



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

EDUARDA LARYSSA VASCONCELOS DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO:
o caso do Conselho Nacional de Saúde**

São Cristóvão – SE
2018

EDUARDA LARYSSA VASCONCELOS DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO:
o caso do Conselho Nacional de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges.

São Cristóvão – SE
2018

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S586p Silva, Eduarda Laryssa Vasconcelos da
Participação social e os novos modelos de gestão : o caso do Conselho Nacional de Saúde / Eduarda Laryssa Vasconcelos da Silva ; orientadora Josefa Lusitânia de Jesus Borges. – São Cristóvão, 2018.
201 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.

1. Serviço social. 2. Participação social. 3. Saúde pública - Administração. 4. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). I. Borges, Josefa Lusitânia de Jesus, orient. II. Título.

CDU 364-783.4:614

EDUARDA LARYSSA VASCONCELOS DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO:
o caso do Conselho Nacional de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges.

Aprovado em: 17/07 de 2018

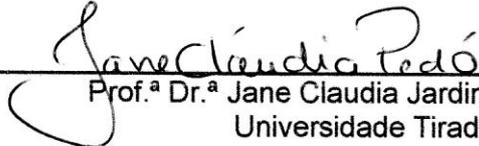
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe



Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Tavares Leite (externa)
Universidade Federal de Sergipe



Prof.^a Dr.^a Jane Cláudia Jardim Pedó (externa)
Universidade Tiradentes

São Cristóvão – SE
2018

Dedico esta dissertação a Jesus, tão real e presente em todos os momentos e pela saúde física, mental, emocional e espiritual que me permite desfrutar.

*Instruí-vos, porque precisamos da vossa inteligência.
Agitai-vos, porque precisamos do vosso entusiasmo.
Organizai-vos, porque carecemos de toda a vossa força.*

Antonio Gramsci

AGRADECIMENTOS

Que jornada até aqui. Quantos desafios. Ufa!

Desde que escolhi o Serviço Social sabia que enfrentaria muitas adversidades e não poderia ser diferente numa profissão como essa. No entanto, cada obstáculo superado vale a pena.

No mestrado, o maior desafio é superar a si mesmo. A muralha da solidão e do anseio que construímos ao redor do nosso projeto tenta nos sabotar, mas quando enxergamos o horizonte que há por trás, conseguimos as forças necessárias para nos impulsionar. Enfim, cheguei!

Na vida de qualquer pesquisador e pesquisadora existem pessoas essenciais no processo de pesquisa, as quais dão o suporte necessário para vislumbrar a concretização dos nossos ideais. Aqui, destacarei algumas pessoas que contribuíram para a realização deste projeto profissional, tecendo alguns agradecimentos.

Aos meus pais, Marineide Vasconcelos e José Nilton Souza por todo amor dedicado durante toda a minha vida. Mas quero enfatizar o apoio externado pela minha mãe, você foi a maior incentivadora para minha inscrição no mestrado, bem como para no término esta dissertação. É o meu maior exemplo de amor e uma mulher realmente incrível!

Às minhas irmãs Niédja, Nielvia, Manuella e Camila e meu irmão Maciel, vocês ajudaram a construir minha identidade de filha, doando o amor fraternal genuíno. Obrigada por dividir as boas lembranças da infância e os dilemas da juventude, conseguimos chegar à fase adulta com vigor e boas histórias.

Aos meus dez, eu disse dez sobrinhos. Poderia escrever outra dissertação sobre vocês. Obrigada por todo amor dedicado a mim! Vocês foram a alegria nos meus dias tristes e de estresse. Nos seus sorrisos tão sinceros e cheios de ternura, eu consegui encontrar o abrigo que acalentou o meu coração. Vocês são os tesouros peculiares que Deus me deu. Sou tia com amor de mãe-amiga!

Aos queridos irmãos e irmãs da igreja que congreguei em Aracaju e em Teotônio Vilela, obrigada pelo apoio e intercessão que foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. A oração de um justo pode muito em seus efeitos.

Aos meus amigos e amigas pela amizade de sempre, em especial a Amine e Netinho que além da amizade, disponibilizaram, por diversas vezes, o aconchego da sua residência para que eu pudesse permanecer em Aracaju.

Aos colegas que a experiência do mestrado me trouxe, que para além do aprendizado teórico, aprendi com a trajetória de vida de cada um. Destaco meus agradecimentos às amigas Niedja e Vivia, que no decorrer do processo estreitamos os laços de amizade e dividimos os “dramas” da vida acadêmica.

Às examinadoras da banca de defesa desta dissertação, as professoras doutoras Maria Cecília Tavares Leite e Jane Claudia Jardim Pedó, que prontamente aceitaram o convite, além de suas observações, sugestões e contribuições para o aprimoramento do debate do objeto em análise.

À minha orientadora Josefa Lusitânia de Jesus Borges, expresse minha gratidão por contribuir na minha formação no mestrado através da finalização desta dissertação, como também por meio do estágio docência, obrigada pelo apoio e amizade.

Às professoras do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe por compartilharem seus conhecimentos teórico-

práticos e pela amizade. E aos funcionários do PROSS pela atenção, disponibilidade e auxílio prestado.

À Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação de Sergipe pela concessão da bolsa de estudo, possibilitando o acesso aos livros, eventos e dedicação aos estudos.

Não posso deixar de agradecer à professora doutora Maria Valéria Costa Correia, por contribuir na minha vida profissional desde que participei do Grupo de Pesquisa o qual coordenava na UFAL, pelo incentivo de sempre e amizade construída. Como também à professora doutora Joseane Barbosa de Lima que contribuiu inicialmente com este estudo e pela amizade na vida.

Por fim, externo minha gratidão a Deus, sem Ele nada disso seria possível. Ele é o começo, o meio e o fim! Mesmo que algumas vezes eu não consiga entender nada, continuo confiante que uma obra perfeita está sendo construída por Suas fortes mãos. O caos está instalado, mas logo mais entenderemos tudo que está apenas na aparência.

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar como o Conselho Nacional de Saúde tem se posicionado frente aos novos modelos de gestão para a saúde. Especificamente pretende descrever as bases conceituais da participação social, democracia e controle social no contexto da relação Estado/sociedade civil; situar o processo de [des]construção da política de saúde no contexto da contrarreforma do Estado; identificar os interesses em disputa no Conselho Nacional de Saúde frente aos novos modelos de gestão para saúde; e verificar a direção política predominante nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa está baseada na razão dialética da teoria social crítica, seguindo a pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. Para subsidiar o debate e atingir os objetivos propostos foi realizada pesquisa documental às leis, decretos e materiais produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde que se remetem a privatização da saúde através dos modelos de gestão no período dos anos 2003 a 2015, utilizando-se de fontes bibliográficas para apropriação do objeto, tais como: livros, artigos em periódicos, produções acadêmicas, entre outros, a fim de identificar os temas mais recorrentes, à posição dos atores sociais e a correlação de forças presentes nos discursos argumentativos os quais foram analisados e interpretados à luz dos fundamentos teórico-metodológicos. Perseguindo os objetivos da pesquisa, inicialmente, é realizado um estudo da relação Estado e sociedade civil a partir do referencial teórico de Gramsci, ainda foram problematizadas as concepções de democracia, participação social e controle social, com o intuito de resgatar a importância dos fóruns deliberativos no âmbito da saúde e aprofundar o debate sobre os conselhos de saúde enquanto espaços públicos democráticos. Em seguida, é descrito o processo de contrarreforma do Estado que tem atingido a política de saúde brasileira, em especial os princípios constituídos no Projeto da Reforma Sanitária. A análise dos dados possibilitou a constatação dos resultados desta pesquisa, onde se infere que o Conselho Nacional de Saúde, mecanismo formal do controle social, tem se constituído, predominantemente, em um espaço de defesa do SUS e de seus princípios, e tem se posicionado contrário aos novos modelos de gestão resultantes do processo de contrarreformas neoliberais. Entretanto, sua oposição não tem impedido a implementação desses modelos de gestão privatizantes no país, o que revela os limites para efetivação do controle social na saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Participação Social. Novos Modelos de Gestão na Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze how the National Health Council has to face the new models of health management. Specifically, it aims to describe the conceptual bases of social participation, democracy and social control in the context of the State / civil society relationship; situate the process of [de] construction of health policy in the context of the counter-reform of the State; identify the interests in dispute in the National Health Council in face of the new management models for health; and to verify the predominant political direction in the deliberations of the National Council of Health. The research is based on the dialectical reason of the critical social theory, following exploratory research, of qualitative nature, and to subsidize the debate and to reach the proposed objectives will be realized documentary research to the laws, decrees and materials produced by the National Health Council that refer to the privatization of health through management models from 2003 to 2015, using bibliographic sources for appropriation of the object, such as books, articles in periodicals, academic productions, among others, in order to identify the most recurrent themes, the position of social actors and the correlation of forces present in argumentative discourses that have been analyzed and interpreted in the light of theoretical and methodological foundations. In order to reach the objectives of the research, a study of the relationship between State and civil society based on the theoretical framework of Gramsci is carried out, conceptions of democracy, social participation and social control are still problematized, with the intention of rescuing the importance of forums deliberative health and to deepen the debate on health councils as democratic public spaces. Next, it describes the process of counterreform of the State that has reached the Brazilian health policy, especially the principles constituted in the Sanitary Reform Project. Through the analysis of the data, it was possible to verify the results of this research, where it is inferred that the National Health Council, a formal mechanism of social control, has been predominantly an area of defense of the SUS and its principles. contrary to the new management models resulting from the neoliberal counter-reform process. However, its opposition has not prevented the implementation of these management models private in the country, which reveals the limits on social control for health within the scope of the National Health Council.

Keywords: Social Participation. New Health Management Models. National Health Council

LISTA DE IMAGENS

Figura 1.....	82
---------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	115
---------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANDES	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANPG	Associação Nacional de Pós-Graduando
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CGHU	Coordenação Geral dos Hospitais Universitários
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNDC	Conselho Nacional de Defesa do Consumidor
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
COFIN	Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONJUR	Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FACOND	Fórum Alagoano de Conselhos de Direito
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
FBOMS	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente
FEDP	Fundação Estatal do Direito Privado
FENAD	Federação Nacional das Associações de Diabéticos
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FENAS	Federação Nacional dos Assistentes Sociais
FENASP	Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GT	Grupo de Trabalho
HU	Hospital Universitário

IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MP	Medida Provisória
MPF	Ministério Público Federal
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDRE	Plano de Reforma do Aparelho do Estado
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei Complementar
PNP	Programa Nacional de Publicização
PPP	Parceria Público-Privada
PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RJ	Rio de Janeiro
RJU	Regime Jurídico Único
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SE	Secretaria Executiva
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINDSAÚDE	Sindicato de Saúde
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFS	Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE	23
1.1 Estado, sociedade civil e hegemonia.....	23
1.2 Democracia: suscitando o debate.....	30
1.3 Participação Social.....	36
1.3.1 Participação social na saúde e o controle social.....	45
1.4 Mecanismos de controle social – debate sobre os Conselhos.....	55
2. MODELOS DE GESTÃO PARA SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO	59
2.1 Reforma Sanitária no Brasil – o processo de construção do Sistema Único de Saúde.....	60
2.2 O processo de contrarreforma do Estado e os novos modelos de gestão para saúde.....	72
3. ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE AOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO PARA SAÚDE	87
3.1 Governo PT e os novos modelos de gestão para saúde.....	89
3.1.1 Organização Social (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).....	92
3.1.2 As Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).....	95
3.2 Lócus da pesquisa – caracterização do Conselho Nacional de Saúde – um breve histórico.....	105
3.3 Posicionamento do Conselho Nacional de Saúde frente às Organizações Sociais (Oss) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).....	110
3.4. Posicionamento do Conselho Nacional de Saúde frente às Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).....	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXOS	158

INTRODUÇÃO

O presente projeto tem como objeto de pesquisa a participação social e os modelos de gestão para a saúde, um estudo sobre o Conselho Nacional de Saúde. O interesse surgiu a partir da inserção no grupo de pesquisa e extensão “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais” vinculado ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, no projeto de extensão Fórum Alagoano de Conselhos de Direitos – FACOND, que tem atuação voltada para o controle social nos conselhos de direitos das diversas políticas públicas do Estado de Alagoas, e na inserção no Fórum em Defesa do SUS. O interesse também parte da experiência na Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/UFAL, que possibilitou a aproximação com o cenário de prática profissional no momento em que o governo federal instituiu legalmente o novo modelo de gestão para saúde através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, consolidada na Lei nº 12.500 de dezembro de 2011.

Os estudos desenvolvidos durante tal vivência acadêmica possibilitaram verificar a importância dos mecanismos de controle social e o posicionamento frente à política de saúde e as investidas neoliberais sobre esta política, levando-a a um processo contínuo de desestruturação e privatização. Tais experiências resultaram em produções acadêmicas como: Trabalho de Conclusão de Curso com tema “A correlação de forças no Conselho Municipal de Saúde de Maceió para o controle social” defendido em 2011 na Faculdade de Serviço Social/UFAL; a monografia “A contrarreforma do Estado e os novos modelos de gestão para a saúde”, na conclusão da Pós-graduação *latu senso* em Gestão de Políticas Públicas pela Faculdade Integrada Tiradentes finalizado em 2013; e o artigo “Os novos modelos de gestão para saúde: resistências políticas” de finalização da Residência Multiprofissional em Saúde defendido em 2014.

No contexto contemporâneo, o termo controle social vem sendo considerado sinônimo de participação da população nas políticas públicas, desde a formulação dessas políticas, bem como o destino que elas devem seguir.

Este termo abrange diversas concepções. De acordo com Correia (2000) a expressão controle social é ambígua, podendo ser concebida em sentidos diferentes, baseados em concepções de Estado e de sociedade distintas, uma que entende o controle social como o controle do Estado sobre a sociedade priorizando os interesses da classe dominante, outra como controle da sociedade, ou de seus setores organizados, sobre as ações do Estado.

A partir dessas concepções de controle social, enfatizamos a identificação deste estudo com a segunda definição, partindo da compreensão do controle social como participação social coletiva nas políticas sociais.

A participação da sociedade civil organizada nos mecanismos de controle social nas políticas públicas foi institucionalizada na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, nas leis orgânicas através dos conselhos e conferências. Apesar de esses mecanismos terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em meios de legitimação do poder dominante, entretanto podem ser espaços de participação na perspectiva de ampliação dos direitos sociais.

Na área da saúde, a participação social foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de setores organizados na sociedade civil intervirem na formulação, na execução e na avaliação das políticas públicas para o setor saúde, para que as ações e os gastos estatais atendam aos interesses da maioria da população e de resistências à privatização e mercantilização da saúde.

O controle social, nesta perspectiva, foi uma das grandes conquistas dos movimentos sociais, principalmente na área da saúde, um avanço na redefinição do Estado democrático e de direitos, em que a sociedade passa a ter o direito de participar efetivamente em todo o processo decisório do Sistema Único de Saúde (SUS), na elaboração de políticas, na sua execução, fiscalização como também seu financiamento. Modifica, assim, o panorama anterior, período dos governos da ditadura, onde apenas o Estado e a classe dominante podiam intervir nas questões relativas à sociedade. Depois desse avanço, abriu-se espaço para concepções que podem garantir os interesses coletivos frente à hegemonia privatista.

O período dos anos de 1990 configurou-se o momento em que deu início a um intenso processo de contrarreforma do Estado brasileiro, que foi resultado das ideias neoliberais incursas no país, desde o governo Collor. Segundo Granemann (2008) trata-se de uma reforma do Estado que pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do

capital e neste caso será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho.

Esta contrarreforma é uma ameaça ao modelo de saúde defendido pelo Projeto Reforma Sanitária Brasileira, mercantilização dos direitos e à precarização das relações de trabalho em saúde.

Esta contrarreforma é uma ameaça ao modelo de saúde defendido pelo Projeto Reforma Sanitária Brasileira, mercantilização dos direitos e à precarização das relações de trabalho em saúde.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde é tensionado por três projetos antagônicos, um que se expressa através da consolidação do SUS e dos seus princípios – Projeto da Reforma Sanitária, outro que prevê o projeto da saúde como mercadoria – Projeto privatista, e o que remete a flexibilização dos princípios da Reforma Sanitária – Projeto da Reforma Sanitária flexibilizada.

Para entender o projeto que visa à mercantilização e privatização da saúde, compreende-se que esse processo tem se dado por dentro do Sistema Único de Saúde de duas formas, como afirma Correia (2011) a primeira, através dos “Contratos de Gestão” e de “Termos de Parcerias” com os denominados “novos modelos de gestão”, que são as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP’s), instituídos, respectivamente pela Lei 9.637/98 e Lei n.º 9.790/1999, ambos apresentados pelo governo de Fernando Henrique Cardoso; e as Fundações Estatais de Direito Privado (PLC nº 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo – Governo Lula, em 13/07/2007). A segunda forma de repasse vem acontecendo via contratualizações de serviços de saúde filantrópicos/privados que é assegurada em Lei, pelo art. 199 da Constituição Federal de 1988, e pelo art. 24 da Lei Orgânica da Saúde 8080/90: o Sistema Privado de Saúde pode ser complementar ao Sistema Público quando este não puder atender toda a população.

Para completar e aprofundar o processo de privatização, em dezembro de 2010 foi editada a Medida Provisória nº 520 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que foi substituída pela Lei 12.550 em 15 de dezembro de 2011.

Os novos modelos de gestão, apesar de se diferenciarem internamente, constituem a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, acarretando a flexibilização da

gestão, dos direitos sociais e trabalhistas, privatizando o que é público. Rompe com o controle e fiscalização da gestão, que serão realizados pelo poder executivo com o apoio do Tribunal de Contas, não havendo assim, o controle social neste âmbito.

Dessa forma, a necessidade que a política de saúde brasileira tem de que os segmentos da sociedade civil arregimentem forças em defesa do SUS para efetivação dos seus princípios e dos interesses da coletividade é imprescindível, pois reconhecendo as reais necessidades da saúde, poderão conduzir o controle social na perspectiva de ampliação da democracia. Assim, através dos conselhos permite-se a alteração nas relações de poder, e no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) se estabelece no direcionamento da política de Saúde a nível nacional.

O presente estudo parte do pressuposto que o espaço dos conselhos foi concebido como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação entre Estado e sociedade civil por meio da introdução de novos sujeitos políticos. Compreende-se que os conselhos de saúde foram instituídos legalmente para serem instrumentos da luta de segmentos organizados na sociedade civil na busca de novos canais para sua participação social, de interferir na gestão pública e deliberar sobre os aspectos econômicos e financeiros da política de saúde. Mas essas experiências se constituem em desafios cotidianos frente à contrarreforma neoliberal, que tende, cada vez mais, reduzir os espaços de discussão e de participação da população.

A partir desse contexto, apresentaram-se as seguintes hipóteses: o Conselho Nacional de Saúde tem se constituído, predominantemente, em um espaço de lutas políticas em defesa do Sistema Único de Saúde e de seus princípios e tem se posicionado contra o processo de contrarreformas neoliberais para a política de saúde através dos novos modelos de gestão, no entanto, este espaço de controle social tem encontrado limites para que suas deliberações sejam atendidas e executadas pela gestão.

Assim, busca-se apreender o sentido político predominante no CNS para dar o rumo desta política em âmbito nacional, se voltado à efetivação do SUS com acesso universal, público e de qualidade, ou a tendência que é coerente ao ajuste neoliberal, que propõe a quebra da universalidade, à focalização e seletividade da assistência à saúde, a privatização dos serviços de saúde via terceirização,

delegação e ou parcerias e a mercantilização da saúde, facilitando a participação do setor privado na prestação desses serviços.

Diante do exposto, as questões investigadas são: Como o Conselho Nacional de Saúde têm se posicionado para dar direção a Política Nacional de Saúde frente aos modelos de gestão para a saúde? Quais os interesses em disputa no espaço do Conselho Nacional de Saúde? Qual a direção política predominante das deliberações do Conselho Nacional de Saúde: os das classes subalternas ou os das classes dominantes?

