua participação efetiva nos conselhos; afirmaram Coelho & Nobre (2004).

Pesquisa com análise documental e entrevistas com conselheiros de saúde membros de equipes técnicas e ex-participantes de cursos com educação popular desenvolvido pelo Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo para conselheiros de saúde realizada por Bogus em 2007; apontou que os meios para a obtenção de informações e apreensão destas auxiliaram o diálogo dos conselheiros com os técnicos da área de saúde já que o setor popular deve compartilhar a responsabilidade pelo planejamento dos serviços de saúde. Concluiu que as práticas educativas de caráter popular são as que melhor têm conseguido contemplar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais envolvidos.

Em pesquisa exploratória de caráter quantitativo com intervenção (aula) e avaliação de conhecimento antes e depois sobre o (SUS) realizada com alunos de 5^a a 8^a séries em uma escola estadual da região central de Bauru (SP) e após a atividade interventiva, Lozzo & Bianco (2008) constataram que houve um crescimento significativo (de 15,42% para 51,47%) no número de alunos que assimilaram a função do CS da cidade, mostrando que as pessoas conhecem o SUS, mas não sabem que podem exercer papel participativo nas definições das políticas de saúde e não encaram esta participação como um direito de cidadania.

3. RELATO DE CASO

Jundiaí é um município do interior do Estado de São Paulo localizado a 57,7 km da capital possuindo 370.126 habitantes, sendo o 15º município mais populoso do Estado e o sétimo maior fora da Grande São Paulo. É o 59º município maior do Brasil, maior que quatro capitais estaduais, apresentando PIB per capita de R\$ 54.353,94 de acordo com o Censo IBGE (2010). De acordo com o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) nas eleições municipais em 2012 possuía 257.633 eleitores.

No Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios de 2003 (IDH-M) com número de 0,857, ocupa a décima - quarta posição nacional e a quarta no Estado de São Paulo, possuindo ainda IDH-M Educação de 0,928 e taxa de alfabetização de 94,99%.

Segundo o Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros (IBGE, 2003) Jundiaí possuía Incidência de Pobreza de 8,78%, a segunda menor do Estado, ficando apenas a frente do município de Águas de São Pedro com 5,91% e população de 2707 habitantes (Censo IBGE, 2010). De acordo com a Fundação Seade em 2008 Jundiaí possuía Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS 2008)-Dimensão de Escolaridade com 85 pontos, superior da média estadual que é 68 além de Índice de Envelhecimento no ano de 2012 de 74%, acima da média estadual de 58,8%.

Pólo de desenvolvimento de tecnologia e centro logístico Jundiaí possui faculdades e escolas técnicas de excelência, bem como no seu entorno está Serra do Japi, ponto de preservação ambiental tombado pelo Estado.

Em 20/05/1991 o então Prefeito da época (Administração 1989-1992), filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), encaminhou à Câmara Municipal de Jundiaí (CMJ) o Projeto de Lei (PL) nº 5.439/91 (que cria o CMS), de sua iniciativa privativa como Chefe do Executivo Municipal conforme determina a Lei Orgânica do Município (LOM) de Jundiaí - a qual pelo princípio da simetria segue os preceitos vigentes na CF e Constituição do Estado de São Paulo (CESP) - e de acordo com o seu art. 46, inciso V.

Prescreve a LOM de Jundiaí:

“Art. 45. A iniciativa de projetos de leis complementares e ordinárias compete ao Prefeito, a qualquer membro ou Comissão da Câmara e aos cidadãos, observado o disposto nesta lei.

Art. 46. Compete privativamente ao Prefeito a iniciativa dos projetos de lei que disponham sobre:

(...)

V - criação, estruturação e atribuições dos órgãos da administração pública municipal;

(...)

Art. 48. A iniciativa popular poderá ser exercida pela apresentação, à Câmara Municipal, de projeto de lei subscrito por, no mínimo, 5% (cinco por cento) do eleitorado municipal.

§ 1º. A proposta popular deverá ser articulada, exigindo-se, para seu recebimento, a identificação dos assinantes, mediante lançamento de nome por extenso e legível, assinatura e indicação do número do título, zona e seção eleitoral.

§ 2º. A tramitação dos projetos de lei de iniciativa popular obedecerá às normas relativas ao processo legislativo estabelecido nesta lei.

(...)

Art. 72 – Ao Prefeito compete, privativamente:

(...)

XII – dispor sobre a organização e o funcionamento da Administração Municipal, na forma da Lei.” (grifos meus).

Com a iniciativa amparada na Lei 8.080/90 e na Constituição Paulista de acordo com seu artigo 221 o qual prescreve que “*Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que terão sua composição, organização e competência fixadas em lei, garantem a participação de representantes da comunidade, em especial, dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área de saúde, além do Poder Público, na elaboração e controle das políticas de saúde, bem como na formulação, fiscalização e acompanhamento do sistema único de saúde.*”; e ressaltando a importância da criação do CMS perante a Resolução INAMPS nº 258 (NOB 01/91) para as transferências automáticas e diretas de recursos para custeio do SUS e portanto de interesse público; foi proposto em 20/05/1991 o PL 5439/91.

Entretanto, este PL apesar de receber parecer favorável na Comissão de Justiça e Redação da CMJ, houve nesta comissão um voto contrário de um vereador que cita que “*a reapresentação deste projeto de lei maquilado por insignificantes de alterações de texto não conseguem disfarçar a vocação centralizadora do autor, se afigura como desrespeito aos movimentos populares de saúde (que subsidiaram os vereadores durante duas audiências públicas, ofertando importantes emendas) e à própria Câmara Municipal, no instante em que*

o Executivo veta totalmente a proposição aprovada pela Edilidade.”. Na Comissão de Saúde, Higiene e Bem-Estar Social, este projeto que chegava pela segunda vez a CMJ, teve parecer desfavorável por não atender o dispositivo básico da Constituição, que seria a importante participação popular no assunto através das entidades e usuários, bem como no tocante à sua competência. Assim, o Chefe do Executivo Municipal em 25/06/1991 envia mensagem aditiva ao PL 5439/91 onde altera os Arts. 3º, 4º e 5º, instituindo a paridade aos membros do CMS, contudo acresce o Art. 8º prescrevendo que “a Diretoria Executiva, presidida Secretário Municipal de Saúde, é integrada por 1 (um) representante do Poder Executivo e 2 (dois) representantes dos trabalhadores e de entidades prestadoras de serviço na área de saúde e usuários (...)” e o “§5º- Na hipótese de ocorrer empate por duas vezes consecutivas, nas deliberações, o Secretário Municipal de Saúde ou seu substituto legal, terá o voto de desempate.” (grifos meus). Em regime de urgência em 25/06/1991, o projeto foi aprovado por unanimidade e transformou-se na Lei nº 3.752 de 8 de julho de 1991 que criou o Conselho Municipal de Saúde de Jundiaí.

Assim, na Lei 3.752/91 destacam-se os seguintes preceitos:

“Art. 1º - Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, de acordo com o que dispõe o artigo 221 da Constituição do Estado de São Paulo e a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990.

(...)

Art. 5º - (...)

(...)

§ 5º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde serão designados para atuar pelo prazo de dois anos, (...)

(...)

Art. 6º - O Conselho Municipal de Saúde será composto pelos seguintes órgãos:

I – Institucionais:

a) Colegiado Pleno

b) Diretoria Executiva

(...)

Art. 8º - A Diretoria Executiva, presidida Secretário Municipal de Saúde, é integrada por 1 (um) representante do Poder Executivo e 2

(dois) representantes dos trabalhadores e de entidades prestadoras de serviço na área de saúde e usuários, (...)

(...)

§5º - Na hipótese de ocorrer empate por duas vezes consecutivas, nas deliberações, o Secretário Municipal de Saúde ou seu substituto legal, terá o voto de desempate.”

(...)

Art. 15 – No prazo de 30 (trinta) dias após sua instalação o Conselho Municipal de Saúde elaborará seu regimento interno, que deverá ser aprovado por decreto.”.(grifos meus).

A administração eleita para o quadriênio de 1993-1996, agora de um partido diferente da anterior, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), através de seu Alcaide enviou em 16 de novembro de 1993 a CMJ o PL nº 6.129/ 93 que “altera a Lei 3.752/91, para reformular o Conselho Municipal de Saúde.”. Justifica a propositura no sentido de *“lembrar o caráter democrático e a descentralização da gestão administrativa com a participação da comunidade como um todo que se reveste da condição de usuário do sistema de saúde municipal.”* Com 10 emendas oferecidas pelos vereadores este PL foi aprovado na Câmara em 23/11/1993, tornando-se a Lei nº 4.275 de 08 de dezembro de 1993.

Entre as mudanças significativas presentes na Lei nº 4.275/93 cita-se:

“Art. 4º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde de Jundiá (COMUS) serão eleitos entre os delegados eleitos nas pré-conferências, reunidos em assembleias setoriais nas Conferências Municipais de Saúde.

Art. 5º - O Conselho Municipal de Saúde terá um presidente e um vice-presidente, eleitos entre seus membros, e uma secretaria executiva como órgão técnico-operacional de acompanhamento, execução e implementação das deliberações do Conselho Municipal de Saúde.

(...)

Art. 7º - O Conselho Municipal de Saúde de Jundiá terá composição tripartite com representatividade de usuários, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores na área da saúde e da Administração Pública:

III – participação da Administração Pública e prestadores de serviços de saúde (será composta de 7 representantes):

- a) 2 representantes da Secretaria Municipal de Saúde, sendo membro nato do Conselho Municipal de Saúde o Secretário Municipal de Saúde;

(...)

Art. 9º - (...)

§ 1º - O mandato dos conselheiros municipais será de dois anos, e poderão ser reeleitos por mais de um mandato consecutivo

(...)

CAPÍTULO V DA GESTÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 11 – A gestão da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde será de 2 anos após a instalação do Conselho, devendo os seus membros ser escolhidos na primeira reunião ordinária, respeitando-se sempre a sua composição original, ou seja: 2 representantes da administração Pública do SUS, sendo 1 (um) obrigatoriamente o Secretário Municipal de Saúde, que deverá ser o coordenador; 4 (quatro) representantes dos usuários de saúde; e 2 (dois) representantes dos serviços e trabalhadores na área de saúde.

Art. 12 – (...)

(...)

§ 3º - O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá, além do voto comum, o de qualidade nas situações em que o empate persista.

(...)

Art. 16 – O Conselho Municipal de Saúde elaborará o seu regimento interno, que será apreciado na Conferência Municipal de Saúde.”
(grifos meus).

Uma nova Administração (1997-2000), do mesmo partido que a anterior, assume o Poder Executivo. Através do PL nº 7.672/99 enviado por este Chefe do Executivo à CMJ protocolado em 08/11/1999 e, em regime de urgência, foi aprovado pelos vereadores no dia seguinte (09/11/1999), sendo publicada em 11 de novembro de 1999 como Lei nº 5.322.

Entre as principais alterações da Lei nº 5.322/99 estão:
“(...)”

Art. 6º - Integrará o Conselho na qualidade de membro nato, o Secretário Municipal de Saúde, que o presidirá e terá voto de qualidade, exercido nos casos de empate, em duas votações sucessivas.

Art. 7º - O Conselho Municipal de Saúde terá um vice-presidente, eleito entre seus membros, e uma secretaria executiva como órgão técnico-operacional de acompanhamento, execução e implementação das deliberações do Conselho Municipal de Saúde.

(...)

Art. 10 - (...)

§ 1º - O mandato dos conselheiros municipais será de dois anos, e poderão ser reeleitos por mais de um mandato consecutivo

CAPÍTULO V DA ESTRUTURA

Art. 11 – O Conselho Municipal de Saúde terá a seguinte estrutura:

- a) Colegiado Pleno;
- b) Secretaria Executiva;

(...)

Art. 13 – A Secretaria Executiva será composta por

- a) 2 representantes da Administração Pública do SUS – Sistema Único de Saúde, sendo um obrigatoriamente o Secretário Municipal de Saúde, que deverá ser o Coordenador;
- b) 3 representantes dos usuários de saúde;
- c) 1 representante dos serviços e trabalhadores na área de saúde.

(...)

Art. 20 – O Conselho Municipal de Saúde elaborará o seu regimento interno, adequando-o às disposições da presente lei.

Art. 21 – Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei nº 4.275 de 08 de dezembro de 1993.” (grifos meus).

Já em 29/08/2003 através do PL 8.916/03 protocolado na CMJ por iniciativa do mesmo chefe do Executivo, agora em seu segundo mandato consecutivo pós-reeleição (2001-2004); tem seu trâmite encerrado na Casa de Leis em 09/09/2003, com sua aprovação

resultando na Lei nº 6.117 de 12 de setembro de 2003 que altera a Lei 5.322/99 para modificar a composição do Conselho Municipal de Saúde.

A Lei 6.117/03 acresce, entre outras modificações, na Lei 5.322/99 alguns elementos a alguns de seus artigos conforme se descreve:

“Art. 10 – (...)

(...)

§ 3º - A renovação dos integrantes do Conselho dar-se-á em 50% (cinquenta por cento), a cada ano civil, de forma que cada conselheiro do segmento eleito tenha o mesmo tempo de mandato fixado no § 1º deste artigo.

§ 4º - Os segmentos que não forem eventualmente contemplados em uma eleição renovatória anual, obrigatoriamente deverão constar da seguinte.” (Nova Redação).

Art. 2º - O Conselho Municipal de Saúde deverá adequar o seu regimento interno às disposições da presente lei.” (grifos meus).

Uma inovação aconteceu após 4 anos com a edição da Lei nº 6.879 de 13 de agosto de 2007. De autoria e iniciativa de um vereador do mesmo partido do Chefe do Executivo Municipal, foi protocolado em 11/05/2005 o PL 9.450/05 que resultaria nesta lei. Justificava a propositura em modificar a Lei 5.322/99 para retornar à bianual a eleição do Conselho Municipal de Saúde, uma vez que esta que originalmente previa a eleição dos membros do CMS de dois em dois anos. O objetivo da alteração Lei 6.117/03 que tornou esta eleição anual na sua vigência, se justificava com o argumento de que *“todo o preparo para eleições demandando tempo dos participantes para sua realização, esta situação, somava-se aos demais trabalhos e decisões tão necessários do Conselho.”*

Com parecer desfavorável da Comissão de Justiça e Redação da CMJ que havia considerado o PL inconstitucional e ilegal por vício de iniciativa, este foi a plenário sendo aprovado. Este PL aprovado na CMJ sofreu posterior veto total do Prefeito em 02/07/2007, já no mandato de uma nova gestão (2005-2008), por outro Alcaide pertencente ao mesmo partido da anterior administração. Este veto foi baseado na LOM de Jundiá Art. 46, inciso V e art. 72 inciso XII (vícios de competências privativas do Prefeito; primeiro na iniciativa de deflagração do PL; e segundo, por caber ao Prefeito a estruturação de órgão, organização e funcionamento da Administração Municipal). Alegava ainda a inconstitucionalidade desta iniciativa por afronta ao princípio da Separação de Poderes estabelecidos nos Arts. 2º da CF e

5º da CESP na medida em que o Legislativo interferia na regulação de matéria privativa do Executivo; como também a infringência ao princípio da legalidade que está consubstanciado no Art. 37 da CF e Art.111 da CESP.