Para tanto, o objetivo geral está em: analisar como o Conselho Nacional de Saúde tem se posicionado frente aos novos modelos de gestão para a saúde. E como objetivos específicos: descrever as bases conceituais da participação social, democracia e controle social no contexto da relação Estado/sociedade civil; situar o processo de [des]construção da política de saúde no contexto da contrarreforma do Estado; identificar os interesses em disputa no Conselho Nacional de Saúde frente aos novos modelos de gestão para saúde; e verificar a direção política predominante nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde.

O problema de pesquisa ora investigado requer uma reflexão teórica acerca da influência de uma instância de decisão política e de controle social, o Conselho Nacional de Saúde, que reúne representação de segmentos sociais com interesses de classes diferentes para definir os rumos da política nacional de saúde e aos seus novos modelos de gestão. Dessa forma, requer uma reflexão que leve em conta a relação entre as lutas políticas, que se dão na totalidade da estrutura social, especialmente nos mecanismos políticos de controle social, e os novos modelos de gestão impostos pelo ideário neoliberal.

A relevância teórica desta pesquisa está na possibilidade de proporcionar bases para compreender “os elementos da sociedade civil que correspondem aos sistemas de defesa na guerra de posição” (GRAMSCI, 2000, p. 89), considerando o seu potencial transformador, por meio da presença das classes subalternas, e os limites colocados pelo capital na conjuntura contemporânea.

E sua relevância social consiste na possibilidade das atividades e ações do Conselho Nacional de Saúde se tornarem visíveis à sociedade, resgatando a importância das arenas deliberativas do controle social e demonstrando, especialmente, como esta instância tem se posicionado frente aos novos modelos de gestão para saúde.

A fundamentação teórica metodológica desta pesquisa está baseada na razão dialética da teoria social crítica, ao permitir considerar as particulares/singulares expressas no âmbito local, e os aspectos gerais/universais da totalidade. Assim, o processo metodológico implicará no caminho de ida para apreender os fenômenos que conformam a realidade, desde os fenômenos mais simples aos mais complexos, no sentido de ultrapassar a “representação caótica de um todo” e, no caminho de volta, poder chegar numa “síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso”. (MARX, 1992, p. 63).

O estudo segue a pesquisa exploratória de natureza qualitativa, adota-se a pesquisa qualitativa por esta possibilitar uma “análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais” (FLICK, 2009, p. 37). Como recurso metodológico para apropriação do objeto foi utilizada fonte bibliográfica da literatura referente ao tema, abrangendo referências teóricas fundamentais para apreensão do objeto, a partir de livros, artigos em periódicos, dissertações e teses, entre outros.

Para atingir os objetivos propostos e subsidiar o debate a respeito da participação social no CNS frente aos novos modelos de gestão para saúde na atualidade e a consequente efetivação do controle social neste âmbito, foi realizada uma pesquisa documental aos materiais produzidos¹ por este Conselho no período de 2003 a 2015, que remete ao total de: 172 atas, 151 resoluções, 241 recomendações, 106 moções, além dos Projetos de Lei, Medidas Provisórias, Decretos, Leis Federais, e outros que foram pertinentes ao universo da pesquisa.

O recorte temporal escolhido neste estudo se justifica por se tratar do período do governo do Partido dos Trabalhadores, momento de grande relevância política no país, onde foi eleito, de forma inédita, um representante da classe trabalhadora. Este fato permitiu, aos movimentos sociais, gerar grandes expectativas no campo das políticas sociais e da política de saúde, pois este partido, em sua origem, estava vinculado aos interesses da classe contra-hegemônica.

O procedimento de análise deu-se mediante a análise do conteúdo, onde os documentos foram selecionados com base nas questões e hipóteses formuladas e lidos atentamente para identificar as intenções e o sentido do conteúdo em torno das ideias principais concernente ao objeto em análise, extraindo suas diferentes

¹ Documentos disponíveis na página oficial do Conselho Nacional de Saúde na internet.

características e significação. Os elementos encontrados foram categorizados para assim reconstruir o sentido dos conteúdos analisados.

A análise se desdobrou, inicialmente, na pré-análise, a qual foi composta por uma leitura flutuante contemplando um contato intenso com o material e impregnação pelo conteúdo, ainda de uma exploração do material, onde foram levantadas categorias, selecionadas as unidades de registro e os dados categorizados de acordo com os temas encontrados, assim, os dados foram confrontados, buscando-se as divergências e convergências por meio da análise temática do conteúdo (MINAYO, 2010).

Os documentos do CNS analisados abordaram, especificamente, os novos modelos de gestão para saúde – OSs, OSCIPs, FEDPs e EBSERH. A princípio, pretendia-se, previamente, identificar o conteúdo dos novos modelos de gestão através da leitura das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS, entretanto, algumas pautas não condiziam com os temas debatidos nas atas. Desta feita, foi necessária a leitura das 172 pautas e atas para detectar as discussões do CNS referente ao processo de privatização da saúde através dos novos modelos de gestão, bem como os demais documentos resultantes destas discussões.

Diante dessas considerações, apresenta-se a tessitura deste trabalho. Na primeira seção intitulada “Democracia, Participação Social e Controle Social na Saúde”, aponta-se a relação Estado, sociedade civil e hegemonia, e as concepções de democracia, participação social e controle social, com o intuito de resgatar a importância dos fóruns deliberativos no âmbito da saúde e aprofundar o debate sobre os conselhos de saúde enquanto espaços públicos democráticos, constituídos enquanto mecanismos de participação social nas decisões do Estado.

Na segunda seção, “Modelos de gestão para Saúde no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro”, contextualiza-se sobre a Política Nacional de Saúde, destacando o protagonismo do Projeto da RSB na constituição do SUS, onde os setores progressistas organizados na sociedade civil lutam pela garantia dos direitos sociais preconizados na Carta Magna e nas leis orgânicas posteriores, e na contramão desse processo, o projeto do capital, que adquiriu amplitude no Brasil a partir do governo FHC, com contrarreformas neoliberais que preconizam a privatização e mercantilização da saúde através dos novos modelos de gestão.

Na terceira e última seção intitulada “Atuação do Conselho Nacional de Saúde frente aos Novos Modelos de Gestão para Saúde”, apresenta-se os resultados dos

dados e as análises extraídas dos documentos produzidos pelo CNS no recorte temporal de 2003 a 2015, período que compreende o governo do Partido dos Trabalhadores. Busca-se identificar como o CNS tem se posicionado frente aos novos modelos de gestão, se na defesa do SUS e seus princípios – na direção dos interesses das classes subalternas, ou se em consonância com os ideais neoliberais e as recomendações dos organismos financeiros internacionais para saúde – na direção dos interesses da classe dominante.

Por fim, nas considerações finais, chega-se a conclusão que no contexto atual o Conselho Nacional de Saúde tem se constituído, predominantemente, em um espaço de defesa do SUS, opondo-se aos novos modelos de gestão que preconizam a privatização e mercantilização da saúde. No entanto, apesar desta instância máxima de controle social se posicionar contrário a esses modelos, o poder executivo tem conduzido a saúde brasileira na lógica privatista neoliberal.

1. DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

A análise do objeto proposto neste trabalho – A participação social e os modelos de gestão para a saúde, abordando o caso do Conselho Nacional de Saúde – requer mediações fundamentais à sua compreensão. Assim, a preocupação central nesta seção está em problematizar algumas categorias-chaves para apreensão da essência do objeto de análise, intenta-se, deste modo, alcançar o objetivo específico deste trabalho, qual seja: descrever as bases conceituais da participação social, democracia e controle social no contexto da relação Estado/sociedade civil.

Suscita-se a discussão sobre Estado e sociedade civil a partir do referencial teórico gramsciano, ao identificar o objeto em análise com seu arcabouço teórico. Ainda as categorias democracia, participação e controle social, para nesta direção enfatizar o debate da participação social e do controle social no contexto da política de saúde. O caminho teórico percorrido possibilita compreender a importância da institucionalização das arenas de decisões nos espaços públicos como fundamentais para o processo democrático articulado a relação Estado e sociedade civil.

A tessitura da seção propõe no primeiro item conceituar brevemente a relação Estado, sociedade civil e hegemonia, em seguida contextualizar a categoria democracia a partir de autores clássicos e contemporâneos, no terceiro item trata da participação social, do controle social no contexto da política de saúde e no quarto e último item aborda os conselhos de saúde como mecanismos de efetivação do controle social e da importância destes enquanto inovações para formulação e implementação de políticas públicas.

1.1 Estado, sociedade civil e hegemonia

Para compreensão do estudo proposto é imprescindível definir primeiramente as categorias Estado, sociedade civil e hegemonia, pois elas perpassam a

constituição de espaços públicos para o processo de democratização – como o Conselho Nacional de Saúde – âmbito de materialização deste trabalho.

Desde muito tempo vem se utilizando o conceito de sociedade civil na filosofia política. Em Marx, o Estado é visto como um reflexo dos interesses particulares e de uma relação de dominação e estabelece uma função de administrador dos conflitos advindos das relações sociais de produção, através do controle do conjunto da sociedade para manutenção do domínio burguês. Já a sociedade civil se expressa na sociedade burguesa, fruto de um determinado momento histórico.

Gramsci, ao analisar os desdobramentos da sociedade civil, vai além dos horizontes traçados por Marx. O autor utiliza de uma tradução neolatina de um termo já empregado, elaborando um conceito bastante original, com o qual tenta denotar uma nova esfera do ser social. Dessa forma, em Gramsci, a sociedade civil é um momento do Estado, e é considerada a grande novidade, na passagem do século XIX ao século XX, encaminhando-a em direção à ideia de Estado ampliado.

O conceito de sociedade civil em Gramsci foi e vem sendo estudado por diversos autores, no entanto, as interpretações nem sempre são apresentadas na íntegra, ocorrendo distorções bastante quantitativas, como enfatiza Coutinho:

Há vários interpretes que formulam uma leitura gramsciana de “sociedade civil” que lhe atribui uma forte marca antiestatal; em contrapartida, não são poucos os que, com igual unilateralidade, desconhecem a novidade deste conceito cancelando assim a autonomia relativa que o autor dos Cadernos atribui a esta nova esfera do ser social. (2006, p. 30).

Bobbio foi um dos estudiosos que apresentou uma interpretação equivocada, ao identificar no pensamento gramsciano uma dicotomia entre sociedade civil e Estado. Apesar de registrar corretamente uma diferença essencial entre o conceito de sociedade civil em Marx e em Gramsci. Para Marx sociedade civil tem base material, inerente a uma infra-estrutura econômica, já para Gramsci, a sociedade civil não pertence ao momento da infra-estrutura, mas ao da superestrutura (COUTINHO, 2006). Dessa forma, ele nega justamente o que lhe é fundamental, a não separação, a unidade dialética entre política e sociedade, entre economia e Estado.

Bobbio chega a uma falsa conclusão: já que Marx afirma ser a sociedade (que nele é sinônimo de base econômica) o fator ontologicamente primário na explicação da história, supondo que a alteração efetuada por Gramsci o leva a retirar da infra-estrutura esta centralidade ontológico-genética, que passaria a caber a um

elemento da superestrutura, precisamente a sociedade civil: Em Marx este momento ativo e positivo é estrutural, ao passo que em Gramsci é superestrutural. (Idem, p. 31).

O autor elucida que o conceito de sociedade civil é o meio privilegiado ao qual Gramsci enriquece a teoria de Marx, levando ao conceito um fato novo, uma nova determinação do Estado, sem eliminar as determinações já apontadas, mas as inclui num complexo mais rico, amplia e concretiza no âmbito da criação do método do materialismo histórico².

Destarte, a concepção ampliada de Estado de Gramsci se dar pelo momento histórico que vivenciou, a partir do seu reconhecimento do processo de socialização da política no capitalismo nos países ocidentais, momento que se amplia o direito ao sufrágio, os sindicatos começam a ganhar força, surgimento partidos de massa – esses que se configuram como “aparelhos privados de hegemonia”.

Assim, a teoria ampliada do Estado em Gramsci, comporta duas esferas principais:

1) a sociedade política – “Estado em sentido estrito” ou “Estado-coerção”, formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da violência e da execução das leis, mecanismos que se identificam com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar, ou seja, com o governo em sentido estrito; e 2) a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa) etc. (COUTINHO, 2006, p. 35)

Essas esferas, que compõem a superestrutura, e a estrutura econômica, constituem a totalidade social e estão dialeticamente articuladas. De acordo com Semeraro (1999), sociedade política e sociedade civil são realidades distintas e às vezes contrapostas, mas ao mesmo tempo formam uma unidade dialética³.

² Em Marx, o Estado é visto a partir da sociedade civil, enquanto em Hegel está última é apresentada como um momento particular do Estado. Marx examina a gênese e a função do Estado com o conjunto de seus aparelhos repressivos. Essa percepção se dá pelo momento histórico que defrontam Marx e Engels. Gramsci, contudo, trabalha numa época em que já se havia generalizado uma maior complexidade do fenômeno estatal, isto lhe permitiu ver que, com a intensificação dos processos de socialização da política surge uma nova esfera do ser social, dotada de leis e funções relativamente autônomas e específicas, tanto em relação ao mundo da economia como em face dos aparelhos repressivos de Estado. (COUTINHO, 2006, p.32-33).

³ A relação dialética realizada pelo Estado comporta simultaneamente antagonismos e reciprocidades e, por isso, permite forças desiguais e contraditórias se confrontem e interajam de tal forma que uma deixa sua marca na outra e ambas contribuem para o resultado final [...] É por meio de relação dialética com a sociedade que o Estado abrange as dimensões da vida social, todos os indivíduos e classes e assume diferentes responsabilidades, inclusive as de atender demandas e reivindicações discordantes. (PEREIRA, 2008, p. 148)

Dessa forma, a sociedade política e a sociedade civil podem servir para conservar ou promover os interesses de uma determinada base econômica e uma materialidade social. Na sociedade política as classes exercem uma dominação através da coerção, com seus aparelhos repressivos de Estado. Já na sociedade civil, as classes exercem sua função baseados na hegemonia para dar a direção política e estabelecer consensos através dos seus aparelhos privados de hegemonia⁴ – “é por meio deles⁴ que as massas populares, e em particular a classe operaria, organizam-se de baixo para cima, a partir das bases, constituindo o que poderíamos chamar de sujeitos políticos coletivos”. (COUTINHO, 2008, p. 25).

Nesta conjectura, as funções de dominação e hegemonia, onde o Estado pode exercer, em determinado momento histórico, mais coerção ou mais consensos, vai depender da autonomia relativa das esferas da superestrutura e da correlação de forças das classes em disputa por seus interesses hegemônicos.

Na sociedade civil se “decide a hegemonia, confrontam-se diversos projetos de sociedade, até prevalecer um que estabeleça a direção geral na economia, na política e na cultura”. (SEMERARO, 1999, p. 76). Dessa forma, a sociedade civil se constitui em um espaço de luta, de conflitos e contradições, onde perpassam interesses desiguais. É o lugar onde se asseguram batalhas pela conquista da hegemonia, pois nela são decididos os rumos da economia e se formulam estratégias ideológicas, forças reais de unificação da sociedade. Assim, segundo Semeraro, a sociedade civil em Gramsci

não é só o território que a burguesia reservou para as suas iniciativas econômicas e para a estruturação da sua hegemonia no mundo moderno. Nela, também as classes subalternas podem encontrar um espaço privilegiado para organizarem suas associações, articularem suas alianças, confrontarem seus projetos sociopolíticos e disputarem o predomínio da hegemonia. (1999, p. 159).

A participação das classes subalternas⁵ nas lutas pela hegemonia, em todos os níveis, “é um objetivo essencial no interior das grandes batalhas contra o capitalismo e o imperialismo” (MONAL, 2003, p. 198). Sendo assim,

⁴ Esses aparelhos são os organismos sociais coletivos de natureza voluntária, relativamente autônomos em face da sociedade política – os partidos de massa, os sindicatos, as associações profissionais, os comitês de empresa de bairro, as organizações culturais, etc. (Coutinho 2006, 2008).

⁵ Nos estudos de Gramsci é utilizado o termo “classe”, “grupo” ou “força” para se referir ao conceito ampliado de subalternos, que inclui as classes exploradas, conjunto dos oprimidos e marginalizados, que atuam nos movimentos sociais e de sociedade civil [...] Estas forças subalternas devem estabelecer metas e programas políticos concretos definidos, abandonando os estados de espírito

desqualificar o trabalho cognitivo das classes subalternas, pensar suas criações como “práticas empíricas”, significa negar àquelas produtores de conhecimento, cultura, arte, etc. a identidade de intelectual. Negar, obviamente, direito de cidadania a toda essa produção. Esse procedimento amplia e reforça a subalternidade das outras classes. (DIAS, 1996, p 36).

É importante destacar que as classes subalternas são organizadas por uma lógica e por aparelhos como: as organizações da cultura, igrejas, partidos, escolas, sindicatos etc. e através deles podem ser expressos seus interesses imediatos, ressaltando que não podem fazer isso com seus projetos. No entanto, as classes subalternas “aparecem objetivamente desorganizadas em relação a si mesmas” e “organizadas em relação à racionalidade capitalista.” (DIAS, 1996, p. 38). Como afirma Gramsci (2002)

as classes subalternas, por definição, não são unificadas e não podem se unificar enquanto não puderem se tornar “Estado”: sua história, portanto, está entrelaçada à da sociedade civil, é uma função “desagregada” e descontínua da história da sociedade civil e, por este caminho, da história dos Estados ou grupos de Estados. (p. 139-140).

Nesta perspectiva, podemos dizer que é fundamental que as classes subalternas não estejam fragmentadas, mas, sim, que se fortaleçam junto aos movimentos sociais organizados, na busca de uma direção política hegemônica.

É ilusão, sustenta Gramsci, pensar que as classes subalternas, dispersas na multiformidade da sociedade civil, possam chegar à hegemonia só pelo simples desejo de movimentos parciais e desarticulados, sem constituir-se no terreno sólido da produção, na criação de nova economia e na fundação de nova concepção de Estado. – os sentimentos de liberdade e os valores culturais da sociedade civil estão, de fato, vinculados à forma da economia e à organização do Estado. (SEMERARO, 1999, p. 87).

A concepção de hegemonia construída pela classe subalterna, na visão de Gramsci, “deve seguir um caminho diferente das formas e dos instrumentos de poder utilizados pela hegemonia burguesa” (SEMERARO, 1999, p. 80). Nesta perspectiva, a hegemonia deve ocorrer de forma pedagógica, onde seus protagonistas ultrapassem o senso comum para um bom senso, partindo de uma análise crítica da realidade, passando a si educarem para exercer um governo que privilegie a todos. Nas palavras de Dias (1996) “ela é pedagógica no sentido em que

vagos e oscilantes. Somente este caminho levará a unidade que dá força política e permite a iniciativa. (MONAL, 2003, p. 197-198).

é experiência coletiva de emancipação. Experiência que nega/supera hierarquias”. (p. 45).

A hegemonia não é a incorporação passiva das massas no Estado, sancionada só pelo sistema parlamentar, mas é acima de tudo a permanente motivação de iniciativas que elevam a capacidade objetiva e a participação dos indivíduos (SEMERARO, 1999).

A construção de uma nova hegemonia acontecerá quando as classes subalternas pensar de uma forma unitária, numa perspectiva de constituir uma outra civilização, a partir de um novo projeto societário que esteja coerentemente vinculado às dimensões das classes subalternas. Quando deixar de ser arbitrária para ser orgânica. (DIAS, 1996).

No Estado as classes subalternas tentam ganhar espaços na sociedade civil na tentativa de criar uma nova hegemonia através da “guerra de posição”, que

pressupõe o consenso no interior da estrutura cultural/política e organizacional dos protagonistas, e o conflito de luta entre eles [...] uma série de batalhas morais e intelectuais, cujo objetivo é a construção da realidade social e política [...] disseminando uma dada concepção de mundo [...] uma transformação em “senso comum”. (FONTANA, 2003, p. 118-119)

É na sociedade civil que se travam os enfrentamentos ideológicos, políticos e culturais que determinam a hegemonia de um grupo sobre a sociedade, e para chegar a uma nova hegemonia devem ser estabelecidas profundas mudanças no âmbito estrutural e superestrutural, de forma que o poder não fique concentrado em uma determinada classe.

Na construção de um novo princípio hegemônico, ocorrem críticas às bases de sustentação de projetos anteriores que, segundo Dias (1996) Gramsci acentua, seguidas vezes, que “não basta criticar o anterior, é preciso destruir suas condições de existência”. (p. 16)

A crítica real de uma concepção de mundo requer o embate hegemônico e necessita que a concepção criticada não tenha mais condições de racionalizar as práticas sociais. Ideias não podem ser negadas como ideias, elas se inviabilizam como práticas ou permanecem no imaginário e nas práticas sociais. A capacidade que a nova visão de mundo tenha de subtrair os intelectuais às antigas ideologias dominantes é estritamente decisiva para extinguir uma dada visão de mundo. (DIAS, 1996)

Deste modo, a hegemonia está intimamente vinculada à base econômica com seus aparelhos de coerção imprescindíveis, de forma que uma classe que passe a ser dirigente exerça seu poder sobre um espaço social ampliado. Segundo Campione (2003),

em Gramsci, a hegemonia tem múltiplas dimensões, em primeiro lugar está a “direção intelectual e moral” parte dos grupos sociais com um papel determinado na vida econômica, para “hegemonizar” outros grupos que desempenham papéis igualmente determinados. Em segundo lugar, é igualmente claro que a catarse – que eleva a classe ao plano ético-político – se assenta no campo econômico-corporativo. (p. 153).

Outro aspecto colocado pelo autor refere-se à possibilidade de que se produza uma hegemonia alternativa, ou contra-hegemonia. O grupo subalterno só pode se converter em hegemônico passando do plano “econômico corporativo” ao “plano ético-político”, com capacidade de transformar os interesses particulares em gerais ou universais, e de construir livremente o “bloco histórico”.

O novo “bloco histórico”, pautado na hegemonia das classes subalternas, resulta na elevação dos interesses específicos – “econômico-corporativo” de seus vários componentes ao nível do interesse – “ético-político”, ou universal, o que ocorre mediante uma negociação que não pressupõe a eliminação ou repressão desses interesses particulares. De acordo com Coutinho,

O “bloco-histórico” seria uma unidade na diversidade. Elaborando uma pauta de prioridades globais, o bloco majoritário hegemônico poderia selecionar, dentre os múltiplos interesses que representa, os que mais correspondam – em cada oportunidade concreta – ao interesse efetivamente comum do conjunto de seus integrantes. (2008, p. 32)

Tal concepção está intimamente ligada à democracia, e construir hegemonia, numa ótica emancipatória das classes subalternas, “conduz à ocupação dos espaços da sociedade civil e da sociedade política, levando à radicalização da democracia e à extinção do Estado capitalista”⁶, Estado liberal ou Estado restrito. Assim, em vista da primazia da democracia para compreender o objeto estudado, o próximo item abordará a concepção de democracia nos autores clássicos e contemporâneos.

⁶ Semeraro (1999, p. 91).

1.2 Democracia: suscitando o debate

Para compreender o conceito de participação social, faz-se necessário situar o debate da democracia, pois esta participação tem seu percurso, no campo das ciências sociais, intimamente relacionado às teorizações sobre a democracia apresentando concepções e sentidos diferentes.

Como parâmetro de discussão conceitual, entende-se que a democracia é decorrente de um processo histórico e é sinônimo de soberania popular, enquanto “presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilita ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social” (COUTINHO, 1997, p. 145).

Numa perspectiva elitista, Bobbio (2000, p. 38), aponta que democracia é a democracia das “regras do jogo”, do bom funcionamento das instituições e das garantias do “Estado de direito”, e é com essa definição mínima que apresenta a democracia moderna como extensão natural do liberalismo (DURIGUETTO, 2007).

Bobbio (2000) simplifica a democracia em dois conceitos básicos – democracia formal e democracia substancial. A primeira está relacionada à primazia da liberdade, onde toma os direitos individuais como liberdades individuais que estipulam as limitações da ação estatal.

A democracia formal está relacionada ao princípio da liberdade, isto é, definindo os direitos individuais como liberdades individuais que limitam a ação do Estado, aqui “o governo representativo passa a ser o foco central do debate sobre a democracia liberal” (Bobbio, 1994 apud Fleury, 1997, p. 29). Já no que se refere à democracia substancial⁷, essa busca a participação mais ampla, baseada na solidariedade e no desenvolvimento integral da comunidade política.

No contexto da teoria política liberal, podem-se identificar algumas formas alternativas de democracia, elucidadas a partir da proposta de democracia representativa de Schumpeter e da democracia participativa de Macpherson.

No final dos anos 30, Schumpeter relaciona o conceito de participação ao de democracia representativa. Para este autor, democracia significa “um procedimento

⁷ Esta visão socializante da democracia pode ser encontrada desde os escritos clássicos de Rousseau, “para quem a soberania não pode ser representada”, e através de autores como Lenin, “para quem a democracia burguesa, e seu instrumentos como a representação, são reduzidos a uma mera ditadura de classe, sem se dar conta que sua ausência viria a comprometer as formas de democracia direta de base”. (FLEURY, 1997, p. 29-30)

que funciona, na arena política, de modo análogo à concorrência no mercado” (CORTES, 2009a, p. 76), nesta perspectiva os cidadãos participam para manutenção da máquina eleitoral, em que “os únicos meios de participação abertos para os cidadãos são o voto para o líder e a discussão [...] a participação não tem caráter especial ou central” (PATEMAN, 1992, p. 14).

O modelo democrático introduzido por Schumpeter apresenta os seguintes traços:

- a) a democracia é um mecanismo para escolher e autorizar governos, a partir da existência de grupos que competem pela governança, associados em partidos políticos e escolhidos pelo voto;
- b) a função dos votantes não é a de resolver problemas políticos, mas a de escolher homens que decidirão sobre quais são os problemas políticos e como resolvê-los - a política é uma questão de elites dirigentes;
- c) a função do sistema eleitoral, sendo a de criar o rodízio dos ocupantes do poder, tem como tarefa preservar a sociedade contra os riscos da tirania;
- d) o modelo político baseia-se no mercado econômico fundado no pressuposto da soberania do consumidor e da demanda que, na qualidade de maximizador racional dos ganhos, faz com que o sistema político produza distribuição ótima de bens políticos;
- e) a natureza instável e consumidora dos sujeitos políticos obriga à existência de um aparato governamental capaz de estabilizar as demandas da vontade política pela estabilização da vontade geral, através do aparelho do Estado, que reforça acordos, aplana conflitos e modera as aspirações. (CHAUÍ, 2011, p. 145).

Esta concepção de democracia representativa é considerada por Coutinho (2000) como minimalista, à medida que reduz a democracia a algumas regras formais que possibilitam a rotatividade das elites no poder através do sistema eleitoral. Este “elitismo democrático” foi instaurado por Schumpeter e ganha novas configurações no contexto neoliberal⁸.

O modelo de democracia representativa schumpeteriano é criticado por Macpherson, que propõe outro modelo designado como democracia participativa. Este modelo apresenta precondições sociais da democracia, tais como: mudança da consciência popular; grande diminuição da desigualdade social e econômica; estimular procedimentos pelos quais se viabilizem as propostas de Marx e de Stuart Mill – estes procedimentos seriam as associações de bairro e de vizinhança, luta pela melhoria da qualidade de vida, pela liberdade de expressão, pelos direitos das minorias. (CHAUÍ, 2011).

⁸ DURIGUETTO, 2007; TEIXEIRA, 2001.

Em suma, este modelo da democracia participativa

seria um sistema piramidal com democracia direta na base e democracia por delegação em cada nível depois dessa base [...] assim prosseguiria até o vértice da pirâmide, que seria um conselho nacional para assuntos de interesse nacional, e conselhos locais e regionais para setores próprios desses segmentos territoriais (MACPHERSON, 1978 apud CHAUI, 2011, p. 147).

Cabe aqui sinalizar e destacar que este modelo de democracia participativa proposto pelo aludido autor não consegue se desvincular da concepção liberal de democracia.

Ainda no campo teórico da democracia, evidencia-se a concepção pluralista da democracia, que tem Robert Dahl como um dos seus principais pensadores. Ele identifica dois eixos histórico-analíticos de desenvolvimento político das sociedades – o eixo da liberalização e o eixo da participação.

Este pluralista propõe a poliarquia como alternativa democrática, aponta que a democratização é um processo de progressiva ampliação da competição e da participação política. A partir desta concepção, Dahl revitaliza o conceito de participação na ciência política, que assume o caráter de direito universal dos cidadãos à manifestação de suas preferências em termos de ações governamentais. (CORTES, 2009a). De acordo com as formulações dos pluralistas liberais,

o processo democrático refere-se à existência de igualdade de oportunidades de acesso dos grupos de interesse aos canais de influência sobre os governantes e a possibilidade da formação, por meio das “regras do jogo”, de consensos plurais na esfera pública. Por conseguinte, a função da participação, segundo essa tradição, é de proteção dos indivíduos contra as decisões arbitrárias dos eleitos, assim como a proteção de seus interesses privados ou de grupo. (DURIGUETTO, 2007, p. 104).

Destarte, a democracia é entendida entre os liberais como sendo apenas uma forma das elites conseguirem, em disputa, o poder através dos processos eleitorais calcado por regras formais e legais.

De acordo com Baquero (2009) existem regimes que misturam a democracia formal e tendências populistas. Nessas circunstâncias o autor aponta a democracia inercial, que tem sua natureza na materialização a partir da assimetria entre fatores econômicos e fatores sociais. Tal noção de democracia inercial avança em contextos onde há uma contradição entre avanços poliárquicos e estagnação dos

investimentos sociais. Dessa forma, embora seja necessária, a dimensão poliárquica não consegue suprir as questões estratégicas, como:

o grau de responsabilidade do regime, o atendimento às demandas da população, o nível de prestação de contas dos gestores públicos, o financiamento de campanhas, a responsabilidade da intermediação efetiva entre Estado e sociedade via partidos políticos e a crescente corrupção. Desse modo, nem sempre as regras formais explicam o que ocorre na realidade, que funciona, ainda, por meio de mecanismos políticos tradicionais. (BAQUERO, 2009, p. 133).

Para além da concepção liberal de democracia, temos na atualidade uma concepção mais ampla a partir de autores marxistas. Esta concepção assume a importância da democracia social e política conquistada pelos liberais, porém incorpora algo fundamental, a democracia econômica, enquanto democratização da riqueza socialmente produzida.

Sabe-se que o capitalismo é, na sua essência, incompatível com a plena democracia (Coutinho, 2000; Wood, 2003) à medida que preserva os imperativos da acumulação e reduzem todas as práticas humanas a mercadoria conformando processos que escapam ao poder democrático.

Um capitalismo humano, “social”, verdadeiramente democrático e equitativo é mais irreal e utópico que o socialismo. O capitalismo é estruturalmente antitético à democracia não somente pela razão óbvia de que nunca houve uma sociedade capitalista em que a riqueza não tivesse acesso privilegiado ao poder, mas também, e principalmente, porque a condição insuperável de existência do capitalismo é o fato de a mais básica das condições de vida, as exigências mais básicas de reprodução social, ter de se submeter aos ditames de acumulação de capital e as “leis” do mercado. Isso que dizer que o capitalismo coloca necessariamente mais e mais esferas da vida fora do alcance da responsabilidade democrática. Toda prática humana que é transformada em mercadoria deixa de ser acessível ao poder democrático. Isso significa que a democratização deve seguir pari passu com a “destransformação em mercadoria”. Mas tal destransformação significa o fim do capitalismo (WOOD, 2003, p. 8).

Dessa forma, na sociedade capitalista há uma identificação com a democracia na concepção liberal, que de acordo com Vieira (2004) “a noção de democracia, que constitui a base da democracia liberal, se vincula à igualdade de oportunidades⁹

⁹ Jessé Souza (2009) pontua que esta igualdade de oportunidades se estabelece como forma de conciliar as demandas de igualdade e liberdade, e resultam de “desigualdades justas” na medida em que decorrem do esforço e desempenho diferencial do indivíduo. Este “privilegio” individual é

segundo a capacidade de cada indivíduo, e não à igualdade real na sociedade” (p. 189), esta concepção assim como a do liberalismo está fundamentada no capitalismo monopolista que acompanha os reveses da economia mercantilista.

A concepção de uma sociedade democrática pautada no realismo elitista “ao negar a competência do cidadão comum, nega aspectos considerados centrais no conceito de democracia: autodeterminação, participação, igualdade política, influência da opinião pública sobre a tomada de decisão” (TEIXEIRA, 2001, p. 34).

A sociedade desigual evidenciada no modo de produção capitalista leva à descaracterização do conceito de cidadania, e

no âmbito da democracia liberal, a desigualdade social, a dominação de uma classe sobre a outra pode ser admitida desde que esteja assegurada a igualdade da cidadania [...] A cidadania revela-se indispensável à continuidade da desigualdade, e não entra em conflito com ela [...] revestida da forma de igualdade jurídica, ela se desenvolve a partir da luta pela conquista de certos direitos e posteriormente através da luta para usufruir deles [...] assim, a cidadania representa um princípio de igualdade, desdobrado em diversos direitos que se foram acrescentados aos poucos. (VIEIRA, 2004, p. 190).

Na concepção liberal, onde cada indivíduo deve buscar seu bem estar e de sua família através da venda da sua força de trabalho, baseia-se na liberdade em detrimento da igualdade. Esta concepção está ligada a ideia de Estado restrito, Estado mínimo, ou Estado diminuto¹⁰, onde a intervenção estatal “deve restringir-se a regular as relações com vistas a garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 62).

Numa vertente contra-hegemônica, alguns autores¹¹ destacam a importância da democracia no socialismo e rejeitam as concepções de democracia associadas ao liberalismo, em que pese à identificação da classe trabalhadora enquanto protagonista do processo de democratização. Lukács abordando a concepção de democracia “prefere corretamente usar o termo ‘democratização’, já que, para ele, trata-se aqui ontologicamente, de um processo e não de um estado”. (COUTINHO, 2000, p. 23).

legitimado na sociedade moderna e democrática dentro da perspectiva da “meritocracia”, para o autor “o ponto principal para que essa ideologia funcione é conseguir separar o indivíduo da sociedade” (p. 43). Esse contexto é que respalda a lógica burguesa de culpabilizar os pobres pelo seu próprio fracasso.

¹⁰ Termo utilizado por Vieira (2004).

¹¹ Autores como Wood (2003), Bravo (2007), Coutinho (2000), Chauí (2011), Duriguetto (2007).

Para Gramsci, a transição para o socialismo se dar através de um “processo progressivo de democratização”, e ainda pela ocupação de espaços políticos e de “participação popular crítica e organizada nos espaços da sociedade civil” (DURIGUETTO, 2007, p. 61).

Para tanto, devemos imaginar formas institucionais que combinem a democracia representativa tradicional com a democracia participativa, de base, mas que incorporem também os chamados direitos sociais, que são direitos indiscutíveis da cidadania moderna: o direito à previdência, à educação, à saúde e, no limite, o direito social a propriedade, o que implica a socialização dos meios de produção (COUTINHO, 2000, p. 130).

Santos e Avritzer (2002) no estudo sobre “Democratizar a democracia”, apontam que no Brasil pode-se encontrar experiência bem sucedida de combinação entre democracia representativa e democracia participativa, como a do orçamento participativo ocorrido inicialmente em Porto Alegre, porém esta articulação “só ocorre em contextos políticos específicos” (p. 67).

Ainda, tem-se a democracia de massas, que para Netto (1990) essa democracia deve envolver a ampla participação social por meio das instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais democráticos. É através dessas instituições democráticas que “as massas populares, e em particular a classe operaria, organizam-se de baixo para cima, a partir das bases, constituindo o que poderíamos chamar de sujeitos políticos coletivos”. (COUTINHO, 2000, p. 25).

Portanto, a relação da democracia de massas (proposta pela vertente socialista) com a democracia liberal não é uma relação de negação, mas de “superação dialética: a primeira cancela conserva e eleva a nível superior as conquistas da segunda”. (Idem, p. 38).

No âmbito da política de saúde, na perspectiva do projeto liberal-corporativo ou democracia restrita, expressa o projeto ideopolítico neoliberal das classes dominantes, buscando atribuir ao mercado à tarefa de regular os conflitos de interesses e de satisfazer as demandas sociais. Por outro lado, tem-se a perspectiva do projeto democracia de massas (COUTINHO, 2000) que busca a construção de amplos consensos majoritários através da construção de um espaço público onde se combinem hegemonia e pluralismo.

a democracia de massas, enquanto forma institucional de governo mais adequada à socialização do poder no mundo moderno, reconhece o pluralismo, ou seja, a autonomia e a diversidade dos múltiplos sujeitos coletivos. Além de propugnar a divisão do poder por meio da sua descentralização; esse reconhecimento do pluralismo, contudo, não anula – antes impõe – a busca constante da unidade política, da formação de uma vontade geral ou coletiva, hegemônica, a ser construída pela via da negociação e do consenso. (COUTINHO, 2000, p. 38).

Esta concepção de democracia está ligada a participação política organizada das classes subalternas na sociedade civil através dos movimentos sociais, a participação social legalmente instituída via mecanismos de controle social – Conselhos e Conferências. Dessa forma,

a proposta da introdução de mecanismos de participação em um espaço deliberativo tem sido visto como um acréscimo à democracia representativa [...] considerada imprescindível para manter a competição e o pluralismo necessários a um sistema político (FLEURY, 2008, p. 61).

Para Baquero (2009) parece haver um consenso no Brasil de que a única maneira de combater a desigualdade social existente seria por meio da consolidação e aprofundamento da democracia social. Nesse sentido, com a demanda de democratização ocorreu à reafirmação da ideia de democracia participativa e a ampliação dos espaços decisórios, e tem-se com o advento da constituição de 1988 um espaço fecundo para efetivação da democracia participativa.

Com isso, será discutida a seguir a participação social partindo dos autores clássicos e contemporâneos sobre a temática, vinculando o debate ao conceito de democracia articulado a relação de Estado e sociedade civil.

1.3 Participação Social

A participação social tem assumido significados diferentes a depender do contexto histórico em que está situada, e sua polissemia tem provocado um debate em torno da ciência política, movimentos sociais, saúde coletiva.

Na sociologia, o termo participação é um conceito relacional e polissêmico, está relacionada à coesão social como à mudança social. Nesta concepção, a participação pode implicar atitudes e comportamentos passivos e ativos, que podem ou não ser estimulados. Já no sentido de caráter político, a participação significa

democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos de decisão. (STOTZ, 2009).

Gascón, Tamargo, Carles (2005 apud VIANNA et al, 2009), apontam que existe um consenso absoluto em torno da concepção genérica da participação enquanto capacidade que os indivíduos possuem em intervir na tomada de decisões em todos os aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem. Assim, faz-se necessário o resgate da perspectiva teórica do termo.

O tema da participação emerge de forma elucidativa com os contratualistas, principalmente na obra *Leviatã* de Thomas Hobbes, conforme expressa Vianna:

A criação da sociedade, política por excelência, se deve ao pacto que todos os indivíduos, naturalmente iguais, racionais e possessivos, fazem entre si. A pólis, a commonwealth (na redação de Hobbes), ou seja, o Estado-nação, o ente regulador, é uma invenção dos seres humanos, de todos os seres humanos. Todos participam da criação do Estado e, por isso, são não só legítima e igualmente partes da pólis como legítima e igualmente subordinados às regras que emanam do Estado. A obediência civil de todos legítima porque todos tomaram parte na sua invenção, oferece a segurança necessária para que os indivíduos se dediquem desigualmente a seus labores privados. (VIANNA et al, 2009).

Na perspectiva clássica da participação, podem-se destacar as contribuições de Rousseau, que foi o grande teórico da democracia direta.