Justificando que a matéria poderia representar avanço nas questões pertinentes à eleição do CMS, o veto foi rejeitado pela Câmara e tornou-se a Lei 6.879/07 promulgada pelo Presidente da CMJ em 13 de agosto de 2007.

Tendo tornado-se lei, o então Chefe do Executivo impetrou em 12/11/2007 no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 156.003.0/8 argüindo inconstitucionalidade da Lei 6.879/07 por ofensa aos Arts. 5º,§2º; 24,§2º,“4”; 47, II; 11; 114; (todos da CESP), obtendo liminar suspendendo os efeitos da desta Lei a partir de 05/12/2007. Em 11/06/2008 o Órgão Especial do TJSP em votação unânime julgou procedente esta ação declarando a Lei 6.879/07 inconstitucional por vício de iniciativa com a justificativa de que “*A harmonia entre os Poderes é princípio de observância obrigatória pelos Municípios, conforme decorre do disposto no artigo 144 da CESP.*”. Em 25/02/2009 por meio do Decreto Legislativo nº 1.219 é suspenso por inconstitucional a execução de Lei 6.897/07 em cumprimento ao acórdão citado.

Com uma nova administração empossada para o período de 2009 a 2012, ainda sobre domínio do mesmo partido, volta à Chefia do Executivo o mesmo personagem que o fora no período de 1997 a 2004, agora em seu terceiro mandato. Em 11/11/2011 envia a CMJ o PL nº 11012/11 que “*Revoga dispositivos da Lei 5.322/99, que reformulou o Conselho Municipal de Saúde, e prorroga até 30 de março o mandato dos seus conselheiros.*”. Tal PL revoga o §§ 3º e 4º do art. 10 Lei nº 5.322/99 , que foram acrescentados pela Lei nº 6.117/ 03 por este mesmo Alcaide no seu segundo mandato em 2003. Justifica a revogação com o intuito de permitir a eleição dos membros do CMS volte ocorrer a cada 2 anos com renovação de 100% dos conselheiros. A proposta também muda a data de eleição do CMS para 30 de março com o objetivo de cumprir a Resolução nº 33/92 do CNS, sugerindo que as eleições não coincidam com as eleições do Governo Municipal ou Estadual. Em sua tramitação o projeto recebe uma emenda que tentava suprimir dele a previsão de prorrogação de mandato dos atuais conselheiros.

Eis o motivo desta emenda supressiva (Emenda nº 01 PL nº 11.012) *ipsis litteris*:

“Para justificar o projeto em trâmite o Senhor Prefeito do Município baseia-se na Resolução nº 33, de 23/11/1992, do Conselho Nacional da Saúde, a qual aprova documento com diversas recomendações para a composição e funcionamento dos conselhos municipais da saúde, como a que trata do mandato dos conselheiros a seguir:” *O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo*

coincidir com o mandato do Governo Estadual ou Municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos, podendo ser reconduzido a critério das respectivas representações". (grifo nosso). Um dos argumentos apresentados na Justificativa que acompanha o projeto para a inclusão do art. 2º., que prorroga o mandato dos conselheiros até março de 2013, é para que "*as eleições do COMUS não coincidam com as eleições do Governo Municipal ou Estadual*", uma interpretação equivocada que confunde o termo eleições com o termo mandato, com significados totalmente distintos. A Justificativa do presente projeto é enganosa, pois para seguir a Resolução 33 do Conselho Nacional as eleições do COMUS só poderiam ocorrer em 2012 ou 2014, pois a atual proposta fará coincidir o mandato do conselho com o do Prefeito que tomará posse em janeiro de 2013. Ela também omite outra situação muito mais prejudicial ao processo democrático que deve reger o controle social do SUS: o avanço dos mandatos de conselheiros até março de 2013, pois ampliará a permanência de conselheiros, em alguns casos, pelo dobro do tempo hoje pretendido, impedindo a saudável renovação das instituições de segmentos que podem pleitear representação no Conselho Municipal de Saúde.”.

Infrutífera tentativa, esta emenda foi rejeitada e o PL 11012/11 original e sem alterações do Poder Legislativo Municipal, este projeto se tornou a Lei 7.785 de 02 dezembro de 2011.

Prescreve os dispositivos da Lei 7.785/11:

“Art. 1º - Ficam revogados os §§ 3º e 4º do art. 10 da Lei nº 5.322, de 11 de novembro de 1999, acrescidos pela Lei nº 6.117, de 12 de setembro de 2003.

Art. 2º - O mandato dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde que se encerram em 30 de novembro de 2011 e 30 de novembro de 2012 ficam prorrogados até 30 de março de 2013, data em que se realizará (*sic*) eleições para renovação de 100% dos membros.

(...)” (grifos meus).

4. DISCUSSÃO

Através da análise documental das Leis e principalmente dos Projetos de Lei que possuem no seu interior as justificativas para criação ou modificação de determinadas normas, foram analisados os regulamentos que envolviam o Conselho Municipal de Saúde do município de Jundiaí (SP) desde a sua criação no ano de 1991 até a última modificação que o reformulou por lei em 2011.

Na iniciativa dos projetos de lei e suas justificativas nos períodos da administração onde houve modificações, nos tipos de modificações aprovadas, nos registros dialéticos, debates e propositura de emendas durante o trâmite do projeto de lei no Poder Legislativo; e no o tempo de duração do trâmite destes processos legislativos; observou-se de qual maneira, pelo uso da legislação infraconstitucional de acordo com o princípio discricionário da conveniência e oportunidade das autoridades constituídas, a autonomia do Conselho Municipal de Saúde foi “controlada” pelos personagens eleitos pelo voto popular para fazer valer a democracia representativa. Utilizou-se como parâmetro o método de escolha do presidente do conselho municipal de saúde, suas funções primordiais e obrigações ao colegiado de construir seu regimento interno, impostas pela força da Lei (aprovada em regular processo legislativo) ao espaço institucional de debates e consenso que não deve prescindir da participação da comunidade.

Neste sentido foram comparados estes dispositivos infraconstitucionais aos princípios vigentes na Carta Magna de 1988, Lei 8.142/90 e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde; para verificar como os mecanismos jurídicos podem permitir um real controle social da saúde através da participação popular, com vistas a uma democracia participativa através da eficaz autonomia dos conselhos de saúde, de modo que impere na condução destes a soberania popular garantida em nosso ordenamento maior.