A democracia (ou a comunidade política justa e legítima), para Rousseau, exige participação. [...] A cidadania como a face pública do indivíduo e o poder soberano como atributo dos cidadãos (e só deles) constituem os fundamentos para repensar os papéis da representação e da participação. Os deputados ou representantes (capítulo XV, livro III, do Contrato) não representam a vontade geral, pois não há como fazê-lo – não se representa uma vontade. Participação - política e igualitária - e não somente mediante o voto, é o instrumento de poder que o povo possui. (VIANNA et al, 2009, p. 231).

Para Sartori e Schumpeter, a participação deveria está restrita ao momento eleitoral, aqui “a participação não tem caráter especial ou central” (PATEMAN, 1992, p. 14), tal perspectiva de democracia representativa trata a participação como incapaz de interferir no funcionamento das instituições e de gerar mudanças por causa da reprodução da desigualdade social.

De fato, a participação que não esteja baseada num processo de democratização dos espaços públicos participativos só prevê a primazia da hegemonia burguesa. Dessa forma,

apenas uma participação de fato pública e democrática, esclarecem os teóricos da democracia deliberativa, pode ser capaz de atuar no sentido da democratização dos processos de produção das políticas e da melhoria da qualidade dos seus resultados. (TATAGIBA, 2003, p. 33).

Para compreender a participação enquanto “uma lente que possibilita um olhar ampliado para a história”. (GOHN, 2007, p. 13), faz-se necessário perpassar pelo debate da relação Estado e sociedade civil. Na perspectiva teórica de Gramsci, é na sociedade civil que está presente o aspecto “material da figura social da hegemonia, enquanto esfera de mediação entre a infraestrutura econômica e o Estado” esse em sentido restrito. (COUTINHO, 2006, p. 30).

A hegemonia do proletariado deve seguir um caminho diferente das formas e dos instrumentos de poder utilizados pela hegemonia burguesa. Essa hegemonia construída pelo proletariado precisa ocorrer pedagogicamente, de forma que ultrapassem o senso comum para um bom senso, partindo de uma reflexão da realidade numa perspectiva crítica.

É no âmbito da sociedade civil que se travam os enfrentamentos ideológicos, políticos e culturais que determinam a hegemonia de um grupo sobre a sociedade. Portanto, a hegemonia está intimamente vinculada à democracia, e para se construir uma nova hegemonia com capacidade objetiva dos indivíduos e participação efetiva da sociedade, ela precisa ser entendida como “gestão democrática e popular do poder, uma concepção profundamente diferente do poder conduzido – como sempre foi até agora – de forma separada, autoritária, elitista e demagógica”. (SEMERARO, 1999, p.91), ou seja, não é apenas a incorporação passiva das massas no Estado.

O Estado, em Gramsci, abrange a sociedade política e a sociedade civil, para manter a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra. Com base em Correia (2007), o Estado compõe um conjunto de atividades para manter o consenso ativo dos governados através da manutenção de sua hegemonia, para isso ele incorpora demandas das classes subalternas.

A conjuntura política dos anos 1980 construiu outras dimensões para a categoria participação. Assim, com o advento do processo de democratização do Brasil, surgem novos sujeitos políticos e a categoria sociedade civil evidencia-se como cerne da discussão, estabelecendo nova relação entre Estado/sociedade civil impulsionando a qualificação da participação social, que tem como eixos centrais a

universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e do Estado.

Desta feita, a concepção atual de participação social inscrita na Constituição Federal de 1988 é o de participação da sociedade nas decisões do Estado. A participação instituída legalmente é resultante do processo de lutas conformadas historicamente da classe trabalhadora. Como afirma Gohn (2007)

O conceito de participação cidadã está lastreado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate público. (p. 57).

Em Teixeira (2001) encontramos a definição de participação cidadã, que não pode ser confundida com participação social comunitária ou com participação popular, sendo entendido como um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações. Implica também o controle social do Estado e do mercado, segundo parâmetros definidos e negociados nos espaços públicos pelos diversos atores sociais e políticos.

Conceitua-se a participação a partir dos estudos de Maria Glória Gohn (2007) que tem como perspectivas: a liberal, a autoritária, a revolucionária e a democrática. Na concepção liberal a participação busca reformar a estrutura da democracia representativa e melhorar a qualidade da democracia nos marcos das relações capitalistas “a participação liberal se baseia, portanto, em um princípio da democracia de que todos os membros da sociedade são iguais, e a participação seria o meio, o instrumento para a busca de satisfação dessas necessidades”. (p. 16).

A participação corporativa é um derivativo da concepção liberal. Ela compreende um movimento espontâneo dos indivíduos a partir da concordância de um bem comum, que está fora dos seus interesses pessoais. Já a participação comunitária está imbricada na concepção liberal. Ela se caracteriza como uma forma institucionalizada, em que há integração dos órgãos representativos da sociedade aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado¹². A aludida autora entende

¹² GONH, M. G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2007.

que as três concepções relacionam a participação ao movimento espontâneo do indivíduo.

Por outro lado, a participação autoritária está orientada para a integração e o controle social da sociedade e da política, em regimes democráticos ela se caracteriza pela participação de natureza cooptativa.

A participação democrática pode se conceber de duas formas, revolucionária e democrática radical. Esta concepção tem com base a soberania popular, e pode se desenvolver no âmbito da sociedade civil como no plano institucional. Nas formas revolucionárias, “a participação estrutura-se em coletivos organizados para lutar contra as relações de dominação e pela divisão do poder político” (GOHN, 2007, p. 18).

Já a participação na concepção democrático-radical objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social, sem injustiças, exclusões, desigualdades, discriminações, etc. nesta concepção a participação articula-se com o tema da cidadania.

Corroborando com os estudos de Gohn, apontam-se as concepções de participação comunitária, participação popular e participação social a partir Carvalho (1995). A participação comunitária surge no início do século XX, como tentativa de viabilizar a participação da população nos programas de saúde, a depender do consentimento da população para sua implementação.

A participação popular foi elaborada a partir da crítica aos poucos resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária, propondo críticas ao sistema político dominante e seu processo de exclusão dos setores populares, seus novos objetivos são “a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também pelo acesso ao poder” (CARVALHO, 1995, p. 22).

Já a concepção de participação social pode ser compreendida como a sociedade controlando o Estado, ou seja, participação e organização de segmentos importantes na democratização desses espaços no sentido de transformação do Estado ultrapassando o seu caráter autoritário e socialmente excludente. (CARVALHO, 1995).

É nessa perspectiva que se direciona este estudo e, compartilha-se da perspectiva de Escorel e Moreira (2008) ao entender a participação social enquanto um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos

direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e discussão orçamentária das políticas públicas.

Embora, para as autoras, não se trata de controle das ações do gestor, apesar de admitir que possa ser decorrente da participação, elas elucidam que “controlar representa ceder a outra direção das ações, já participar é definir a direção, conferir o sentido e o significado das práticas” (SCOREL; MOREIRA, 2009, p. 231).

Vianna et al (2009) reconhece a participação social como uma prática cidadã, mas que é necessário reconhecer os limites oriundos desta prática. A autora aponta duas lacunas: a contradição entre a ideia de que a participação por si só constitui-se como um ganho democrático e a forma pela qual ela está formalizada na lei – participação nos conselhos é representativo, e não uma arena de exercício de democracia direta.

Outra lacuna refere-se ao baixo reconhecimento da fluidez que apresenta a fronteira entre participação e delegação. “A questão remete à complexidade técnica dessas decisões, e à concepção do papel que a participação deve desempenhar. Dar voz ao usuário pobre pode ser um substitutivo do atendimento que ele não tem”. (VIANNA, 2009, p. 247)

Nesse sentido, cabe, assim, a participação cidadã contribuir para “melhorar a qualidade das decisões mediante o debate público e a construção de alternativas”, e reivindicar “a accountability e a responsabilização dos gestores” (TEIXEIRA, 2001, p. 41). A partir disso, compatibilizar a participação e a representação.

Existem alguns mitos, segundo Moroni (2009), que dificultam a participação:

A participação por si só muda a realidade: é um mito que despolitiza a participação, não percebe a correlação de forças e, por consequência, não percebe que há outras formas e interesses; A sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas: este mito baseia-se no preconceito do saber. Tal mito justifica a tutela do Estado sobre a sociedade civil; A sociedade não pode compartilhar da governabilidade, isto é, da construção das condições políticas para tomar e implementar decisões. Durante o mandato, o partido decide o que fazer conforme os interesses partidários; A sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisões, seja pela questão do tempo, seja pela questão de posicionamento crítico diante das propostas ou da ausência delas por parte do Estado. (Idem, p. 254-255).

O autor adverte que esses mitos são na verdade disfarces político-ideológicos construídos pelas elites políticas no Brasil, e que devem ser desconstruídos com base em uma concepção ampliada de democracia e mediante a politização da participação social.

Destarte, a partir de Vianna et al (2009) e Moroni (2009) pode-se inferir que a participação implica a capacidade dos indivíduos incidir politicamente nos processos de tomada de decisões políticas que dizem respeito à sociedade.

No que se refere à participação enquanto controle social, abordaremos os estudos de Maria Valéria Costa Correia (2005), que faz uma análise do controle social a partir da relação Estado/sociedade civil. Para a autora, nos clássicos como Hobbes, Locke e Rousseau pode-se encontrar a concepção do termo.

Em Hobbes, de acordo com a autora, o controle social é exclusivo do Estado absoluto sobre os membros da sociedade que seriam seus súditos. Para Locke o controle social, refere-se ao controle dos proprietários sobre o poder político do Estado no sentido de limitar sua ação à garantia dos direitos naturais do indivíduo, à propriedade, à vida e à liberdade, através da vigilância ao cumprimento das leis, ou seja, garantir a liberdade econômica – esta perspectiva que baseia a concepção de controle social pelos liberais. Já em Rousseau o controle social é total do povo, enquanto vontade geral, sobre o Estado para garantir a soberania popular, assim o limite do poder do Estado está na sua essência de representar a vontade geral. (CORREIA, 2005).

Todavia, a partir da relação do Estado/sociedade civil em Gramsci, Correia (2005) aponta que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais levando em consideração a correlação de forças que as atravessam num momento histórico determinado (CORREIA, 2005).

Assim, com essas concepções ora apresentadas, infere-se a ambiguidade da expressão controle social e a forma que é adotada nas ciências sociais. Na perspectiva sociológica, esta expressão tem sentido coercitivo, onde o Estado, através de seus mecanismos privados de hegemonia, estabelece a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais.

Já na teoria política, a expressão controle social pode ser compreendida em sentidos distintos, a partir de concepções de Estado e sociedade civil diferentes, uma que a considera como o controle do Estado sobre a sociedade, através de suas

instituições coercitivas para amenizar os conflitos sociais, e outra que a concebe numa perspectiva democrática, onde o controle social é exercido pela sociedade sobre as ações do Estado, como vem sendo utilizada no contexto contemporâneo de participação social na determinação das políticas públicas no Brasil.

Destarte, diante do exposto e considerando o objeto em estudo, adota-se o segundo sentido de controle social, ao tempo em que se compartilha da concepção de alguns autores contemporâneos que abordam esta temática. Assim, a participação como controle social é compreendida como “um instrumento de controle do Estado pela sociedade, portanto, de controle social e político: possibilidade de os cidadãos definirem critérios e parâmetros para orientar a ação pública” (TEIXEIRA, 2001, p. 38).

Behring e Boschetti (2011) enfatizam que a concepção de controle democrático da Constituição de 1988 e o início da experiência dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos no Brasil, significaram grandes inovações políticas e institucionais no formato das políticas públicas brasileiras. Para elas,

a criação dos conselhos fez parte de um momento histórico no qual se supunha estar dentro de uma onda democrática no Brasil. [...] Nessa estratégia foram e são, desde então, depositadas as melhores energias de sujeitos políticos e movimentos sociais com compromissos democráticos. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 178).

Assim, pode-se afirmar que o tema controle social tornou-se conhecido nacionalmente a partir do processo de democratização do Brasil, década de 1980, através da institucionalização dos mecanismos de participação social nas políticas públicas garantidas na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas advindas posteriormente – conselhos e conferências – que se constituem em espaços deliberativos sobre essas políticas.

O sentido de controle social inscrito na Constituição, de acordo com Bravo (2006) é o da participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

As leis orgânicas posteriores a Constituição Federal, que estabeleceu os conselhos gestores de políticas públicas, constituindo-se em uma das principais

inovações no campo das relações entre Estado e sociedade civil. Para Raichelis (2007),

controle social implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados. (p. 81).

Com a instauração dos conselhos tornou-se possível a participação institucional como espaço a ser ocupado pela representação popular, significando o esboço de uma nova institucionalidade nas ações públicas.

Teixeira (2001) aponta que o controle social pode ser entendido a partir de duas dimensões básicas, a primeira refere-se “à accountability, a prestação de contas conforme parâmetros estabelecidos socialmente em espaços públicos próprios”. E a partir dessa, a segunda, “consiste na responsabilização dos agentes políticos pelos atos praticados em nome da sociedade, conforme os procedimentos estabelecidos nas leis e padrões éticos vigentes”. (p. 38). Dessa forma, o controle dos representantes não se resume ao momento da votação, mas durante todo o processo da gestão.

Como já mencionamos a expressão controle social é ambígua, podendo ser concebida em sentidos diferentes baseados em concepções de Estado e de sociedade distintas, que segundo Correia (2003), a primeira entende que o controle social é o controle do Estado sobre a sociedade, onde o Estado prioriza os interesses da classe dominante, através da implementação das políticas sociais no sentido de amenizar os conflitos entre as classes. Por trás dessa perspectiva está a concepção de “Estado restrito”, ou seja, a de Estado como administrador de negócios da classe dominante.

A segunda entende controle social como controle da sociedade, ou de seus setores organizados, sobre as ações do Estado, para que seus gastos estejam conduzidos aos interesses da maioria da população. Por trás dessa perspectiva está a concepção de “Estado ampliado”, segundo a qual o Estado é visto como perpassado por interesses de classes, ou seja, como um espaço contraditório que, apesar de representar hegemonicamente os interesses da classe dominante, incorpora demandas das classes subalternas.

Correia (2005) parte do conceito gramsciano de Estado, considerando o campo das políticas públicas contraditório. E é neste campo que nasce o novo conceito de controle social, que segundo Correia:

É atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade. Nessa perspectiva, o controle deverá ser realizado por setores organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado para que este responda aos interesses das classes subalternizadas, ou seja, da maioria da população. (2005, p.49).

O controle social na perspectiva das classes subalternas visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes, de modo que os bens e serviços sejam garantidos para maioria da população. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações e os gastos do Estado na direção dos interesses da maioria da população, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2009).

É nesta direção que se pretende identificar o sentido predominante no Conselho Nacional de Saúde, se as deliberações estão na direção dos interesses das classes subalternas e da efetivação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, ou se tem priorizado os interesses da classe dominante e cedido às investidas neoliberais.

O próximo subitem busca contextualizar a participação social e o controle social na política de saúde, política que compreende este objeto de estudo.

1.3.1 Participação e controle social na saúde

O Brasil passou por duas experiências autoritárias e apenas uma experiência democrática bastante instável, até os anos 1980 (AVRITZER, 2002). Com o fim do regime militar e início do processo de redemocratização do país, por meio das eleições diretas. Esse processo de redemocratização foi legitimado na Assembleia Constituinte de 1987/1988 que resultou na institucionalização da Carta Magna

promulgada em outubro de 1988, onde se teve uma democratização do aparelho Estatal.

Este processo foi acompanhado pelo surgimento de novos atores sociais e de práticas políticas e culturais que impulsionaram a ampliação e vitalização da sociedade civil e da esfera pública, a partir da década de 1970. Assim, o surgimento de movimentos populares urbanos foi decorrente das lutas pela igualdade de acesso aos bens e serviços públicos, a criação de movimentos sindicais com o processo de industrialização, profissionais do funcionalismo público, movimentos eclesiais de base, movimento de mulheres, entre outros, que agregaram força para construir o espaço político da sociedade organizada. O discurso defendido por uma parcela desses atores sociais baseava-se na noção de direitos sociais e cidadania de forma inovadora para essas camadas sociais (GOHN, 2007; CORREIA, 2005; BRAVO, 2009).

Esse processo de redemocratização legitimado pela Constituição estabeleceu o modelo da democracia participativa, incorporando elementos da participação e controle social estimulando a criação, juridicamente, dos canais de participação popular por meio de organizações representativas na elaboração, formulação e implementação das políticas públicas e do controle social em nível federal, estadual e municipal. Esses espaços se referem ao orçamento participativo, fóruns, conferências, seminários, conselhos comunitários, conselhos gestores, entre outros.

Nesse sentido, a participação cidadã não tem uma longa trajetória na sociedade brasileira, pois o período que a precede é marcado pelo regime ditatorial e pela democracia apenas representativa. Como já mencionado, as elites econômicas participavam, por meio de vias informais e formais, das decisões tomadas (VIANNA et al, 2009), ou seja, a participação se restringia aos segmentos sociais e economicamente favorecidos, colocando à margem a participação de toda sociedade. Emerge daí a natureza da participação reivindicada no âmbito da saúde.

No Estado democrático de direito é necessário à defesa da democracia participativa por parte dos movimentos sociais, pois legitimam a conformação deste Estado numa perspectiva ampliada e dos canais de participação das classes subalternas. Dessa forma, “um projeto político é democrático quando não se reduz a um conjunto de interesses particulares de um grupo, organização ou movimento” (GOHN, 2005, p. 36).

Vale lembrar que ocorreram momentos marcantes de conquista da participação que antecederam a Carta Constitucional, como o plebiscito de 1962, a conquista dos conselhos comunitários em 1970 e os conselhos populares em 1980 (GOHN, 2003). Já o direito de sufrágio ocorreu tardiamente, só ocorrendo com a Constituinte em que pese o direito ao voto ter se estendido aos analfabetos.

Para Coutinho (1997) a expansão dos direitos políticos, a associação da democracia ao voto universal, a liberdade de organização, o sistema representativo e a instalação das bases para o exercício da soberania popular resultam das lutas travadas historicamente pela classe trabalhadora.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 o cenário se modifica no âmbito das políticas sociais, e no caso da saúde pública não é diferente, ao afirmar em seu artigo 196, na seção “Da Saúde”, que a saúde é “direito de todos e dever do estado”, e no tocante a participação social no artigo 198 define que a comunidade compõe uma das diretrizes da organização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988). Dessa forma, tem-se um dos passos mais importantes na história da luta da construção de uma saúde pública de qualidade no Brasil – a participação ativa da comunidade por meio dos instrumentos formais do controle social – Conselhos e Conferências.

A VIII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986, caracterizou um marco no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este implantado gradativamente. Inicialmente se instaurou o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o Decreto nº 99.060/90, o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde, e em 19 de setembro de 1990 foi instituído o SUS, por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde.

Este Sistema configura-se enquanto resultado de lutas ao longo dos anos pelos movimentos de saúde e da sociedade e deve ser encarado como um serviço que está sujeito a um aprimoramento contínuo. Como já mencionado, a saúde é um direito fundamental e cabe ao poder público assegurar a garantia desse direito por meio das políticas públicas através do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS se baseia em princípios doutrinários que são permeados por valores éticos de universalidade, integralidade, equidade, e por princípios organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação da comunidade, e as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de

relevância pública, já a participação do setor privado se dará de forma complementar, com preferências as entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos.

Este Sistema foi criado com o propósito de que a população brasileira, sem distinções de raça, etnia, gênero, situação econômica e social, tenha o direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes de cada esfera estatal.

Cabe aqui enfatizar que, a Lei Orgânica da Saúde teve importantes pontos vetados pelo então presidente da República Fernando Collor de Melo, em especial no que se referia a participação social. A partir da articulação das entidades de saúde e movimentos sociais que fizeram pressão para elaboração de um novo projeto de lei que contemplasse o controle social.

Assim, a segunda Lei formulada para saúde é a de nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que diz respeito ao Controle Social, através da participação social da sociedade civil organizada e o financiamento nas instâncias legalmente instituídas de Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. A participação da comunidade por meio dessas instâncias de controle social passou a ser condição necessária e obrigatória para o repasse dos recursos financeiros para os estados e municípios.