A LOM de Jundiaí que pelo princípio da simetria acompanha as CF e CESP prescreve que a iniciativa de projetos de leis não é só do Prefeito ou qualquer membro ou comissão da Câmara Municipal; mas também atribuiu esta prerrogativa aos cidadãos através da iniciativa popular a ser exercida na Câmara, desde que o PL esteja subscrito por no mínimo 5% do eleitorado municipal. Estabelece ainda a competência privativa do Prefeito (e não exclusiva já que esta não pode ser delegada) na iniciativa de PL que versem sobre a criação, estruturação e atribuições dos órgãos da administração municipal, e de ainda dispor ao Poder Executivo sobre a sua organização e o funcionamento, desde que na forma da lei.

Desta forma, amparado pela legislação infraconstitucional que positiva a competência para deflagrar um PL e com base na Lei 8080/90 e a NOB 01/91 que determinou a vinculação de transferências automáticas e diretas de recursos para custeio dos SUS com a existência do CMS; o Prefeito da administração 1989-1992 encaminhou PL para criação do CMS. Este PL sofreu resistência de alguns vereadores que não admitiam a inexistência da participação popular na CMS através de entidades e usuários, e em mensagem aditiva ao PL original o Prefeito o altera instituindo a paridade de membros. Entretanto, o Alcaide impõe por força da lei que a Diretora Executiva seja presidida pelo Secretário Municipal de Saúde, cargo este de confiança do Alcaide, cabendo a ele ainda o voto de qualidade nas situações de empate. Determina ainda que o mandato dos conselheiros seja de dois anos e que o CMS elabore seu regimento interno onde deverá ser aprovado por decreto, instrumento administrativo que permitirá ao CMS que apenas o confeccione dentro da lei elaborada pelo próprio Prefeito. Assim, já na criação do CMS se configuram as primeiras influências da legislação infraconstitucional pelo poder estabelecido para o controle da autonomia do CMS. Em dois meses de tramitação o PL foi deste modo aprovado sem emendas em regime de urgência por unanimidade na Câmara.

A partir de 1993 assume o Poder Executivo um outro partido político, que manteve sua hegemonia no controle do Poder Executivo por sucessivas eleições até o ano de 2012, e onde em cinco mandatos consecutivos teve o mesmo personagem por três vezes eleito (uma consecutiva por reeleição) na sua Chefia.

No mandato de (1993-1996) o então Prefeito no ano de 1993 envia PL à Câmara Municipal para alterar a lei de criação do CMS, reformulando-o. Justifica a propositura no sentido de incluir o caráter democrático e a descentralização da gestão administrativa com a participação da comunidade como um todo. Torna-se lei com mudanças significativas principalmente quando “inova” e determina que o presidente e vice-presidente do CMS sejam eleitos entre seus membros e determina que Secretaria Executiva seja órgão de acompanhamento, execução e implementação das deliberações do CMS; mantendo o mandato de dois anos para os conselheiros que a partir deste momento podem ser reeleitos por mais de um mandato consecutivo; além de permitir que o voto de qualidade em caso de empate seja exclusivo do Presidente eleito do CMS; determinando que o regimento interno do CMS seja apreciado na Conferência Municipal de Saúde. Até aqui prevalece um caráter “liberal e democrático” a ser implantado pelo então Alcaide. Todavia, estabelece também a lei que o Secretário Municipal de Saúde será além de membro nato do CMS, obrigatoriamente o coordenador de sua Secretaria Executiva. Assim por força da lei, o Secretário Municipal de

Saúde participará de todas as decisões, usando seu fardo político ligado a confiança que lhe foi depositado pelo Alcaide. Por artifícios bem engendrados a reformulação do CMS em nada o modifica e muito menos o sentido “democrático” este adquire, já que o único poder que o Secretário de Saúde não tem é poder do voto de qualidade em caso de empate no Colegiado Pleno. Como coordenador obrigatório da Secretaria Executiva, ele mesmo avalia quais deliberações podem ser feitas nas sessões do CMS, bem como que por força da lei este mesmo secretário obrigatoriamente participará de suas decisões de acordo com sua vontade ou orientações que receba. Deste modo, em oito dias de tramitação foi aprovado por unanimidade, tendo como única novidade a reeleição dos conselheiros por para mais de um mandato consecutivo, assim utilizando-se da legislação infraconstitucional mantém um forte controle sobre a autonomia do CMS.

De 1997 a 2004 assume um novo Alcaide com mesma ideologia política que o anterior. Em 1999 ele envia a Câmara PL protocolado no dia 08/11/1999 que fora aprovado no dia seguinte em regime de urgência pela Casa de Leis do município. Em suma esta nova lei revoga a anterior mantendo a estrutura já montada. Contudo, determina que o Secretário Municipal de Saúde que como membro nato do CMS o presidirá, tendo ele o voto de qualidade. Assim, o que na lei anterior era a única prerrogativa do presidente do CMS eleito por seus pares que era o voto de qualidade, este se centraliza agora no Secretário Municipal de Saúde que passa acumular não só a presidência do órgão, como também a coordenação da Secretaria Executiva. Todavia, o “espírito democrático” deste novo Prefeito eleito pela população permite a eleição do vice-presidente por seus pares, de modo que a perda do controle da autonomia do CMS pelo Poder Executivo, só ocorreria num eventual impedimento do seu Secretário de Saúde.

Já no ano de 2003, este mesmo Prefeito em seu segundo mandato envia a Câmara um novo PL alterando a legislação do CMS determinando a renovação dos integrantes em 50% em cada ano civil; garantindo que os segmentos que compõe o CMS que não forem eventualmente contemplados em uma eleição renovatória anual, obrigatoriamente serão renovados em outra. Assim, ele tornou anuais as eleições para o CMS, em contrariedade as Resoluções CNS 33/92 que recomendam a eleição bianual não coincidente com o mandato do Prefeito. Deste modo, mantém o Alcaide ainda um maior controle sobre a autonomia do CMS, já que a renovações sempre se darão em todos os anos de seu mandato. Isto, em tese, permite que as deliberações não sejam coesas, já que o tempo de implementação de algumas políticas deliberadas em um ano pode deixar de serem fiscalizadas ou cobradas pelo colegiado que se renovou no próximo ano.

Uma tentativa inusitada foi tentada na Casa de Leis quando no ano de 2005 já no mandato de outro Prefeito, porém, ligado ao mesmo partido político eleito em 1993. Propôs um Vereador do mesmo partido do Prefeito, um PL que resgatasse a eleição bianual para conselheiros do CMS com a justificativa de que essa eleição anula demandava tempo dos conselheiros para sua eleição, somando-se este tempo aos demais trabalhos e decisões dos conselheiros; o que denota uma preocupação deste vereador com o excesso de labores dos conselheiros que não são remunerados por exercer uma função de relevância pública. Este projeto foi aprovado e transformado em Lei em 2007 depois de derrubado do veto total do Prefeito que sustentava vício de iniciativa, pois este tipo competência é privativa do Alcaide. Esta lei sofre ADIN que a julga procedente em uma decisão onde o TJSP destaca que é de observância obrigatória pelos municípios o princípio da harmonia da Separação de Poderes conforme destaca o art. 144 da CESP. Assim, por Decreto Legislativo o presidente da Câmara Municipal suspende a execução desta lei por inconstitucionalidade..