No Brasil, a proliferação desses mecanismos tornou o país um dos principais espaços de experiências e de análise da participação social na gestão pública. Assim, a política de saúde foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação, na área da saúde, tal disseminação ocorreu de forma precoce em relação às outras áreas, e o nível de envolvimento de atores estatais e sociais com o funcionamento dos mecanismos foi mais acentuado. (CÔRTEZ, 2003).

A área da saúde se tornou pioneira nesse processo devido ao amplo movimento pela Reforma Sanitária¹³ que articulava atores estatais e sociais na defesa da universalização do acesso a serviços de saúde e a democratização política do país. Este movimento, denominado por Cortês (2009b) de “comunidade de política” que viria a ter papel decisivo na construção do Sistema Único de Saúde e na forma como a participação da sociedade seria instituída legalmente.

¹³ O Projeto de Reforma Sanitária Brasileira será abordado na próxima seção.

A partir dos anos 1970, surgiram diversos movimentos sociais no Brasil, com o fim do regime militar abriu-se a possibilidade de uma sociedade democrática, incentivando mobilizações e buscas por alternativas diante das concepções vigentes de cidadania.

Este período ditatorial, a partir de 1964, censurava os movimentos sociais bem como as outras formas de manifestação da sociedade civil organizada, neste momento o país passou a ser governado por meio de Atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, o que culminou em uma forte repressão e controle sobre a população. (CORREIA, 2003). Aqui, o controle social se caracterizava como um instrumento exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade.

Concomitantemente a crise econômica mundial do capitalismo¹⁴ fazia-se presente uma crise política, devido os movimentos populares assumirem maiores dimensões de força e espaço no cenário de lutas por uma sociedade mais justa e igualitária, luta por direitos sociais que fossem garantidos a todos. Este foi “um período grávido de possibilidades de aprofundamento da democracia política e econômica” (BEHRING, 2008, p. 144).

Na década de 1980, Correia (2003) analisando a política de saúde coloca fatos relevantes na história brasileira. Afirma que a relação entre Estado e sociedade civil vai mudando nesta década: com o processo de democratização do país, alguns movimentos sociais admitem negociar com o Estado em torno de políticas públicas e abandonam a posição “de costas para o Estado”. (p. 60). Essa mudança vai implicar na transformação de caráter do controle social, ou seja, a partir da década de 80 e da efervescência política desse período, surge a possibilidade dos movimentos populares e sindicais de interferirem nas ações e gastos do Estado.

Neste contexto, com a abertura democrática e a luta dos movimentos sociais aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, que pela primeira vez na história contou com uma ampla participação popular. Esta Conferência representou um divisor de águas para a saúde no Brasil, pois introduziu no cenário a discussão

¹⁴ A crise global do capital que se faz presente na atualidade teve seu impacto mais expressivo no final da década de 1970, provocou mudanças estruturais no processo de produção capitalista e no campo da reprodução social redimensionando as relações econômicas, sociais, políticas e culturais. Os momentos de crises fazem parte da dinâmica capitalista, pois expressam o caráter contraditório desse modo de produção, sendo ainda funcional a este, na medida em que criam as condições para a emergência de uma nova fase de expansão. (BRAZ; NETTO, 2007)

da saúde à sociedade, além de aprovar as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS em sua essência.

Essa Conferência, ocorrida em 1986, introduziu a participação no SUS dentro de uma perspectiva de controle social como um de seus eixos principais. Foi legitimada nessa Conferência a proposta de um novo Sistema Nacional de Saúde defendido pelo movimento sanitarista, validada por amplos setores da sociedade. Logo após, o Movimento de Reforma Sanitária, o movimento social, os parlamentares e sindicatos, pressionaram os poderes pela incorporação dessa proposta na Constituição de 1988, durante a instalação da Assembleia Nacional Constituinte.

É atribuído papel fundamental ao Movimento Sanitária para construção do SUS, pois “adotou como estratégia, a difusão e a ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática” e por aliar “a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde”. (FLEURY, 1997, p. 29). O projeto da Reforma Sanitária esteve baseado no arcabouço teórico de Gramsci, o que possibilitou a mudança das ideias leninistas da “guerra de posição” ao invés da “guerra de movimento” (FLEURY 1997; CORTES 2009)

Com a participação efetiva dos movimentos sociais ocorre-se uma ruptura com a tradição paternalista e clientelista de apropriação das reivindicações populares, possibilitando aos cidadãos serem atores da construção democrática. Os avanços obtidos por esses atores sociais são fundamentais na história da política de saúde, pois possibilitou à comunidade ter papel decisivo na construção do SUS desde suas ações e serviços, como também no processo participativo de forma institucionalizada.

Esta conquista da democracia participativa pelos movimentos organizados na sociedade civil apresenta-se de grande importância, entretanto, não é uma vitória completa, à medida que vai depender da correlação de forças existente em cada contexto histórico, político e social. A tomada de decisões na sociedade capitalista tem por hegemonia a classe dominante, que concentra suas decisões aos interesses do setor privado. Sendo assim, a conquista configura-se num grande passo, mas ainda existem grandes limites que precisam ser ultrapassados tendo relação direta com a conjuntura política em cada momento histórico.

A área da saúde foi pioneira na participação social, e “o nível de envolvimento dos atores estatais e sociais com o funcionamento dos mecanismos foi mais acentuado” (CÔRTEZ, 2009b). Para esse autor, a propagação dos mecanismos de controle social tornou o Brasil um dos principais laboratórios de experiências e de análise da participação social na gestão pública. A saúde, em relação às demais políticas públicas, foi que mais incorporou precocemente os mecanismos de participação social. Assim, os principais mecanismos que serão abordados neste estudo são as conferências e os conselhos, pois se constituem em instâncias máximas de participação da sociedade civil organizada.

As Conferências têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política específica nas três esferas de governo, e a intervenção pelos Conselhos gestores que representam um mecanismo de grande importância para o exercício e efetivação do controle social.

As Conferências ocorrem a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais que são os usuários do SUS, do governo, dos trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviços, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo: Municipal, Estadual e Nacional.

Com a institucionalização do conselho de saúde como uma instância com poder deliberativo, espaço onde exercerá o controle da formulação e execução da política de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, mesmo sujeito a homologação do Executivo, abriu caminhos para o controle social sobre os recursos públicos para a área. O acesso da população e dos trabalhadores da saúde à prestação de contas e às definições da política para o setor é um passo para o seu efetivo controle. (CORREIA, 2003).

Os conselhos funcionam como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seu rumo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. São garantidos pelo princípio da paridade, onde seus componentes estão representados pelo segmento do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários do sistema.

A participação popular na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de setores organizados na sociedade civil intervirem na formulação, na execução e na avaliação das políticas públicas para o setor saúde, para que as ações e os gastos estatais atendam aos interesses da maioria da população. Caracteriza-se como fator imprescindível para democratização do Sistema Nacional de Saúde. Como afirma Correia (2000), o controle social passa a existir como possibilidade dos movimentos sociais influenciarem nas políticas públicas para que estas atendam às suas demandas.

No contexto brasileiro, nos anos 90 do século XX, percebe-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política neoliberal. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado e para a sociedade as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2009).

Segundo Bravo (2009) desde esse momento, a área da saúde vem sendo alvo de reformas neoliberais, que visa o desmonte dessa política em seu caráter universal e público, através de um processo de mercantilização e privatização do setor saúde. Com a inserção do ideário neoliberal no Brasil a sociedade vivencia a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e das demais políticas sociais, sobretudo da proposta da seguridade social.

Dentro dessa perspectiva, notamos que a conjuntura política e econômica da década de 1990 não possibilitou que os avanços Constitucionais saíssem da esfera legal, que fossem realmente efetivados e operacionalizados os direitos socialmente conquistados. No entanto, isto já era previsto desde o final da década de 1980, onde existiam algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do projeto da Reforma Sanitária que buscava a transformação do setor saúde e a democratização da sociedade brasileira, devido aos pressupostos do projeto neoliberal em ascensão na política de saúde.

Dessa forma, de acordo com Bravo (2006, 2014) a política de saúde brasileira vem sendo tencionado por projetos antagônicos: o projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial, o projeto de setores progressistas da sociedade civil que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da Reforma Sanitária, e atualmente a autora identificou um terceiro projeto em disputa – o Projeto da Reforma Sanitária flexibilizada.

Portanto, observa-se, que a política de saúde é uma das que obtiveram maior avanço no campo legal do país. E recentemente, no âmbito da participação social, o Decreto nº 8. 243, de maio de 2014, institui a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, buscando o fortalecimento e articulação dos mecanismos e instancias democráticas.

Entretanto, o arcabouço legal do SUS, da política de saúde e da participação social passa por grandes dificuldades para sua concretização, devido ao embate entre os interesses que atravessam o Estado e a sociedade civil, sendo assim, na prática, percebemos o desmonte da política de saúde e a forte vinculação da mesma com o mercado e ainda o processo antidemocrático que vem se estabelecendo na sociedade brasileira. Nesse sentido, no que se refere à realidade do SUS, pode-se afirmar claramente que a proposição inscrita na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 de um sistema público e universal não se efetivou.

Além desses mecanismos formais, legalmente instituídos, como os conselhos e as conferências, o exercício do controle social pode contar com instâncias que podem nortear os defensores do projeto democrático para saúde e serviços públicos de qualidade, tais como: Ministério Público que é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbida da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis; as Comissões de seguridade social e demais políticas do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores que estão previstas no art. 58 da Constituição Federal; Tribunal de Contas que estabelece que “qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma de lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União” (BRASIL, CF, art..74, parágrafo 2º); Direitos e Garantias Constitucionais, Controladoria-Geral da União, os meios de comunicação e os Conselhos profissionais, que além de serem responsáveis pela fiscalização do exercício profissional, também é espaço de denuncia um mau atendimento .

Há ainda os Fóruns como mecanismos informais do controle social, os quais tem feito resistência ao desmonte da saúde pública no contexto neoliberal. Neste âmbito, destaca-se a atuação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e os Fóruns Estaduais em defesa do SUS que se configuram num espaço onde os diversos segmentos da sociedade civil, como: professores, estudantes, sindicalistas, profissionais da saúde, conselheiros, movimentos sociais populares, podem, de

forma organizada, resistir às investidas neoliberais, lutando em defesa da saúde pública, estatal e de qualidade.

Esta Frente tem se constituído como movimento contra-hegemônico na área da saúde através da atuação dos Fóruns de Saúde, com finalidade de defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e universal, com bandeira de luta em defesa da Reforma Sanitária formulada nos anos 1980 e contra a privatização da saúde no contexto de contrarreforma do Estado.

Nesta conjectura, existe um grande distanciamento entre a proposta do movimento sanitário e a prática da política de saúde. A proposta do SUS na carta de 1988 não foi efetivada em sua plenitude, e o projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o projeto voltado ao capital. O desafio que está posto para a consolidação do SUS, na atual conjuntura, é que os segmentos da sociedade civil estejam organizados, articulados e se mobilizem, utilizando-se dos mecanismos de controle social legalmente constituídos para efetivação das políticas públicas em torno de um projeto societário vinculado aos interesses das classes subalternas, ou seja, voltado à defesa do SUS.

Sendo assim, os conselhos de saúde se constituem em mecanismos democráticos fundamentais para o referido controle. “A diferença é que pelos liberais, eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder”. (BRAVO, 2006, p. 85).

Como já sinalizado, a política de saúde é permeada de interesses antagônicos, no entanto, uma parcela da sociedade civil vem se mobilizando para lutar pela consolidação das conquistas sociais. Nesta perspectiva, em meio ao processo complexo de correlação de forças que os Conselhos emergem como mecanismo de controle e participação social, faz-se necessário uma articulação dos segmentos que compõem as classes subalternas em torno de um projeto comum para a Saúde e para a sociedade, favorecendo a hegemonia dessa classe, permitindo um posicionamento em bloco mais efetivo dentro dos Conselhos, tendo em vista a sua emancipação econômica, política e social.

Diante do exposto, podemos assegurar que a década de 1990 expressou um marco na história da sociedade brasileira, como afirma Correia (2007) essa década significou transformações no mundo do trabalho e a legalização da saúde como política pública universal, mas ao mesmo tempo em que os direitos eram garantidos

legalmente, as mudanças econômicas implicaram na não efetivação integral e plena desses direitos, especialmente com relação à política nacional de saúde.

As leis, as normas e os decretos que fundamentam institucionalmente o Sistema Único de Saúde são resultados dos conflitos de interesses, correlação de forças e lutas políticas dentro do Estado brasileiro. E como já mencionamos, a política de saúde brasileira vem sendo tencionada por projetos com interesses antagônicos, um que se refere ao projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e o outro que diz respeito ao projeto de setores progressistas organizados na sociedade civil que lutam pela garantia dos direitos sociais preconizados na Constituição de 1988.

Salientamos que, dentro do contexto histórico, cabe defender o segundo projeto, que prioriza a participação da sociedade civil de forma organizada, nos mecanismos de controle social. Deste modo, é necessário que esses espaços sejam realmente instâncias de defesa e conquista de direitos e de pressão política e controle social, contribuindo para o alargamento da esfera pública e para a consolidação da democracia no Brasil.

1.4 Mecanismos de controle social – debate sobre os Conselhos

Os conselhos se constituem em mecanismos de grande importância para efetivação do controle social, à medida que se configuram em espaços onde os setores organizados na sociedade civil têm a possibilidade de acompanhar o destino dos recursos públicos, formular e deliberar sobre a política de saúde.

Compreende-se que o controle social está intimamente ligado às relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil, assim como dependerá da correlação de forças existente no dado momento histórico. Assim, reafirmamos a partir da perspectiva gramsciana, que não existe antagonismo entre Estado e sociedade civil, mas que esse antagonismo se estabelece entre classes sociais na sociedade civil.

Para entender o surgimento dos conselhos de saúde como instrumentos de participação e controle social, é necessário analisar o contexto conjuntural em que emergiram. Sabe-se que, no contexto moderno, “os conselhos irrompem em épocas de crises políticas e institucionais, conflitando com as organizações de caráter mais tradicionais”. (GOHN, 2007, p. 66).

Diante disso, com o ressurgimento dos movimentos populares a partir da segunda metade da década de 70, no contexto de crise do capitalismo e do fim do milagre econômico¹⁵, esses movimentos lutavam por melhores condições de trabalho através de greves e manifestações. A partir da reorganização da sociedade nos seus atos de repúdio à ditadura, emergiram os conselhos populares como expressão democrática de participação social e principalmente como mecanismo de controle social.

Correia (2003) coloca que, os conselhos populares na Zona Leste de São Paulo começaram a se organizar em meados da década de 70 e se unificaram num movimento de saúde em 1976, durante a chamada distensão política (1974-1979) ao somar-se à atuação da igreja, a ação de estudantes de medicina e de médicos sanitários. Esse movimento começa a partir do momento que a população da periferia paulista sente os efeitos do descaso com o setor saúde, ao mesmo tempo em que ocorre o rápido crescimento populacional.

Nesse contexto, o Estado já não se posicionava de forma tão radical em relação aos movimentos populares, à medida que incorporava algumas de suas reivindicações. Isso ocorre durante os anos 1980, quando se percebe uma mudança significativa das relações entre Estado e sociedade, que após o período ditatorial atravessado pelo Brasil, a participação social em conselhos setoriais se torna uma das expressões mais relevantes do restabelecimento da relação entre Estado e sociedade civil, onde através desses espaços decisórios que se constituem os conselhos como mecanismo do controle social sobre as ações e recursos estatais, a população adquire a possibilidade de intervir na gestão pública. Correia afirma que,

Tais mudanças na relação entre Estado e sociedade vão implicar a mudança de caráter do controle social. Abre-se a possibilidade de a sociedade, por meio dos movimentos populares e sindicais, interferir nas ações do Estado. (2003, p. 60).

Desta feita, os conselhos gestores foram a grande inovação nas políticas públicas ao longo dos anos. Com caráter interinstitucional, eles têm um papel de instrumento de mediação na relação sociedade/Estado e são legalmente instituídos na Constituição Federal de 1988, e em outras leis posteriores, na qualidade de

¹⁵ O milagre econômico aconteceu no período de 1968 a 1974, sendo resultado de medidas governamentais.

instrumentos de expressão, representação e participação da população. (GOHN, 2007).

Os conselhos gestores de políticas públicas têm sido definidos como canais de articulação de demandas e interesses de diferentes sujeitos políticos. São espaços de decisão nos quais atores governamentais e representantes da sociedade civil disputam o destino dos recursos públicos, estabelecendo prioridades para sua distribuição, definição de seus beneficiários e o modelo a ser adotado para sua distribuição. (FERRAZ, 2006).

Segundo Bravo (2006), significativos estudos sobre os conselhos revelam que esses têm sido percebidos como espaços consensuais, onde os diferentes interesses convergem para interesse de todos. Essa concepção está pautada em Habermas e nos neohabermasianos, o qual não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas várias instâncias do poder político que viabilizam os conselhos a partir de seus interesses.

Ainda tem-se a concepção dos conselhos como meros espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Esta perspectiva não há percepção das contradições que podem emergir nessas arenas de discussão onde estão representados interesses divergentes.

Com a institucionalização do conselho de saúde como uma instância com poder deliberativo, espaço onde terá o controle da formulação e execução da política de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, abriu-se caminhos para o controle social sobre os recursos públicos para a área, apesar de estar sujeito a homologação do poder Executivo. O acesso da população e dos trabalhadores da saúde à prestação de contas e às definições da política para o setor é um passo para o seu efetivo controle. (CORREIA, 2003).

Os conselhos funcionam como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seu rumo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. São garantidos pelo princípio da paridade, onde seus componentes estão representados pelo segmento do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários do sistema.

Atualmente, segundo Fedozzi (2009), existem duas tendências analíticas sobre o papel dos conselhos: a primeira que os considera enquanto conquistas democráticas e importantes formas de exercer o controle social sobre o Estado e influenciar as decisões sobre as políticas públicas; e a segunda que atribui certo “descrédito na importância dessas novas esferas democráticas de participação”, a partir da avaliação que os Conselhos estariam “esvaziados de poder, seriam manipulados pelos governantes e teriam se tornado formas de controle que evitam as pressões diretas”, chegando a expressar a possibilidade da retirada de representantes de entidades da sociedade civil nos Conselhos (BAVA, 2004, apud FEDOZZI, 2009, p. 209).

É fato que os conselhos se constituem em espaços tensos, onde os diferentes interesses estão em disputa, de forma que podem reafirma o que está posto ou ultrapassar os limites expressos na ordem social vigente, tendo em vista a construção de um novo projeto societário que beneficie a todos.

Tais limites existentes no âmbito dos conselhos se referem, de acordo Correia (2005),

as barreiras para o exercício do controle social são inúmeras, vão desde a ingerência política na escolha dos conselheiros, falta de informação dos conselheiros, desarticulação com suas bases, pouca força de mobilização das entidades representadas, que por sua vez é reflexo da desmobilização da sociedade, cooptação de lideranças em troca de favores, pouca transparência dos gestores no uso dos recursos, manipulação dos Conselhos para legitimar gestões, pouca visibilidade social das ações dos Conselhos, o descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores. (p. 175)

Corroborando com isso, Eliana Labra (2005; 2009) sistematizou um conjunto de problemas enfrentados pelos Conselhos de Saúde, a saber: assimetria entre os membros dos Conselhos de Saúde; burocratização das instâncias que não exercem o seu caráter deliberativo; falta de autonomia; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de publicidade ou de publicização dessas instâncias; baixa participação da população; raramente os debates são sobre temas substantivos; pequena relevância na formulação da política de saúde, assumindo um papel homologatório; gestores que não acatam as resoluções dos colegiados, os quais definem de antemão ou manipulam a pauta de discussão e as deliberações; conflitos com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que delibera assuntos da competência dos Conselhos; falta ou baixa representatividade de alguns conselheiros nas

relações com seus representados; tendência de profissionalização dos conselheiros; os conselheiros não consultam suas entidades previamente às reuniões dos Conselhos ou não prestam conta de suas atividades; e, muitos conselheiros, mesmo entre aqueles que passaram por processos de capacitação, não têm claro o que é controle social, qual o seu papel e qual é o papel do Conselho.

Destarte, diante dos limites inerentes ao âmbito dos Conselhos ainda ressalta-se os interesses contraditórios que perpassam na sociedade civil e que também estão presentes nos Conselhos, onde cada segmento representado pode defender interesses divergentes, de forma a legitimar o que está posto para política de saúde ou de interferir para que as ações e gastos do Estado estejam direcionados a atender as reais necessidades da população.

Nesse sentido, reafirma-se a perspectiva que se identifica o presente trabalho, o de participação social nos mecanismos de controle social em defesa dos interesses das classes subalternas, considerando que ela é de fundamental importância para garantia dos direitos sociais e, sobretudo, para que se tenha como horizonte a construção de um novo projeto societário coerentemente vinculado às dimensões das classes subalternas em luta pela obtenção de sua hegemonia e na perspectiva de extrapolar os limites inerentes a efetivação do controle social.

Na próxima seção aborda-se o contexto da política de saúde brasileira e como ela vem sendo tencionada por projetos antagônicos, um que se refere ao projeto de setores progressistas organizados na sociedade civil que lutam pela garantia dos direitos sociais preconizados na Constituição de 1988 e no projeto de Reforma Sanitária, e o outro diz respeito ao projeto do capital, defendendo as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e preconizam a privatização e mercantilização da saúde através dos novos modelos de gestão.

2. MODELOS DE GESTÃO PARA SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Na área da saúde, o movimento pela sua democratização adquire seus engendramentos durante a segunda metade da década de 1970 permitindo a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, para se chegar à democratização da saúde seria necessária a construção de um arco de alianças que permitisse alterar a correlação de forças, a difusão da consciência sanitária e a construção de uma nova institucionalidade ou sistema público de saúde que assegure a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Para Fleury (2008) “a Reforma Sanitária extrapolava os limites de uma política social, situando-se no âmbito de uma Reforma de Estado”.

O termo “Reforma” utilizado nesta perspectiva política do Movimento Sanitário está articulado as conquistas das classes subalternas, que historicamente disputam entre as classes sociais por melhores condições de vida e de trabalho, e pela hegemonia dos seus interesses.

No entanto, o processo de Reforma gerencial do aparelho estatal, implementado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, com seu Plano Diretor de Reforma do Estado nos anos 1990 e prosseguidas no governo de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, objetivamente representa um processo de regressão que se está a designar como contrarreforma na saúde, e, conseqüentemente, coaduna no desmonte dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e no Sistema de Saúde oriundo deste projeto – SUS.

Dessa forma, será realizado um breve resgate histórico da Política Pública de Saúde brasileira – que tem como protagonista o movimento de Reforma Sanitária na consolidação do SUS, para em seguida abordar as mudanças e desdobramentos ocorridos no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro, que tem conduzido à saúde pública a um processo de privatização mediante aos novos modelos de gestão para saúde.

A escolha desta política se dar por ser espaço onde se materializa o objeto de pesquisa em análise – o Conselho Nacional de Saúde. Esta seção responde ao objetivo específico que está em *situar o processo de [des]construção da política de saúde no contexto da contrarreforma do Estado.*

2.1 Reforma Sanitária no Brasil – o processo de construção do Sistema Único de Saúde

Para discorrer sobre o contexto e as questões que envolvem a construção do SUS é necessário situá-lo no panorama histórico-crítico, permeado de avanços e

retrocessos que marcaram sua trajetória, tendo como protagonista o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o processo de redemocratização do país, momento em que a perspectiva de controle social refere-se ao controle da sociedade civil organizada sobre as ações do Estado.

Os intelectuais que formularam o SUS tinham como horizonte um projeto que realizasse uma Reforma na perspectiva de massas, vislumbrando-se para além da luta por um sistema de saúde, mas que alcançasse a construção de uma nova sociedade.

No entanto, fenômenos sócio-históricos se colocam como desafios à Política de saúde brasileira e aos direitos sociais conquistados na Constituinte, os quais tencionam tal política na atualidade a partir de três projetos sinalizados por Bravo (2014): o Projeto da Reforma Sanitária, o Projeto Privatista, e a Reforma Sanitária flexibilizada.

Com o processo de contrarreforma do Estado e a incidência da política econômica de recorte neoliberal, tem reduzido o protagonismo do Estado enquanto responsável pelas políticas sociais, em especial no setor saúde, aumentando o grau de influência do projeto privatista nesta política, diminuindo o projeto democrático consubstanciado na proposta do Movimento de Reforma Sanitária.

Ressalta-se, que os interesses do capital na saúde pública, mesmo com o período de efervescência política dos movimentos sociais, das lutas de classes e da institucionalização do SUS, sempre existiram. Assim, será contextualizada, brevemente, a construção desse processo.

Com a proclamação da República, no final do século XIX, ocorreu o processo migratório do campo para a cidade, aliado ao aumento das exportações e outros fatores que acarretaram o surgimento e expansão de demasiadas epidemias¹⁶ no Brasil, as quais ameaçavam as possibilidades comerciais do país. Assim, para garantir os interesses econômicos, o poder público reagiu com medidas como obras de saneamento e campanhas obrigatórias de vacinação nas cidades portuárias fundamentais para economia do Brasil.

O início do processo de industrialização no país somado a crescente organização da classe operária, ocorreu em 1917 a primeira greve geral da história do Brasil, lutas política e sindical que já ocorriam nos países europeus e na América

¹⁶ Exemplos de epidemias ocorridas na época são: cólera, varíola, peste bubônica, etc.

do Norte. Dessa forma, ao sentir as desigualdades sociais impostas pelo capitalismo, os trabalhadores se mobilizaram em torno das melhorias das condições de trabalho e remuneração, e dentre suas reivindicações encontrava-se a questão da assistência à saúde.

Os movimentos sindicais conseguiram obter êxito em algumas de suas reivindicações, dentre elas a criação da Lei Elói Chaves¹⁷ em 1923. Essa Lei cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em cada empresa, sendo que as primeiras CAPs foram para funcionários das empresas ferroviárias (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). De acordo com Bravo (2009) o financiamento das CAPs se dava pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, de forma que os benefícios de assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral eram proporcionais às contribuições.

No Estado Novo, governo de Getúlio Vargas, a partir dos anos 1930, houve uma redefinição das CAPs, que foram transformadas em Institutos Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passou a organizar os trabalhadores por categorias profissionais. Os IAPs cobriam riscos ligados à perda da capacidade laborativa (velhice, morte, invalidez, doença) e ofereciam um conjunto de benefícios e serviços de acordo com a contribuição dos trabalhadores, dos empresários e do Estado, que não eram uniformes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A Saúde emerge como “questão social”¹⁸ no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista, e é no governo de Getúlio Vargas que emergem as políticas sociais com vistas a dar resposta à “questão social”. Segundo Bravo (2009):

a conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões da saúde em particular, já colocadas na década de 1920, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Era preciso a transformação em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em

¹⁷ Assim chamada em homenagem ao advogado trabalhista Eloy Chaves, deputado responsável pelo projeto da Lei elaborado em 1923.

¹⁸ Por “questão social” entende-se que é “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos, que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição capitalista. Assim a „questão social” está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho”. (NETTO, 1992, p. 13).

decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2009, p. 91).

Behring e Boschetti (2011) apontam que até os anos 1930 não existia uma política nacional de saúde, e a intervenção estatal se instaura naquele momento, através de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária (p. 107). O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo, conduzidas por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, entre outras (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; BRAVO, 2009).

A partir dos anos 1945, tem-se o fim do Estado Novo e o início de uma redemocratização do país no governo de Dutra, segundo Behring e Boschetti (2011) a Constituição de 1946 foi uma das mais democráticas do país, corroborando Bravo (2009) considera que a Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950.

Ainda de acordo com a autora, no período de 1945-1964, a situação da saúde pública, de modo geral, não conseguiu bons resultados na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade. E nos anos 1950, encontrava-se preparada a estrutura de atendimento hospitalar privada, com fins lucrativos, na direção da constituição de empresas médicas que pressionavam o financiamento através do Estado, que notoriamente defendiam a privatização. Mas, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos (BRAVO, 2009).

Tal conjuntura foi modificada com regime militar que se instalou no Brasil após 1964, aqui o Estado utilizou do binômio repressão-assistência no tratamento da “questão social”, dessa forma os governos militares ampliaram e modernizaram as políticas sociais para se legitimarem, como aponta Bravo “política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (2009, p. 95).

Deste modo, em 1966, todos os Institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase). Com unificação, uniformização e

centralização da previdência social no INPS¹⁹, os trabalhadores ficaram excluídos definitivamente da gestão da previdência social do Instituto. E o acesso à assistência médica da previdência social era garantido aqueles que faziam parte do mercado formal de trabalho e contavam com carteira assinada, os demais era necessário custear os serviços médicos e hospitalares ou pleitear atendimento nas instituições filantrópicas.

Na área da saúde,

impôs-se uma forte medicalização, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 137).

No final da década de 1960 e início de 1970, com o processo de abertura lento e gradual do aparato repressivo da ditadura militar, momento do aparecimento de movimentos populares que contestavam a política antidemocrática do regime ditatorial e de um novo pensamento médico-social, surge a partir de uma base universitária, o Movimento que se consolidaria como da Reforma Sanitária Brasileira, ou seja, um movimento social que tinha entre suas pautas, a reivindicação de uma transformação substancial no sistema de saúde em vigor no país, este referenciado na reforma sanitária italiana.

A RSB teve como principais protagonistas os profissionais da saúde comprometidos com o fortalecimento do setor público, os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais urbanos e o movimento sanitário, tendo como veículo difusor e de ampliação do debate o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Partindo de diferentes lugares universidade, os sindicatos de profissionais de saúde, os movimentos populares, o Congresso Nacional, em torno de uma proposta comum. (BRAVO, 2009; FLEURY, 2009).

Esta Reforma estava baseada na crítica a concepção de saúde vigente, que estava centrada no caráter biológico e individual. A saúde passa a ser considerada um “objeto concreto” com suas complexidades e uma “síntese de múltiplas determinações”. (FLEURY, 2009, p. 747). Resgatando Arouca (2001) a saúde compreende:

¹⁹ A previdência foi ampliada para através da Funrural, política com caráter mais redistributivo, já que não se fundava na contribuição dos trabalhadores, mas numa pequena taxação dos produtores, apesar de seu irrisório valor de meio salário mínimo (1971). A cobertura previdenciária também alcançou as empregadas domésticas (1972), os jogadores de futebol e os autônomos (1973) e os ambulantes (1978). (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 136)

- instituições organizadas para satisfazer necessidade;
- um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade);
- a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e medicamentos;
- um espaço de densidade ideológica;
- um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo. (apud FLEURY, 2009, p. 747)

Neste cerne, a saúde assume uma dimensão política vinculada estreitamente à democracia. Para Jairnilson Paim a RSB pode ser definida como uma “reforma social”, que está centrada na democratização da saúde, na democratização do Estado e na democratização da sociedade e da cultura. A *democratização* da saúde refere-se a elevação da consciência sanitária sobre a saúde e o reconhecimento do direito a saúde, baseados nos princípios de universalidade, equidade e participação social. A democratização do Estado e dos seus aparelhos implica a descentralização, controle social – ética e transparência no governo. Já a democratização da sociedade e da cultura, atingindo os espaços da organização econômica e cultural, produção e distribuição da riqueza, reforma intelectual e moral e mudanças no conjunto das políticas públicas e práticas de saúde (PAIM, 2008, p. 151).

O Movimento Sanitário tinha o papel de construtor de um pensamento contra-hegemônico de um novo patamar civilizatório, fundado no conceito de determinação social do processo da saúde, o que implica numa profunda mudança cultural, política e institucional vislumbrando a saúde como bem público, assim partia da crítica à perversidade do sistema implantado, de mercantilização da medicina. (FLEURY, 2009; MEDEIROS, 2005).

Este Movimento contestava o cerceamento dos direitos civis e políticos oriundos da ditadura militar e ao modelo de saúde vigente fundamentado no crescimento do setor privado em detrimento do setor público, como afirma Behring e Boschetti “uma das principais heranças da ditadura militar é o sistema dual de acesso às políticas sociais – para quem pode e para quem não pode pagar” (2011, p. 137), ou seja, uma política de saúde excludente.

A principal bandeira do Movimento Sanitário era o reconhecimento da saúde a partir de um conceito mais amplo, baseado numa nova concepção de Estado e

sociedade nos preceitos democráticos de universalidade, igualdade e justiça social, resultantes de políticas públicas e econômicas e práticas de saúde que visem prevenir o adoecimento. Neste sentido, a saúde não estava restrita apenas a assistência médica, mas associada a todos os seus determinantes e condicionantes, como: moradia, trabalho, renda, lazer, meio ambiente, saneamento, educação, cultura, saúde, assistência social e previdência social.

O debate amplo da concepção de saúde em que os novos sujeitos sociais discutiram as condições de vida da população brasileira, sugerindo novas propostas governamentais para a saúde. Dentre as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos, de acordo com Bravo (2009) e Fleury (2009) estão: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a universalização do acesso; a reestruturação do setor através da estratégia de criação do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, pelo estabelecimento de mecanismos financeiros capazes de sustentar o sistema, pela descentralização do sistema de saúde que garanta maior participação política e participação social.

Em 1979, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, foi apresentada a plataforma programática²⁰ do movimento sanitário, que requeria que a nova Constituição instituisse a saúde de forma mais abrangente e democrática, enquanto direito inerente à cidadania. O documento define a saúde nesta perspectiva buscando o reconhecimento:

- do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde;
- do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;
- da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;
- do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva

²⁰ Formulada pelo CEBES, denominada “A Questão Democrática na Área da Saúde”, apresentada no I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde. O movimento sanitário se institucionaliza através da criação do CEBES, em 1976, este Centro representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triângulo que caracterizou o movimento da reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política. (FLEURY, 2009, p. 27).

implementação das condições supra mencionadas. (FLEURY, 2009, p. 28).

Nos anos 1980, tais propostas viriam aparecer mais incisivamente na VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986. Momento em que o governo Sarney, pressionado pelo Movimento Sanitário, convoca esta Conferência que, de forma inédita, tem entre os seus mais de quatro mil participantes uma representação paritária em todos os segmentos, introduzindo o debate sobre o novo modelo de saúde.

Neste âmbito, o que era outrora discutido em fóruns específicos, alcançou outra dimensão como: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento, ou seja, foi um processo altamente participativo, democrático e representativo. Dessa forma, “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 96).

Os temas centrais dos debates eram: Saúde como direito, Reformulação do Sistema nacional de Saúde e Financiamento setorial. O Relatório Final da VIII Conferência aponta dentre as suas conclusões dessas temáticas as necessárias modificações para o setor saúde, para além de uma reforma administrativa e financeira, mas que contemplasse os preceitos da Reforma Sanitária. E no tocante a natureza do novo sistema sanitário, seria necessária a ampliação do setor público, ao setor privado deveria ser introduzido enquanto “caráter público concedido” (1986, p. 2).

As propostas oriundas da VIII CNS foram, em sua maioria, absorvidas na nova Constituição Federal em 1988. Esta Conferência é considerada um divisor de águas para o Movimento de Reforma Sanitária, por configurar um âmbito rico no debate da saúde no Brasil, por seu caráter democrático e participativo, e por seu relatório basear o texto constituinte.

A Constituição Cidadã configura-se um marco legal na história dos direitos sociais no Brasil, e a institucionalização da saúde enquanto um direito requereu sua inserção em uma base mais ampliada, que foi a Seguridade Social.

Neste cerne, a Seguridade social é uma das maiores conquistas da CF, constituída pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. No texto constitucional, em seus Art. 194 e 195, institui que:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Seu financiamento será por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais dos empregadores, dos trabalhadores, e sobre a receita de concursos de prognósticos. (CF, Art. 194- 195, 1988).

Dentre o tripé da Seguridade Social, apenas o setor saúde está assegurado com caráter universal, conforme:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, Art. 196, 1988).

Entretanto, tal concepção não foi assegurada na Constituinte sem que estivessem perpassados interesses antagônicos dos setores progressistas e dos setores conservadores, desta forma, permaneceu no texto os interesses do setor privado na prestação dos serviços e assistência à saúde, ainda que de forma complementar, contrariando o que foi definido na VIII CNS "contra a mercantilização médica" (Relatório Final VIII CNS, 1986, p. 8).

Assim, ficou mantido na Carta Magna o precedente para privatização da saúde, em seu Art. 199, a CF de 1988 estabeleceu que:

Art. 199 § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. (CF, art. 199, 1988).

A Constituição de 1988 contempla a saúde como direito social e dever do Estado, estruturando o Sistema único de Saúde. A concepção ampliada de saúde defendida pelo Projeto de Reforma Sanitária culminou na instauração da Lei Orgânica da Saúde, referindo-se basicamente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regulam, respectivamente, as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos seus serviços, e a participação social na gestão do SUS, baseadas na proposta do Movimento Sanitário. Os princípios norteadores do Sistema norteiam a saúde:

Universalidade: todas as pessoas, sem exceção, têm direito aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. Este princípio vem sendo burlado, pois o que tem acontecido de fato é o processo de universalização excludente. A universalização acontece legalmente, mas na realidade, diante da precariedade da assistência à saúde da rede pública, que não consegue absorver a demanda nem manter um padrão de qualidade nos serviços prestados, parcelas da população foram empurradas para o mercado privado de saúde.

Integralidade: a assistência à saúde deve ser pautada pelo conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos que considerem os usuários como seres sociais inseridos numa realidade social, econômica e política. As pessoas não podem ser tratadas como um amontoado de partes do corpo que têm disfunções próprias, sem relação com a realidade concreta em que vivem. Assim, essas ações devem estar voltadas para a promoção (ações em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação etc.), prevenção (saneamento básico, imunizações etc.), e recuperação da saúde (atendimento médico, reabilitações para doentes).

Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo: a ser viabilizada pela municipalização, transferindo-se recursos e poder de decisão às esferas locais.

Participação da comunidade: a participação na definição da política de saúde é um direito institucionalizado em duas instâncias colegiadas, a Conferência e o Conselho. (CORREIA, 2005, p. 165-166).

Como já mencionado, a saúde consiste em direito social regulamentado em sua Lei Orgânica, cujas prerrogativas são cobertura universal; atendimento integral; equidade; descentralização; participação complementar do setor privado; integralidade das ações; e controle social. As ações e serviços de saúde são financiadas através dos recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, como disposto no Art. 198 da CF/1988, tais recursos são obrigatoriamente depositados numa conta específica em cada esfera de governo, e a fiscalização se dará em todos os Conselhos de Saúde na esfera federal, estadual e municipal, como disposto no Art. 33 da Lei nº 8.080/1990.

O SUS é um conquista política fundamental para sociedade brasileira, com seus avanços e a garantia legal do controle social, entretanto, o que percorre o setor saúde ao longo do processo é o discurso da crise econômica que tem seus rebatimentos até a atualidade. O resultado disso foi que, a partir do final dos anos 1980, a efetivação dos direitos conquistados pela população foi dificultada pela introdução de políticas neoliberais, onde as forças comprometidas com o Movimento de Reforma Sanitária passaram a perder espaço na coalizão governamental. Apesar

da saúde está assegurada na forma da lei, o contexto socioeconômico e político nacional e internacional corroboraram para não operacionalização da concepção ampliada de saúde proposto no Movimento Sanitário.

Segundo Bravo (2009) desde esse momento, a área da saúde vem sendo alvo de reformas neoliberais, que visa o desmonte dessa política em seu caráter universal e público, através de um processo de mercantilização e privatização do setor saúde. Com a inserção do ideário neoliberal no Brasil a sociedade vivencia a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e das demais políticas sociais, sobretudo da proposta da seguridade social.