Chega o ano de 2009 e volta a Chefia do Executivo o mesmo personagem que o fora Prefeito duas vezes e ainda no quinto mandato consecutivo e hegemônico do mesmo partido político na cidade desde o ano de 1993. Em 2011 o Alcaide envia ao Legislativo PL que revoga a determinação feita por ele mesmo da eleição anual renovatória dos conselheiros do CMS anos atrás para torná-la bianual justificando o cumprimento a determinação da Resolução CNS 33/92. Todavia, acrescentou um novo parágrafo na regulação do CMS que muda a data de eleição deste para trinta de março de 2013 justificando cumprir a determinação desta mesma Resolução CNS que recomenda que as eleições do CMS não coincidam com as eleições do Governo Municipal. Este projeto recebe uma emenda que tenta suprimir a prorrogação dos mandatos dos conselheiros até aquela data justificando sua autora a tentativa enganosa do PL, pois na realidade a eleição do CMS é no início do primeiro ano da posse de uma nova administração, coincidindo o mandato do novo Prefeito eleito que se inicia em janeiro com o mandato do conselho que se inicia em março do mesmo ano; o que é contrário ao disposto na Resolução CNS 33/92 e seguintes (Resoluções CNS 333/03 e 453/12) que tratam deste mesmo assunto. Ainda nesta emenda, sua autora alerta para situação em que a prorrogação do mandato dos conselheiros ampliará, e em alguns casos pelo dobro do tempo, impedindo a saudável renovação democrática do controle social da saúde. Rejeitada esta emenda, que foi a única que tentou suprimir um preceito de iniciativa do Executivo em 20 anos de reformulações no CMS, fica demonstrado a grande força existente nos dispositivos infraconstitucionais quando habilmente usados. Após 18 dias de tramitação, foi aprovada a Lei que determinou o retorno da eleição bianual para conselheiros com conseqüente

prorrogação dos mandatos da época; com isso a positiva a pretensão do Prefeito em coincidir os mandatos dos novos conselheiros junto com uma nova administração a partir do ano de 2013.

Frente a esta história de dominação pela manipulação da lei pelo poder constituído, o Regimento Interno do Conselho desvincula-se de seu caráter de autonomia e fica determinado por imposição do grupo dominante; já que no CMS o Secretário Municipal de Saúde é além membro nato, seu presidente com voto de qualidade e também coordenador da Secretaria Executiva; cabendo aos demais conselheiros eleger apenas o vice-presidente do CMS e onde o Secretário Executivo (que é o Secretário Municipal de Saúde por força da Lei) organize as atividades desta secretaria.

Ante ao relato de caso exposto e tomando como reflexão os avanços conseguidos na Constituição de 1988 como direitos a cidadania, incluso nestes o controle social da saúde pela participação popular; vê-se que este direito vem as duras penas e com certa lentidão traduzindo mudanças na efetiva condução dos destinos da sociedade dentro dos municípios. Como bem definido por vários autores, historicamente a cidadania é marcada pela concessão periódica e muito bem planejada da classe dominante (Chauí, 1996).

O controle social no sentido da interferência da sociedade civil participar da gestão pública na orientação das ações estatais ainda é atrelado ao estilo pouco democrático da construção das políticas sociais ou econômicas regulados pelo Estado.

A participação social prevista no Art. 198 CF lei 8142/90 são instruções normativas que impõe como se dará esta participação, um grande avanço sem dúvida, porém, a legislação infraconstitucional, especificamente no que tange ao processo legislativo da competência privativa da iniciativa de projetos de lei, por muitas vezes tem sido alteradas a mercê da vontade dos Prefeitos que dificilmente encontram dificuldade nas Casas Legislativas para concluir seu intuito. Obviamente que há muito interesses opostos entre grupos que pensam e planejam a saúde como direito coletivo e os interesses individualistas que almejam lucrar com a situação ou simplesmente manter seu *status quo* da classe dominante. As práticas comuns do populismo, paternalismo, casuísmo, clientelismo, o tráfico de influência e o assistencialismo; têm sido a tônica em municípios de pequeno porte, e não seria diferente por apesar de sermos a o 8ª economia em 2012 segundo dados oficiais, continuam os cidadãos tendo tratamento exploratório típico de colônias, o que, aliás, nunca deixamos de ser (Sposati & Lobo, 1992; Krüger, 2000; Lima, 2001; Cortes 2002; Paim,2002; Balsemão, 2003; Bicalho, 2003; Coelho & Nobre, 2004; Siraque, 2004; Bispo Jr & Sampaio, 2008; Martins *et al.*,2008; Cotta *et al.*, 2010; Rocha, 2010; Ventura, 2012).

Darci Ribeiro, o renomado antropólogo brasileiro relata muito bem em seu ensaio “Sobre o óbvio” de 1986, todo o planejamento histórico da classe dominante sobre os infortunados cidadãos nascidos nesta faixa ao sul do Equador. Ele disseca as raízes da manutenção da classe dominante sobre o desenvolvimento do país e com grande genialidade consegue demonstrar que a falta de instrução e o planejamento para que educação não tenha a forma para que realmente eduquem para a reflexão da sociedade, têm sido os fatores predominantes que impossibilitam o desenvolvimento social da nação.

Tal tem sido este efeito de desinformação da população que em pesquisa após intervenção nas escolas sobre a participação popular no SUS e o seu significado como direito de cidadania, elevou expressivamente o número de pessoas que passaram a entender este sistema de saúde; o que sugere que a informação através da educação melhora a consciência coletiva da importância da participação popular no SUS (Krüger;2000; Siraque; 2004; Bogus, 2007; Lozzo & Bianco; 2008)

Assim, em um país concebido para exploração onde em um grito de liberdade a república adota em sua legislação o cientificismo positivista de Auguste Comte traduzido no lema “Ordem e Progresso”, importado pelas elites acadêmicas que estudavam na França; não dá para acreditar que por estar apenas escrito na Lei nossos direitos, que facilmente eles nos serão dados sem pelo menos um pouco de luta. Tal luta não necessita ser sangrenta como na maioria das revoluções; contudo, esta luta pode e deve ser movida pela organização da sociedade civil e com o uso dos artifícios jurídicos que ainda dão a possibilidade para a implantação de uma sociedade menos injusta como a pretendida pela Constituição-Cidadã.

O caso relatado mostra bem como os indicadores de qualidade de vida de municípios com excelentes níveis de condições de vida de sua população traduzidos pelo elevado IDH, alto nível de escolaridade de sua população, elevada renda per capita, baixo índice de pobreza isto numa população de aproximadamente 350.000 habitantes; não são sinônimos de que as sociedades destes municípios estejam livres das práticas políticas abomináveis citadas acima, políticas estas corriqueiras em municípios que possuem por volta de 10.000 habitantes ou menos, ou seja, a grande parte dos municípios brasileiros.

Na situação descrita vimos que a mudança da legislação infraconstitucional de acordo com sua conveniência e na oportunidade em que queira o Prefeito, interferem na autonomia dos conselhos de saúde; autonomia descrita como a possibilidade de seus membros democraticamente eleitos elegerem seus presidentes e assim, poderem deliberar sem a influência externa da autoridade constituída conforme manda a CF. Para tal mister, percebemos que não é a ideologia política partidária que define a democratização deste espaço

institucional, mas sim permanência de um grupo no Poder, uma vez que no período estudado o Prefeito eleito pelo partido hegemônico em cinco mandatos consecutivos no município de Jundiaí; repetiu os conceitos do partido do Prefeito criador do CMS através de sua influência legislativa sobre a autonomia do CMS.

Observamos que todas as alterações legislativas que foram feitas em 20 anos de existência do conselho de saúde, estas apenas maquiavam a forma de exercer a dominação da classe governante sobre a autonomia do conselho municipal de saúde na forma da escolha do presidente do CMS; onde em uma época quando o presidente do conselho podia ser eleito por seus pares, cabia ao Secretário Municipal de Saúde, imbuído da qualidade de coordenador da Secretaria Executiva escolher quais assuntos deveriam ser deliberados ou não. Resumindo o presidente eleito não tinha poder algum e assim, mais uma vez, a autonomia do CMS estava sob controle.

Em adição, fora observado a velocidade na qual os PL eram aprovados, muitas vezes em questão de horas, o que nos leva a perceber que não houve nenhuma contestação ou oposição a vontade do Alcaide, onde apenas uma emenda em 2011 tentou minimizar o controle do Poder Executivo sobre a autonomia do CMS. Disto infere-se que em muitas vezes a edilidade talvez estivesse mais interessada na legalidade da proposta, não percebendo que por um texto bem produzido, realçando a importância da democracia nas suas intenções, elas na realidade eram escusas para manutenção do controle da classe dominante sobre o CMS. Para se valer do cumprimento da Resolução do CNS 33/92, estava o Chefe do Executivo apenas subvertendo esta para servir a seus propósitos de manutenção de seu controle sobre a autonomia do CMS.

Não obstante todas estas maquinações, a proposta de projeto de lei de iniciativa por um vereador onde a competência é do Prefeito ou da iniciativa popular, foi apenas uma oportunidade deste aparecer como o “salvador da pátria” em querer democratizar o CMS. É notório e pacificado pela jurisprudência que neste tipo de assunto, não cabe este tipo de iniciativa para esta autoridade que é representativa do interesse público primário que é a população da entidade estatal federada. Portanto, despendeu-se dinheiro público na manutenção de um projeto de lei que estava fadado ao insucesso por inconstitucionalidade. Deste ocorrido, surge um pressuposto que tem-se corriqueiramente transformado em um axioma: a falta de uma educação política, bem como instrução adequada não é exclusividade da população brasileira em sua maioria, existindo também em sua elite dirigente.

Assim, houvesse o nobre edil desta proposta, com mínima instrução ou adequada assessoria, e se realmente quisesse libertar o CMS da escravização imposta pelo Poder

Executivo através da manipulação da legislação infraconstitucional; bastaria ele organizar um movimento para um projeto de iniciativa popular, onde de acordo com a Lei Orgânica do Município, organizando o recolhimento assinaturas de 5% dos eleitores, neste município de 260.000 eleitores seriam necessários de pouco de 13.000 assinaturas para empreender sua intenção.

Entretanto há um detalhe muito importante: embora o Prefeito tentasse argüir a inconstitucionalidade desta medida usando o princípio de sua competência privativa, tal alegação não teria efeito se este PL for baseado na iniciativa popular. Segundo a Lei Federal 9.709/98 que regulamentou a soberania popular através também dos projetos de iniciativa popular, e também de acordo Ribeiro Jr U (2005), a justificativa para vício de iniciativa de PL só mente cabe a autoridades constituídas, que pelo princípio da separação dos poderes não podem invadir a esfera de competência privativa ou exclusiva de outro Poder. Como a iniciativa popular é definida como ato de soberania pela Lei, tal projeto teria sua tramitação garantida, contudo seria necessária a vigilância e pressão da sociedade sobre a edilidade para que se realmente os PL de iniciativa popular se transformem em armas contra a opressão da classe dominante.

Acostumados apenas com a democracia representativa, consubstanciada no sufrágio universal de nossos governantes e legisladores; ainda muito pouco está integrada na sociedade a mentalidade da democracia participativa. Embora este mecanismo social esteja previsto em muitas áreas no Estado, está presente também nos projetos de lei de iniciativa popular. Decorrente de uma falta de cultura participativa que é fruto do patrimônio histórico da formação cultural da sociedade brasileira regida pelo paternalismo e assistencialismo estatal em conjunto com as práticas clientelistas da política nacional; apenas em casos de grande comoção nacional vimos a aplicação do instituto da democracia participativa instrumentalizado pela iniciativa popular. Contudo, em nível municipal o contingente necessário para sua utilização é bem menor que o nacional, o que em tese seria de mais fácil aplicação pelos cidadãos.

Com efeito, nota-se que uma educação centrada não só em relação aos direitos fundamentais, mas que também foque a existência de outras formas de se conseguir modificações sociais dentro do nosso arcabouço jurídico; esta educação pode possibilitar à sociedade as condições de se livrar das amarras impostas pelos donos temporários do poder, sobretudo na autonomia dos conselhos de saúde, desde que esta sociedade esteja organizada, e principalmente, instruída.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinformação tem sido a maior arma para a manutenção de um sistema social injusto, presente não só no controle social da saúde, como em outros controles sociais que deveriam existir na democracia pretendida em toda nação pela Constituição de 1988 e sua legislação infraconstitucional. Ao impossibilitar o acesso a informações referentes à cidadania por intermédio de uma educação soldada aos interesses de uma histórica dominação centrada na hegemonia econômica e na manipulação das Leis por quem não tem capacidade de compreendê-las; a dominação está centralizada no Poder Executivo nas três esferas da Federação (União, Estados e Municípios), e prevista legalmente no arcabouço jurídico nacional através de uma política voltada exclusivamente ao progresso econômico, favorecendo demasiadamente quem não quer mudanças.

Deste modo, a classe dominante possibilita que a efetiva “democracia” prevista na Constituição Federal de 1988 fique apenas no papel, pois é calcada na ignorância de seus cidadãos que não sabem que existem mecanismos jurídicos para a obtenção da efetiva realização de seus interesses, desde que organizados.

Obviamente, os mecanismos construídos por um sistema de educação adequado não devem visar só à formação de meros cidadãos possuidores de capacitação profissional, reduzidos a máquinas robóticas contentes com as migalhas que lhe são oferecidas e sem o poder de reflexão; uma vez que a desinformação generalizada leva a desorganização e assim há maior facilidade de dominação por “líderes carismáticos” travestidos de falsos profetas.

Entretanto, o que existe é a predominância a existência de um sistema educacional que não permite aos cidadãos conhecerem a importância do coletivo e da distribuição do conhecimento como armas de sua liberdade. Sem esta instrução não há para estes cidadãos a efetiva possibilidade de conhecer a oportunidade de estar em uma sociedade menos desigual apesar de injusta frente o que possibilita o capitalismo desagregador da fraternidade e sustentador da desigualdade social que o alimenta.

Porém, com o conhecimento adequado, acredita-se que toda sociedade terá condições de proporcionar a qualquer cidadão a oportunidade destes “imporem seu desejo democrático, soberano e autônomo”; desde que estejam devidamente informados, mas dependendo principalmente de terem esta vontade. Esta somente é proporcionada por uma educação com vistas não só a produção de bens materiais pregadas pelo regime econômico capitalista e ao consumismo atual, mas também voltada a reflexão. Isto faria destes cidadãos

os atores primordiais e necessários e, principalmente, independentes das falácias dos manipuladores dos poderes constituídos.

Com a consciência de acreditar ou não, nas promessas de falsos líderes inquinados e em propensão mais as benesses do poder do que às mudanças que possibilitem a inclusão de toda a população em uma sociedade menos injusta; os cidadãos informados da existência de um sistema que proporcione oportunidade a todos, inclusive de prevenir doenças já que muitas destas são provenientes da falta de preparo, planejamento e visão de nossos dirigentes; que constituídos pelo sufrágio universal ainda insistem na política do *panis et circenses* tão preconizadas pelos imperadores (ditadores) romanos no auge de seu império, e ainda hoje do modo crescente no mundo globalizado e dependente um dos outros; poderão estes cidadãos instruídos fazerem um futuro diferente a toda coletividade nacional.