Dentro desta perspectiva, nota-se que a conjuntura política e econômica da década de 1990 não possibilitou que os avanços Constitucionais saíssem da esfera legal, e que fossem realmente efetivados e operacionalizados os direitos socialmente conquistados. No final da década de 1980, já se percebia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do projeto de Reforma Sanitária na sua busca pela transformação do setor saúde, pressupondo a democratização da sociedade brasileira.

No contexto contemporâneo, pode-se contatar essas implicações à política de saúde brasileira, a qual vem sendo tencionada por três projetos antagônicos: o projeto da Reforma Sanitária, vinculado aos setores progressistas da sociedade civil que defendem o SUS e seus princípios, o projeto Privatista – voltado aos interesses do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial. E um terceiro projeto, o da Reforma Sanitária Flexibilizada. (BRAVO, 2008, 2014).

O projeto da Reforma Sanitária consiste, segundo Arouca, em uma “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (1988, apud PAIM, 2008, p. 150) que culminou na construção do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário ao SUS e a participação social. O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia de massas, como já sinalizado neste estudo, que segundo Coutinho (2000), apontava para a construção de amplos consensos majoritários através da construção de um espaço público onde se combinem hegemonia e pluralismo, ou seja, na concepção do Estado democrático de direito.

O Projeto Privatista segue as orientações dos organismos financeiros internacionais, tais orientações consistem na reforma no setor saúde, onde o Estado, nesta perspectiva, tem caráter restrito, trata-se da concepção de Estado

mínimo para o trabalho e máximo para os interesses do capital. A ação estatal, na década de 1990, fica limitada às políticas seletivas e focalizadas.

Este Projeto, mediado pelo projeto neoliberal, tem por base a perspectiva liberal-corporativo ou democracia restrita, expressa o projeto ideopolítico neoliberal das classes dominantes, buscando atribuir ao mercado à tarefa de regular os conflitos de interesses e de meramente dar respostas pontuais as demandas oriundas da classe trabalhadora.

Sob essa égide, a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, o receituário neoliberal recai sobre a política de saúde mais incisivamente, o ideário neoliberal propunha o trinômio: privatização, focalização e descentralização. Nesta conjectura, pode-se inferir que aquilo que estava proposto nos anos 1980, de ampliação e consolidação do SUS, não se materializou a partir dos anos 1990, o que se viu foi o repasse dos serviços e bens públicos para o setor privado no processo de contrarreforma do Estado, como será abordado a seguir.

Já o Projeto de Reforma Sanitária flexibilizada aponta para a proposição do SUS possível, na proposta dessa terceira via “não há preocupação com a superação do capitalismo”, seus precursores não defendem mais as bandeiras dos anos 1980, por acreditarem que “diante dos limites da política econômica, a Seguridade Social possível no SUS voltado para os mais pobres e pauperizados”. (BRAVO, 2014, p. 12).

Destarte, ressalta-se que o SUS é uma conquista política, que se materializou através das lutas cotidianas da classe trabalhadora em torno de um projeto único à saúde. É aqui que objetiva-se o estudo proposto, à medida que também foi uma conquista política a participação social e o controle social das ações e serviços desta política.

Daí a importância das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, que se configuram como principais instrumentos de inserção da sociedade civil organizada no controle social, um âmbito garantido legalmente para discussão, formulação, implementação e deliberação sobre o setor saúde, influenciando diretamente na organização dos serviços de saúde, de forma a estabelecer novos mecanismos de gestão.

Assim, os ataques neoliberais que a política de saúde vem sofrendo, mais incisivamente, a partir dos anos 1990, atingem diretamente os Conselhos de Saúde,

e aqui o Conselho Nacional de Saúde, que tem a função de deliberar sobre a política na esfera federal.

2.2 O processo de contrarreforma do Estado e os novos modelos de gestão para saúde

A entrada de novos modelos de gestão para saúde ocorrida no Brasil logo após o período de redemocratização do país foi proveniente do processo de contrarreforma do Estado instaurado nos anos 1990. Tal conjectura instalada no Brasil tem seus precedentes nas transformações do mundo do capital com a crise dos anos 1970, e vem repercutindo na vida social e conseqüentemente no campo das políticas sociais – política de saúde.

Dessa forma, as medidas para saída da crise fazem parte de um processo histórico, onde o capital, para manter seus níveis de acumulação, tem implementado uma reconfiguração nos Estados nacionais, bem como uma reestruturação que tem grande impacto no trabalho, colocando a classe trabalhadora numa posição defensiva tendo em vista que está em cheque o desmonte das políticas sociais conquista da luta dessa classe.

A crise dos anos 1970 é dita como uma crise estrutural do capitalismo. Assim, faz-se necessário compreender a essência do capitalismo. Para Netto e Braz, o modo de produção capitalista apresenta uma complexa evolução e se consolida na passagem do século XVIII ao XIX, esse modelo “imperava na economia das sociedades mais desenvolvidas – centrais e vigora na economia das sociedades menos desenvolvidas – periféricas” e na entrada do século XXI representa um “sistema planetário”. (2007, p. 95).

O Brasil ocupando um lugar periférico na divisão internacional do trabalho capitalista, de acordo com Santos (2012) essa condição periférica é “determinada, sobretudo, pelo aprofundamento do imperialismo e do processo de concentração e centralização de capitais, próprio do capitalismo em seu estágio monopolista” (p. 137).

Os países de capitalismo central determinam os caminhos que os países periféricos devem percorrer. Esta condição de subordinação dos países periféricos, como o caso do Brasil, está relacionada à condição de desenvolvimento desigual e

combinado²¹ do capital registrada na estrutura da economia mundial na era do Imperialismo.

A particularidade da consolidação do capitalismo no Brasil está relacionada à formação social do país. A economia capitalista brasileira, menos desenvolvida, se forjou de forma não clássica, a perspectiva abordada por Caio Prado Junior reconhece traços extremamente peculiares no capitalismo brasileiro, que se diferenciam do capitalismo clássico europeu.

A situação no Brasil se apresenta de forma distinta, pois na base e na origem de nossa estrutura agrária não encontramos, tal como na Europa, uma economia camponesa, e sim a grande exploração rural que se perpetuou desde os inícios da colonização brasileira até nossos dias; e se adaptou ao sistema capitalista de produção, substituindo o trabalho escravo pelo trabalho livre (PRADO JR, 1979 apud COUTINHO, 2005, p 226).

Destarte, manteve-se no Brasil um amálgama entre passado e presente, o novo com conservação do velho, a dinâmica do capital configurava-se numa “exploração rural do tipo colonial, voltada para o mercado externo e fundada nas remanescentes relações escravistas” (Idem, p. 226).

A Independência do Brasil é um marco importante para formação da sociedade e do Estado Nacional, recolocando seus interesses para o mercado interno. Segundo Florestan Fernandes, nesse momento, o poder deixa de exercer-se de fora para dentro e passa a ser organizado a partir de dentro, numa situação em que o “mercado interno é nuclearmente heteronômico e voltado para fora” (1987 apud BEHRING, 2008). Portanto a marca do capitalismo brasileiro é a heteronomia – a sua dependência e subordinação aos países centrais.

As profundas transformações ocorridas no mundo capitalista, com a crise dos anos 1970, reafirmaram a condição de dependência dos países periféricos. Dessa forma, a reação da classe burguesa a crise do capital passa pelo rompimento com o pacto keynesiano-fordista e um conjunto de políticas sociais baseadas na perspectiva social-democrata.

Assim, o capital administrou a crise de superprodução e superacumulação e no esgotamento do Estado de Bem-Estar social, através da reestruturação produtiva, retomada das altas taxas de lucro, um novo padrão de acumulação flexível e o desmonte das políticas públicas e dos direitos sociais e trabalhistas.

²¹ MANDEL, Ernest. O capitalismo tardio. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

No contexto mundial, o capital viveu um intenso processo de mundialização sob a égide do capital financeiro. A dinâmica de crescimento da esfera financeira se alimenta de duas formas de mecanismos segundo Chesnais:

os primeiros se referem à formação de capital fictício e os outros se baseiam em transferências efetivas de riquezas para a esfera financeira, tendo como meio mais importante o serviço da dívida pública e as políticas monetárias associadas a este. Este processo traz como consequência para os países periféricos um nível de endividamento dos Estados perante os grandes fundos de aplicação privados (os mercados), deixando-lhes pouca margem para agir senão em consonância com as posições definidas por tais mercados (CHESNAIS, 1996, p. 15).

Desta feita, os Estados Nacionais passaram a operar um conjunto de contrarreformas para contornar a crise do capital, conformando a introdução de medidas e programas de ajustes estruturais, onde a atuação do Estado se limitou a “uma almofada amortecedora anticrise” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 116).

Como já sinalizado, os países centrais transferiram sua crise para os países periféricos mediante a dívida externa, mantendo suas economias protegidas. Assim, o ajuste estrutural, pretende “desencadear as necessárias mudanças através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado”. (SOARES, 2002, p. 14).

Nos anos 1980, com as taxas de juros flutuantes, os países devedores não conseguiram honrar seus débitos, e os organismos financeiros internacionais, criados com o objetivo de controlar o sistema monetário no período de expansão capitalista, adquirem protagonismo, passando a desempenhar

novas funções na produção e reprodução do capital, sobretudo através da defesa intransigente da necessidade dos ajustes estruturais (com um enfoque especial na contrarreforma do Estado) e da apologia à ideologia neoliberal. Muito além de simples financiadores, os organismos internacionais cumprem o papel de coordenar a política econômica dos interesses capitalistas, visto que nas entrelinhas do financiamento está uma série de orientações políticas, econômicas e sociais que sugerem os modelos de gestão que devem servir de base aos governos nacionais dos países de capitalismo periférico. (LIMA, 2011, p. 14).

A imposição de programas de estabilização econômica e de uma política de ajuste estrutural orientada pelos organismos financeiros internacionais implica na reforma do Estado. De acordo com Duriguetto e Montañó (2011) a nomeada reforma do Estado baseia-se na necessidade do grande capital liberalizar – desimpedir, desregular – os mercados. Essa reforma,

concebe-se como parte do desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. Está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital em geral – tem assim um caráter político, econômico e ideológico que visa alterar as bases do “Estado de Bem-Estar Social” e do conjunto da sociedade, construídas no interior de um “pacto social-democrata”, no período do pós-guerra, e que conformaram o “Regimento de Acumulação fordista-keynesiano” (DURIGUETTO e MONTAÑO, 2011, p. 203).

O receituário neoliberal imposto pela burguesia e pelos países imperialistas foi introduzido na órbita dos governos dos países periféricos a partir do Consenso de Washington²². De acordo com Tavares e Fiori (1993 apud SOARES, 2002, p. 16) esse Consenso refere-se a “um conjunto abrangente, de regras de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes”.

Ao final do Consenso obteve-se um documento contendo dez regras essenciais, a saber:

- 1) Disciplina fiscal, onde o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público;
- 2) Focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infraestrutura;
- 3) Reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos;
- 4) Liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor;
- 5) Taxa de câmbio competitiva;
- 6) Liberalização do comércio exterior, com redução de alíquotas de importação e estímulos à exportação, visando a impulsionar a globalização da economia;
- 7) Eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro;
- 8) Privatização, com a venda de empresas estatais;
- 9) Desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas;
- 10) Propriedade intelectual (NEGRÃO, 1998).

²² Em novembro de 1989, realizou-se uma reunião entre os organismos de financiamento internacional de Bretton Woods (FMI, BM e Bird), funcionários do governo americano e economistas e governantes latino-americanos, para avaliar as reformas econômicas da América Latina, o que ficou conhecido como Consenso de Washington (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2011, p. 211).

Tais recomendações apontavam para as reformas estruturais de perspectiva neoliberal que se pautam na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado, medidas propostas pelos organismos financeiros internacionais.

Deste modo, o ajuste fiscal significou uma drástica restrição nos gastos estatais, “reduzindo o financiamento das políticas sociais, reformando a seguridade social, reestruturando a base tributária e privatizando as empresas públicas” (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2011, p. 211). Neste sentido, o sistema de Seguridade Social brasileiro, em contexto neoliberal, não se materializou conforme os preceitos de sua criação no artigo 6º²³ da Constituição Federal em seu capítulo da Ordem Social, e em toda a legislação ordinária e normas operacionais que a ela se seguiram.

A política de saúde brasileira sofre o mesmo embate a partir dos anos 1990, sendo alvejado pelo ajuste estrutural neoliberal, que retira seu sentido escorreito original, e passa a executar um sistema seletivo, focalista, verticalizado, descentralizado, assistencialista e privatizante.

Assim, no governo do presidente Fernando Collor de Mello, eleito na primeira disputa presidencial direta no Brasil²⁴, em 1989, esse representava os velhos interesses da burguesia brasileira. As elites depositaram, mesmo que a contragosto, a confiança em Collor, e segundo Sader “as classes dominantes saíram vitoriosas eleitoralmente do pleito, nos braços de um político que se colocava no lugar de uma dominação organizada em partido político, com programa, tática, alianças, filiados” (1990 apud BEHRING, 2008, p. 144).

O governo Collor foi breve, mas durou tempo suficiente para colocar em marcha as reformas estruturais, “sua intervenção de maior fôlego e largo prazo foi a implementação acelerada da estratégia neoliberal” (Idem, p. 151), dando-se início ao processo de contrarreforma neoliberal no país.

Collor tentou responder positivamente ao Consenso de Washington, implementando algumas medidas dentre aquelas listadas: liberalização comercial, liberalização da entrada de investimento direto e privatização de empresas estatais,

²³ Esta institui como direitos à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade, à infância, e à assistência social.

²⁴ Nessa eleição, chegaram ao segundo turno do pleito os candidatos Lula e Collor “expressando as tensões entre as classes sociais e segmentos de classe ao longo dos anos 1980” (BEHRING, 2008, p. 144).

porém tudo ainda de modo insatisfatório para as agências internacionais e mercados (SOUZA FILHO, GURGEL, 2016, p. 174).

Neste governo ainda ocorreram investidas na área da saúde, no que consiste a redução nos recursos destinados à saúde, introduzindo políticas contencionistas e de caráter focal, com primazia do mercado privado na assistência à saúde. Já concernente ao controle social, houve a tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social no aparato legal, como também o adiamento sistemático da IX Conferência Nacional de Saúde²⁵, que só foram concretizadas mediante resistências expressivas dos movimentos sociais.

Após dois anos de mandato, aconteceu o impeachment do governo Collor, e o então vice-presidente Itamar Franco assume o poder. As investidas nas políticas sociais foram prosseguidas, e no campo da saúde ficou evidente a continuidade do ajuste estrutural e à contrarreforma do estado, estreitando as amarras com as entidades de interesse privado na saúde, e conseqüentemente, enfraquecendo a relação com os princípios da RSB.

No entanto, só no governo de Fernando Henrique Cardoso o ajuste estrutural do Estado e sua contrarreforma administrativa encontrou um solo mais fértil. Em especial, devido a Emenda Constitucional nº. 6, estabelecida em agosto de 1995, que retira o artigo nº. 171 da Constituição Federal que institui em um de seus incisos que empresa brasileira de capital nacional é aquela cujo controle efetivo esteja em caráter permanente sob titularidade de pessoas físicas domiciliadas no país, ou seja, o artigo dar preferência às empresas brasileiras de capital nacional.

Outrossim, a Emenda nº. 6 revoga esta particularidade, atribuindo uma “lei complementar mais generosa com o capital estrangeiro”. Dessa forma, o governo FHC atingiu a flexibilização que Consenso de Washington exigiu “liberalizar a entrada do investimento estrangeiro direto”²⁶, marcando esse governo com a prevalência do capital externo e as privatizações..

²⁵ A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no ano de 1992, com o tema “Municipalização é o caminho”. No momento precedente a realização da Conferência, o então presidente da ENSP/FIOCRUZ, Paulo Marchiori Buss, publicou um texto enfatizando a importância desta Conferência diante da conjuntura da saúde pública brasileira, para ele: “a IX Conferência é um espaço político da maior importância para a reafirmação de princípios e a construção de pactos capazes de contribuir para a constituição de um sistema de saúde integral único, de base municipal, eficiente e com claro compromisso social”. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000300001.

²⁶ SOUSA FILHO, GURGEL, 2016, p. 178.

Neste período, com o Plano Real, o país vivenciou o desmonte e uma reformatação do Estado brasileiro para uma “adaptação passiva”²⁷ a lógica do capital financeiro. O presidente FHC argumenta que “a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia”. (BRASIL, MARE, 1995, p. 6).

A partir da década de 1990 os rebatimentos da crise capitalista se intensificam no país, permeada pelas orientações dos organismos internacionais, atingindo diretamente as políticas sociais e o caráter universal e público do SUS, desconsiderando as conquistas da década precedente. A proposta hegemônica vinculada ao projeto neoliberal de reforma gerencial e modelo de gestão denominado – Nova Administração Pública.

Esse governo não hesitou em propor o projeto de reforma do Estado, contido no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), formulado, em 1995, pela equipe comandada pelo então ministro da Administração e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira. Para ele a necessidade da reforma se justificava nas causas da crise pela qual passava a economia brasileira se devia a insolvência fiscal do Estado.

Sem dúvida, num sistema capitalista, Estado e mercado, direta ou indiretamente, são as duas instituições centrais que operam na coordenação dos sistemas econômicos. Dessa forma, se uma delas apresenta funcionamento irregular, é inevitável que nos depararemos com uma crise. (BRASIL, PDRE, 1995, p. 9).

Para Bresser a saída da crise estaria diretamente articulada à reconstrução do aparelho estatal, essa reconstrução representaria:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas. (PDRE, 1995, p. 11).

Ainda segundo ele, o governo brasileiro enfrentava um problema de governança, estando limitado à rigidez e ineficiência da máquina administrativa, para isso propôs “reforçar a governança - a capacidade de governo do Estado - através

²⁷ BEHRING, BOSCHETTI, 2007.

da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente” (BRASIL, PDRE, 1995, p. 13).

Nesse sentido, o discurso gerencial contido no PDRE que coloca o patrimonialismo como “uma excrescência inaceitável”²⁸, ou seja, na esfera administrativa, o Plano prevê a superação do patrimonialismo e da burocracia pela perspectiva gerencial eficiente e flexível, e ainda acreditam que o patrimonialismo “não constitui mais um valor na sociedade brasileira e que os políticos são controlados por seus eleitores” (BEHRING, 2008, p. 179).

De acordo com Souza Filho e Gurgel (2016), o gerencialismo no governo FHC mantém a dominação tradicional, não suprime nem supera o patrimonialismo, apenas o repõe sobre outras bases, no contexto da contrarreforma administrativa e através da dimensão flexível/gerencial. Os autores apontam que

a ordem administrativa brasileira se reestrutura mantendo a imbricação da burocracia com o patrimonialismo em transformismo, mediado pelos mecanismos de flexibilização gerencial. Em relação a burocracia, ocorre um tratamento ambíguo, pois ao mesmo tempo em que reforça as decisões burocráticas centrais em determinadas áreas, esvazia a burocracia em nome de uma descentralização que na verdade se materializa através da desresponsabilização e privatização das ações que deveriam ser estatais (p. 185)

Assim, em termos gerais, a Política Social desencadeada pelo governo FHC seguiu a nítida adesão aos preceitos neoliberais, mediante a lógica que interferia especialmente na política de saúde, setor mais rentável para as iniciativas privadas, reduzindo as possibilidades de efetivação desta política de caráter universalista e de seus espaços públicos democráticos – conseqüentemente, comprometem a efetivação do controle social nessas arenas, como o caso do Conselho Nacional de Saúde.

O Estado social-liberal está impregnado nas formulações produzidas pelo governo de FHC, e segundo Bresser-Pereira, é social-liberal “porque está comprometido com a defesa e a implementação dos direitos sociais definidos no século XIX, mas também é liberal porque acredita no mercado, porque se integra ao processo de globalização em curso, porque é resultado de reformas orientadas para o mercado” (1996 apud BEHRING, 2008, p 173).