Portanto, com o conhecimento através do saber reflexivo podem os cidadãos se utilizarem da própria legislação infraconstitucional através dos projetos de lei de iniciativa popular para a consecução de seus objetivos; onde sem sobra de dúvidas, o conhecimento adquirido por uma educação que envolva a reflexão política, será o instrumento libertador da dominação existente nos conselhos de saúde, de modo a instituir nestes espaços privilegiados a democracia participativa.

REFERÊNCIAS *

Balsemão A. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. **Direito sanitário e saúde pública**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília. 2003; 1: 287-99.

Bicalho MS. Conselheiros de saúde construindo o controle social do SUS. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte. 2003; 10(14): 149-54.

Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2008; 23(6): 403–9.

Bobbio N, Matteucci M, Pasquino G. **Dicionário de Política**. 11ª ed. Brasília. Ed. UnB. 1998; 1: 283. Disponível em: URL: https://profcarlosrogerio.opendrive.com/files?56050854_QAs07 [2013 Jan 21].

Bógus CM. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. **O mundo da saúde**. São Paulo. 2007; 31(3): 346-54.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. **Diário Oficial da União**. [1993 Jan 15]; (197 Seção1). Disponível em: URL: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm [2013 Jan 27].

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.. **Diário Oficial da União**. [2003 Dez 4]; (236 Seção 1): 57. Disponível em: URL: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm [2013 Jan 27].

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.. **Diário Oficial da União**. [2012 Jul 17]; (137 Seção 1): 44-5. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc> [2013 Jan 27].

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm [2013 Jan 27].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

_____. Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. [1994 Ago 31]; (167 Seção1). Disponível em: URL: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1272333/dou-secao-1-31-08-1994-pg-1/pdfView> [2013 Fev 12].

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. **Norma Operacional Básica (NOB)nº 01/91**. Disponível em: URL: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf [2013 Fev 11].

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [1990 Set 20]; (182 Seção 1). Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm [2013 Jan 27].

_____. Lei nº 9.709 de 18 de novembro de 1998. Regulamenta a execução do disposto nos incisos I, II, III do art. 14 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**. [1998 Nov 19]; (222). Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19709.htm [2013 Jan 31].

_____. Mensagem de Veto nº 680 de 20 de setembro de 1990. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/Vep680-L8080-90.pdf [2013 fev 11].

_____. Lei n.8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. [1990 Dez 3]; (249 Seção 1). Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm [2013 Jan 27].

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). **Orientações para proceder Auditoria na Atenção Básica**. 2004. Disponível em: URL: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/auditoria/controle/conselho_municipal.pdf [2013 Jan 12].

_____. Tribunal Superior Eleitoral (TSE). **Consulta de Quantitativo**. 2012. Disponível em: URL: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/quantitativo-do-eleitorado/consulta-quantitativo> [2013Jan 12].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Carvalho, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2004; 20(4): 1088-95. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008; 18(1): 105-21.

Chauí M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo. Brasiliense. 1986. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008; 18(1): 105-21.

Coelho VSP, Nobre M. **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo**. São Paulo. Editora 34. 2004. *Apud* Rocha, AM. O controle social na perspectiva do princípio da fraternidade. *In: Fraternidad & Sociedad: 2010 Foro Común y Plural de Espacios Múltiples 2010*. Tucumán. Argentina: Gobierno da Provincia Tucumán; 2010. Disponível em: URL: <http://www.tucuman.gov.ar/fraternidad2010/PONENCIAS%202010%20FINAL/Mundo%20tematico%202%20y%203/Ponencia%20Aymee%20Medeiros%20da%20Rocha.doc>. [2013 Jan 23]

Cohn, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. **Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. *Apud* Correia MVC. **Dicionário da Educação Permanente Profissional em Saúde**. 2ed. Rio de Janeiro. EPSJV. 2008: 104-10.

Correia MVC. **Dicionário da Educação Permanente Profissional em Saúde**. 2ed. Rio de Janeiro. EPSJV. 2008: 104-10. Disponível em: URL: http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/pag/arquivo_download.php?Area=Material&Num=43 [2013 Jan 09].

Cortes SMV. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**. 2002; 4(7): 18–49. *Apud* Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2008;23(6):403–9.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa. Ed. UFV/CEBES. 1998. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2008; 18(1): 105-21.

Cotta RMM, Casal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; 15(5): 2437-45.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Coutinho JA. A participação popular na gestão da saúde de São Paulo. **Revista Lutas Sociais**. 2007; 2: 125-40. Disponível em: URL: http://www.pucsp.br/neils/downloads/v2_artigo_joana.pdf [2013 Jan 17].

Derrida J. A solidariedade dos seres vivos: entrevista com Evandro Nascimento. **Folha de São Paulo**. São Paulo. [2001 Mai 27]; Suplemento Mais!: 12-6. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al*. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2008; 18(1): 105-21.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). **Perfil Municipal de Jundiaí**. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo. São Paulo. 2012. Disponível em: URL: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php> [2013 Fev 11].

Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCP. A. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2004; 1(14): 15-39. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al*. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008; 18(1): 105-21.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro. IBGE; 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm> [2013 Fev 11]. *Apud* Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2008;23(6):403-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Incidência de Pobreza. **Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002/2003**. 2003. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> [2013 Fev 11].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008**. 2009. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/ [2013 Fev 11].

Jorge MS, Ventura CA. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**. 2012; 11(1): 106-15. Disponível em: URL: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/9693> [2013 Jan 22].

Jundiaí. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 5.439 de 20 de maio de 1991**. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: URL: <http://www.camarajundiai.sp.gov.br/cmjnet/mysql/legproj.php?tiponorma=1&numero=199105439> [2013 Jan 30].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 6.129 de 16 de novembro de 1993**. Altera a Lei 3.752/91, para reformular o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: URL: <http://www.camarajundiai.sp.gov.br/cmjnet/mysql/legproj.php?tiponorma=1&numero=199306129> [2013 Jan 30].

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 7.672 de 08 de novembro de 1999**. Altera a Lei 3.752/91, para reformular o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/PLLEGI/1999/07672.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 8.916 de 20 de agosto de 2003**. Altera a Lei 5.322/99, para modificar a composição do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/PLLEGI/2003/08916.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 9.450 de 11 de agosto de 2005**. Altera a Lei 5.322/99, para tornar bianual a eleição do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/2003/06117.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Câmara Municipal. Tramitação. **Projeto de Lei nº 9.450 de 11 de agosto de 2005**. Altera a Lei 5.322/99, para tornar bianual a eleição do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: URL: <http://www.camarajundiai.sp.gov.br/cmjnet/mysql/status.php?tabela=TRPLLEGI&codigo=200509450&tit=Projeto%20de%20Lei&tbprop=PROLEIVER&dirdoc=PLLEGI&op=1> [2013 Jan 30].

_____. Câmara Municipal. Decreto Legislativo nº 1.219 de 25 de fevereiro de 2009. Suspende por inconstitucional, a execução da Lei 6.879, que altera a Lei 5.322/99, para tornar bianual a eleição do Conselho Municipal de Saúde. **Imprensa Oficial do Município de Jundiá**. 2009: Fev 09. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/DECLEG/01219.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 11.012 de 11 de novembro de 2011**. Revoga dispositivos da Lei 5.322/99, que reformulou o Conselho Municipal de Saúde, e prorroga até 30 de março o mandato dos seus conselheiros.”. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/PLLEGI/1111012.pdf> [2013 Jan 31].

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 9.450 de 11 de agosto de 2005**. Tramitação. Disponível em: URL: <http://www.camarajundiai.sp.gov.br/cmjnet/mysql/status.php?op=1&tabela=TRPLLEGI&codigo=201111012&tit=Projeto%20de%20Lei&tbprop=PROLEIVER&dirdoc=PLLEGI> [2013 Jan 31].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

_____. Câmara Municipal. **Projeto de Lei nº 9.450 de 11 de agosto de 2005**. Emenda nº 01. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/PLLEGI/EMENDA/1111012001.pdf> [2013 Jan 31].

_____. Lei nº 3752 de 08 de julho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde. **Imprensa Oficial do Município de Jundiaí**. [1991 Jul 08]. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/1991/03752.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Lei nº 4.275 de 17 de dezembro de 1993. Altera a Lei 3.752/91, para reformular o Conselho Municipal de Saúde. **Imprensa Oficial do Município de Jundiaí**. [1993 Dez 17]. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/1993/04275.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Lei nº 5.322 de 11 de novembro de 1999. Altera a Lei 3.752/91 para reformular o Conselho Municipal de Saúde. **Imprensa Oficial do Município de Jundiaí**. [1999 Nov 11]. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/1999/05322.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Lei nº 6.117 de 12 de setembro de 2003. Altera a Lei 5.322/99, para modificar a composição do Conselho Municipal de Saúde. **Imprensa Oficial do Município de Jundiaí**. 2003. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/2003/06117.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Lei nº 6.879 de 13 de agosto de 2007. Altera a Lei 5.322/99, para tornar bianual a eleição do Conselho Municipal de Saúde. **Imprensa Oficial do Município de Jundiaí**. 2007. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/06879.pdf> [2013 Jan 30].

_____. Lei nº 7.785 de 02 de dezembro de 2011. Revoga dispositivos da Lei 5.322/99 que reformulou o Conselho Municipal de Saúde; e prorroga até 30 de março de 2013 o mandato dos seus conselheiros.”. **Imprensa Oficial do Município de Jundiaí**. Disponível em: URL: <http://www2.camarajundiai.sp.gov.br:81/camver/LEIMUN/06879.pdf> [2013 Jan 30].

Krüger TR. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e políticas públicas**. 2000; (22): 119-44. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/82/162> [2013 Jan 08].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: um circulo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2002; (18): 47-55. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008; 18(1): 105-21.

Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. T (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2005: 353-84. *Apud* Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008; 18(1): 105-21.

Lemos Filho A. A Sociologia como produto histórico. *In* Lemos Filho *et al.*, organizadores. **Sociologia Geral e do Direito**. Campinas. Editora Alínea. 4ª Edição. 2009: 37-48.

Lima JC. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde Debate**. 2001; 25(59): 29–39. *Apud* Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2008; 23(6): 403–9.

Lozzo CIAD, Bianco MHBC. O sistema único de saúde (SUS) no ensino fundamental: um estudo. **PUBLICATIO UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**. Ponta Grossa. 2008; 14(2): 13-22.

Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2008; 18(1): 105-21.

Macedo LC. **Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. 2005.
Disponível em: URL:
<http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/Dissertacao%20Laura%20Macedo.pdf>
[2013 Jan 3].

Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. 2007; 16(3): 426-32.

Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009; 14(3): 795-805.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Moreira MR, Escorel S. **ParticipanetsUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa**. [documento na Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: URL: http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/templates/ja_villadi/images/indices/ia333_absoluto.htm [2013 Fev 10].

Padavini RL, Arantes CIS, Machado MLT, Ogata MN. Conselho Municipal de Saúde: análise de uma trajetória histórica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2005; 29(69): 55-63.

Paim JS. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: ISC/CEPS; 2002. *Apud* Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2008;23(6):403-9.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) do Brasil. Organização das Nações Unidas. **Ranking do IDH dos Municípios do Brasil 2003**. 2003. Disponível em: URL:http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003 [2013 Fev 11].

Ribeiro D. Sobre o óbvio. **Ensaios Insólitos**. Editora LPM. Porto Alegre.1979. Disponível em: URL:http://www.biolinguaem.com/biolinguaem_antropologia/ribeiro_1986_sobreobvio.pdf [2013 Jan 31].

Ribeiro EW. As disputas políticas na gestão da saúde em Presidente Prudente. **Caderno Prudentino de Geografia**. Presidente Prudente. 2006; 28(1): 103-19. Disponível em: URL: <http://agbpp.dominiotemporario.com/doc/CPG28FINAL.pdf#page=52> [2013 Jan 26].

Ribeiro Jr U. A iniciativa popular e sua relação com as iniciativas privadas do Presidente da República. **Revista Jurídica**. Brasília. [2005 Mai 7]: (72); 01-35. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_72/artigos/Ubergue_rev72.htm [2013 Jan 12].

Rocha, AM. O controle social na perspectiva do princípio da fraternidade. *In: Fraternidad & Sociedad: 2010 Foro Común y Plural de Espacios Múltiples 2010*. Tucumán. Argentina: Gobierno da Provincia Tucumán; 2010. Disponível em: URL: <http://www.tucuman.gov.ar/fraternidad2010/PONENCIAS%202010%20FINAL/Mundo%20tematico%202%20y%203/Ponencia%20Aymee%20Medeiros%20da%20Rocha.doc>. [2013 Jan 23].

Rodrigues SB. **Controle social do SUS no município de Vidal Ramos: Dificuldades na Prática** [monografia]. Brasília: GESAN/FD/UNB. 2003. Disponível em: URL: <http://gesan.ndsr.org/doctrabalhofinalSimoneBarniRodrigues.pdf> [2013 Jan 08].

Santos, ARO, Lima CC, Pinho MALR, Penha RL, Medeiros Jr CAM. A participação popular na definição da Política de Saúde de São Luís: Um estudo do Conselho Municipal de Saúde de São Luís. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**. São Luís. 2003; 4(3): 24-30.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

São Paulo (Estado). Constituição do Estado de São Paulo. **Imprensa Oficial do Estado de São Paulo (IMESP)**. 2011: 237-376. Disponível em: URL: http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/download/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf [2013 Fev 13].

_____. Tribunal de Justiça. Ação Direta de Inconstitucionalidade de Lei nº156.003-0/8-00. **Acórdão 9033668-62.2007.8.26.0000**. [2008 Jun 11]. Disponível em: URL: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=2681737> [2013 Jan 30].

Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007; 12(3): 683-8.

Siraque V. **O Controle Social da Função Administrativa do Estado: Possibilidades e Limites na Constituição de 1988** [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2004. Disponível em: URL: <http://siraque.tempsite.ws/monografia2004.pdf> [2013 Jan 3].

Souza CR, Martino LVS, Botazzo C. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: Uma conquista. In Pereira AC, autor. **Tratado de Saúde Coletiva**. Nova Odessa: Editora Napoleão. 2009: 154-8.

Sposati A, Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro. 1992; 8(4): 366-78.

Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **XI Conferência Nacional de Saúde**, 2000. Brasília. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2000: 261-81.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.