²⁸ BRASIL, PDRE, 1995, p. 15

Essa visão eufemística do Estado neoliberal do governo Fernando Henrique, de acordo com Souza Filho (2006) estava baseada no tripé liberalização do mercado, privatização e desregulamentação – ou seja, os neoliberais da extrema direita partiam da perspectiva de Estado Mínimo.

A pretensão do governo em reestruturar o Estado, com a justificativa defesa dos direitos sociais, não passava de um discurso para convencer a população e os movimentos sociais organizados na sociedade civil a aceitarem, sem resistência, a entrega do setor público estatal aos entes privados, como fica firmado no próprio PDRE, “a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins)”. (PDRE, 1995 p. 16).

Com este projeto ora vinculado ao receituário neoliberal, tem-se, mediante abertura comercial e desregulamentação da economia, a abertura do processo de privatização. Este atinge diretamente a universalização dos direitos sociais, enfraquecendo a dimensão social do Estado, o qual se maximiza para o capital. Em outras palavras, onera os direitos sociais para cumprir os compromissos com o capital financeiro internacional.

No que se refere aos serviços essenciais como saúde, educação, o papel do Estado já não é mais reconhecido como eficiente e com marca de qualidade. A desregulamentação das regras do aparelho estatal foi a grande estratégia neoliberal no que se refere à ampliação do mercado, à flexibilização das relações de trabalho e à transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado.

No aparato legal, o desmonte dos direitos conquistados na Constituição e nas leis orgânicas posteriores ocorreu através de medidas provisórias, de leis complementares e propostas de emendas. Dessa forma, as políticas sociais garantidas legalmente passaram à programas de caráter assistenciais, seletivos e focalizados. A contrarreforma destrói as condições necessárias para que o país atingisse com êxito o caminho da universalização e aprofundamento dos direitos sociais, assim, o que estava previsto na carta magna de 1988 é “antagônico à hegemonia” e ao que vinha se desenvolvendo no Estado brasileiro e de sua ordem administrativa. (SOUZA FILHO, 2006).

Assim, pode-se inferir que, no âmbito da saúde, o processo de contrarreforma incentivou a criação de dois subsistemas de saúde: um subsistema público vinculado aos interesses das classes subalternas, que prevê assistência aos grupos

mais vulneráveis; e um subsistema privado subordinado aos interesses das classes dominantes, que rompe com o caráter universal assegurado na Carta Magna.

Destarte, o Plano Diretor do Aparelho e Reforma do Estado, previa a divisão do Estado em quatro setores: *1. Núcleo estratégico, 2. Atividades exclusivas do estado, 3. Serviços não-exclusivos ou competitivos do Estado e 4. Produção de bens e serviços para o mercado.*

O *núcleo estratégico* seria o setor que define as leis e as políticas públicas, tendo três poderes como responsáveis; As *atividades exclusivas*, onde são prestados serviços que só o Estado pode realizar, como: a compra de serviços de saúde pelo Estado, etc.; Os *serviços não exclusivos*, onde o Estado atua concomitantemente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, envolvendo direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde; A *produção de bens e serviços para o mercado*, corresponde à área de atuação das empresas nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida. (BRASIL, PDRE, 1995, p. 41-42 grifos nosso).

Aqui, chama-se atenção para o fato de que as políticas sociais foram compreendidas como parte do terceiro setor, como um serviço não exclusivo do Estado, dessa forma o Estado transferiria para o setor público não estatal a prestação direta dos serviços de saúde, educação, meio ambiente, cultura, produção de ciência e tecnologia por ele subsidiados por meio de um programa de publicização, como consta nos objetivos desse núcleo:

Transferir para o setor publico não-estatal estes serviços, através de um programa de publicização, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar (BRASIL, PDRE, p.42)

O quadro a seguir demonstra a divisão mencionada, ao passo que chama atenção para os serviços não-exclusivos e à produção para o mercado, onde se objetiva a publicização e privatização na política de saúde:

Figura 1

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	○				○
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	○				○
SERVIÇOS NÃO- EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		Publicização → ○			○
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais			Privatização → ○		○

Fonte: PDRE, 1995, p. 48.

O termo publicização designa privatização ao passo que transfere do Estado para a sociedade civil e o mercado a execução dos serviços essenciais e das políticas sociais, e apresenta desdobramentos ao longo da sua execução. Dessa forma, de acordo com Behring e Boschetti (2011) o Programa Nacional de Publicização (PNP) cria agências executivas e das organizações sociais, bem como se expressa na regulamentação do Terceiro Setor para a execução de políticas públicas. Esta última estabeleceu um termo de parceria com ONGs e instituições filantrópicas para a implementação das políticas, assim, remete-se ao mundo da solidariedade e do trabalho voluntariado não-remunerado. (p. 154).

Nessa conjectura, a transferência da execução das políticas públicas para a sociedade e entidades privadas, através da estratégia de parcerias, tira a responsabilidade que deveria ser competência do Estado e onera os custos da crise para a sociedade. Assim, com a parceria acarretaria uma divisão entre a formulação e execução das políticas sociais, ao Estado caberia à formulação, enquanto ao setor privado a execução, gerando consequências ao caráter universalista das políticas públicas.

A prestação desses serviços estaria assim dentro da esfera que o governo denominou como “pública não estatal, através dessas parcerias entre sociedade e o Estado, dessa forma, com o PNP ganha destaque o debate sobre o “terceiro setor”²⁹. Aqui, cabe ressaltar que para Duriguetto e Montañó (2011, p. 306) o

²⁹ Não se tem a pretensão de aprofundar o debate sobre o “terceiro setor”, mas sinalizar que corresponde a uma mediação importante para entender o objeto ora estudado.

“terceiro setor”,” nem é terceiro, nem é setor, ele deve ser interpretado como ações que expressam funções a partir de valores”. Nele estão inserido as seguintes entidades segundo os autores do “terceiro setor”:

a) organizações não lucrativas e não governamentais (ONGs), Movimentos Sociais, organizações e associações comunitárias; b) instituições de caridade, religiosas; c) atividades filantrópicas – fundações empresarias, filantropia empresarial, empresa cidadã, que teriam “descoberto” a importância da “atividade social”; d) ações solidárias – consciência solidária, de ajuda mútua e de ajuda ao próximo; e) ações voluntárias; e f) atividades pontuais e informais. (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2011, p. 305).

Ao analisar criticamente tal fenômeno, os autores corroboram que essas atividades não passam de “atividades públicas desenvolvidas por particulares; de uma função social de resposta às necessidades sociais; e orientada por valores de solidariedade local, autorresponsabilização, voluntariado e individualização da ajuda” (Idem).

Assim, o protagonismo da sociedade civil como responsável pela execução das políticas sociais já estava em consonância com as orientações do Banco Mundial, que atribui ao Estado o caráter centralizador e paternalista como expressa o documento do BM de 1991:

No Brasil, a cultura política de centralismo paternalista tem gerado, nas comunidades, a esperança de que venham a ser beneficiárias de instalações e serviços “gratuitos” pelo Estado [...] O fim de um modelo político paternalista e centralizado abre para respostas criativas em todos os níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não governamentais e individualmente, pelo cidadão. (BANCO MUNDIAL, 1991 apud CORREIA, 2005, p. 128).

Para o BM a política de saúde não passa de uma “concessão benevolente do Estado” e suas teorias norteadoras “cristalizam e hierarquizam as necessidades do homem ao partir de uma visão naturalista e a-histórica da necessidade” (RIZZOTTO, 2000 apud CORREIA, 2005, p. 117). Dessa forma, a política de saúde brasileira segue veemente as orientações do BM, reduzindo a atuação do Estado enquanto expande os serviços de saúde privados, ou seja, a saúde é transformada em mercadoria, à medida que é vendida e comprada no livre mercado, confrontando o que foi assegurado na Constituição Federal de 1988 em seu art. n. 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, além de sua descaracterização como direito universal

Correia afirma que a saúde na década de 1990 caracterizou um “significativo crescimento da atenção ambulatorial e básica nos pequenos municípios brasileiros”

(2005, p.158), assim a atenção básica ficaria sob a responsabilidade do Estado, por não dar lucro e ser mais barata, enquanto o foco da reforma, de acordo com o Caderno nº 13 (1998, p. 14), “não é abranger todo o SUS, mas uma parte fundamental dele, que é certamente a mais cara e que gera lucro: a assistência hospitalar”.

De modo geral, a estratégia da contrarreforma ocorrida na Brasil está em consonância com as orientações do BM aos países periféricos, baseia-se em ampliar a participação do setor privado na área da saúde, imprimindo uma concepção mercadológica para o setor. Como afirma Correia (2005),

O processo de mercantilização da saúde se insere na agenda da reforma sanitária do Banco Mundial, proposta aos países este subsidiados. Nesta lógica mercantil, as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas mais rentais, ou seja – de média e alta complexidade (p. 121).

Assim, a criação dos novos modelos de gestão para saúde é um dos resultados da lógica do Plano Diretor e das recomendações do capital internacional por meio de suas agências multilaterais, destacando-se o BM, como medidas de enfrentamento da crise capitalista, ao acreditarem que as privatizações tem ação direta na redução dos gastos públicos sociais e ocasionam a retomada do crescimento econômico no país.

A proposta clássica gerencialista seria de “combinar centralização burocrática com flexibilização gerencial”³⁰. Tal flexibilização gerencial se dar através dos novos modelos de gestão para atuar nas áreas sociais, e no setor saúde, o processo de privatização estabelecido com o PNP, como se viu, estabeleceu-se no governo FHC através das Organizações Sociais instauradas a partir da Lei Federal n. 9.637/1998.

No ano seguinte foi instituída as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP”s por meio da Lei Federal n.º 9.790/1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria. De acordo com a Lei os Termos de Parceria discriminará direitos, responsabilidades e obrigações entre as entidades.

Tanto as Oss quanto as OSCIPs são consideradas como um retrocesso no processo de redemocratização do país, e fazem parte da materialização da

³⁰ Souza Filho, 2006, p. 344.

contrarreforma no governo FHC, que preconiza o desmonte da gestão pública dos serviços essenciais, como a saúde – fragilizando as lutas da classe trabalhadora, precarização do trabalho e desconsiderando o controle social.

Os novos modelos de gestão privatizantes teve prosseguimento nos governos de Luís Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff (governo do Partido dos Trabalhadores), dando continuidade ao ajuste estrutural do Estado.

No governo Lula tem-se a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, com o PLC nº 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo em 13 de julho de 2007. No governo Dilma tem-se a aprovação da Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011.

A EBSEH se enquadra dentro de mais um discurso gerencial industrial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos. Primeiro são privatizados equipamentos, exames e terceirizada a contratação de pessoas – considerado o primeiro passo da privatização direta. O segundo passo foi a ameaça de entrega da gestão para uma organização social (OS) ou fundações – mas não foi firmado acordo, pois as negociações do estado com a sociedade não foram favoráveis. Por último, o governo deu um passo atrás. Optou por uma privatização lenta, menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade: a criação de uma empresa pública de direito privado (EBSEH) (SODRÉ, 2013, p. 372).

Além desses ataques à saúde pública através da criação de novos modelos de gestão – OSs, OSCIPs, FEDPs e EBSEH. A transferência de recursos públicos na saúde também vem ocorrendo com a atuação da iniciativa privada, por dentro do SUS, através da complementaridade invertida³¹ que desde 2012 tem priorizado o repasse de recursos públicos ao setor filantrópico e privado em comparação ao que é repassado à rede pública. Além de incentivos para o mercado de planos privados de saúde.

Paim (2008) argumenta que continuidade do subfinanciamento do SUS limita sua capacidade de investimento na ampliação da cobertura assistencial, bem como sucateia as estruturas públicas, ao mesmo tempo impedindo a melhora da gestão dos serviços e justificando a sua privatização.

³¹ Para maior aprofundamento sobre a complementaridade invertida na política de saúde, ver a dissertação de Santos (2014) que trata das organizações sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde no contexto de contrarreformas do estado brasileiro.

Os novos modelos de gestão, apesar de se diferenciarem internamente, constituem a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, acarretando a flexibilização da gestão e os direitos sociais e trabalhistas, privatizando o que é público.

Nesse sentido, o processo de privatização, trouxe implicações para os trabalhadores dos serviços públicos de saúde, à medida que a proposta dos novos modelos de gestão elimina o concurso público para contratação de pessoal, prejudicando os trabalhadores ao remeter sua contratação para forma da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), acarretando para o trabalhador a ausência de estabilidade empregatícia, enfraquecendo ainda a organização dos trabalhadores como classe.

Dessa forma, com a dispensa dos concursos públicos, ocorre a quebra dos direitos sociais assegurados e os contratos tornam-se flexíveis, não havendo, assim, garantias de direitos trabalhistas e previdenciários. Não há licitação para compra de medicamentos, material, equipamentos etc. Além do rompimento com o controle e fiscalização da gestão, que serão realizados pelo poder executivo com o apoio do Tribunal de Contas, portanto não existe o controle social, desrespeitando a perspectiva democrática da política de saúde que tem como diretriz a participação da comunidade nas decisões da gestão da saúde, fragilizando todo processo de luta política construído pelos movimentos sociais ao longo da história.

Sendo assim, esse processo de transferência da gestão pública para o setor privado contraria a legislação do Sistema Único de Saúde, quebra os direitos sociais, prejudica os trabalhadores, levando à precarização do trabalho (CORREIA, 2007). Essa precarização do trabalho, fruto das referidas reformas, tem se constituído em um forte impedimento para a consolidação do SUS e efetivação do controle social.

O discurso governamental que toma corpo em meio à contrarreforma do Estado consistiu em construir uma imagem do SUS em crise para ser incorporado pelas classes subalternas. Porém é necessário destacar que há avanços importantes consolidados pelo SUS desde a CF 1988 que é importante ser apresentado nesse estudo. Como aspectos de inovação da política de saúde a partir de 2002, Bravo (2006) destaca

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais

comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o alto escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª. Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 102- 103).

Assim, a contrarreforma do Estado iniciada nos anos 1990 foi concretizada nos governos posteriores e tem inviabilizado a estruturação do SUS a partir dos princípios e diretrizes constitucionais/legais. O processo de descaracterização da universalidade do sistema tem ocorrido através de Medidas Provisórias, Emendas Constitucionais e outras estratégias focalizantes e privatizantes. Os resultados desse movimento residem na redução legal dos direitos sociais conquistados, desqualificando usuários e trabalhadores como cidadãos.

Destarte, ratifica-se que os novos modelos para saúde – Organizações Sociais/OS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público/OSCIP, Fundações Estatais de Direito Privado/FEDPs ou Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH que compõem a estratégia do capital para implantação de suas medidas privatistas na área social – são fruto do processo de contrarreforma do Estado, que materializa o processo de privatização da política de saúde, incidindo na estrutura democrática tão cara a classe trabalhadora e dos direitos sociais legalmente instituídos.

A próxima seção busca analisar como o Conselho Nacional de Saúde tem se posicionado frente a esses novos modelos de gestão para saúde no período do governo do Partido dos Trabalhadores.

3. ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE AOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO PARA SAÚDE

No período de estudo proposto, anos 2003 a 2015, o Conselho Nacional de Saúde abordou a temática dos novos modelos de gestão para saúde, e se posicionou politicamente frente a eles. Tal recorte temporal, para analisar os documentos produzidos pelo CNS, contempla o mandato do Partido dos Trabalhadores nos governos do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva

(2003-2010) e da Presidente Dilma Rousseff (2011-2015), momento em que se tinham grandes expectativas dos movimentos sociais para com a gestão pública federal.

A análise aqui proposta busca identificar a direção política das deliberações efetuadas no CNS durante os referidos anos. A partir da pesquisa documental às atas, resoluções, recomendações, moções, documentos do CNS e Relatórios dos Grupos de Trabalho, observou-se como os novos modelos de gestão para a saúde foram tratados no Conselho, a fim de verificar como os conselheiros tem se posicionado, as propostas apresentadas nas discussões do plenário, os conflitos suscitados, as articulações e mobilizações com outros segmentos da sociedade civil em torno de suas lutas.

O estudo parte do referencial teórico gramsciano, onde não existe antagonismo entre Estado e sociedade civil, mas que o antagonismo se dar entre as classes com seus interesses contraditórios, e é a partir deste referencial que se compreende o controle social, que acontece exatamente no âmbito da disputa entre as classes pela obtenção da hegemonia, ou seja, o controle social vai depender da correlação de forças em cada realidade concreta. Dessa forma, faz-se necessário a análise dos desdobramentos da dinâmica interna do CNS para verificar a direção política predominante nas propostas dos conselheiros, pois são elas que culminam nas deliberações do CNS sobre a política de saúde.

Nesse sentido, será analisado o posicionamento do Conselho frente aos novos modelos de gestão para saúde, identificando qual o sentido político predominante nas deliberações do CNS: se a da política de saúde nos moldes neoliberais com a finalidade de sua privatização e mercantilização, ou se a defesa do SUS e seus princípios, conforme preconizados no aparato legal e no Projeto da RSB.

Ressalta-se, que existem interesses contraditórios na sociedade civil e no âmbito dos conselhos esses também estão presentes. Portanto, os conselhos se constituem em espaços tensos, onde os diferentes interesses estão em disputa, de forma que podem reafirma o que está posto ou ultrapassar os limites, tendo em vista à construção de um novo projeto societário coerentemente vinculado as dimensões das classes subalternas em luta pela obtenção de sua hegemonia. Dessa forma, será apresentado a seguir uma breve caracterização histórica do Conselho Nacional de Saúde, âmbito onde se materializa o estudo proposto.

3.1 Governo do Partido dos Trabalhadores (PT) e os novos modelos de gestão para saúde

Com o governo do PT existia uma grande expectativa por parte dos movimentos organizados da sociedade que se rompesse com as investidas neoliberais privatizantes nas políticas sociais, e em especial na política de saúde, e que se fortalecesse o conceito ampliado de saúde oriundo da RSB, de uma saúde baseada numa nova concepção de Estado e sociedade sob os preceitos democráticos universal, igualitários e de justiça social, associada aos determinantes e condicionantes da saúde.

No entanto, tal expectativa de rompimento foi frustrada, ao tempo em que ocorreu um processo de continuidade da perspectiva neoliberal sobre as políticas sociais, e com destaque a inclusão de alguns intelectuais que compunham a esquerda e que outrora eram os sujeitos sociais que sugeriram as novas propostas governamentais para saúde, ou seja, pode-se dizer que o discurso de que gestão e gerenciamento da política de saúde consistiam no principal problema a ser enfrentado em detrimento da necessidade veemente de enfrentar questões estruturais, a exemplo do financiamento que também exerceu influências sobre esses sujeitos.

Dessa forma, Filgueiras e Pinto analisando a política econômica no início do governo Lula, aponta que este tinha uma disjunção dramática:

- 1) Ir além de FHC, no sentido de, aceitando a condição de refém do capital financeiro, manter e aprofundar, mais ainda, as políticas ortodoxas e o modelo econômico-social liberal. Nesse caso, a escolha vai no sentido de reciclar esse modelo, na linha do pós-Consenso de Washington, através de uma maior aceitação da intervenção do Estado como planejador e articulador da concorrência intercapitalista e uma maior ênfase – mais retórica do que prática – na condução de programas sociais mais ou menos focalizados. As experiências históricas disponíveis indicam que a escolha desse caminho, na pior das hipóteses, conduzirá a reiteradas crises cambiais e das finanças públicas, com repetidos ajustes fiscais e rápida deterioração do ambiente político-social. E, na melhor das hipóteses, permitirá, através de um permanente e radical ajuste fiscal, reduções conjunturais (cíclicas) da vulnerabilidade externa e da fragilidade financeira do setor público, tendo por contrapartida um crescimento econômico pífito e um custo social enorme.
- 2) Ir além de FHC, no sentido de romper, de fato, com a “Era Liberal” – iniciada com o Governo Collor e levada às suas últimas consequências pelos Governos FHC. Isto se expressaria, de logo, na superação das políticas que fragilizaram financeiramente o Estado e que aprofundaram a vulnerabilidade externa do país. O momento

político-econômico para se tomar essa decisão pode ser decisivo, mas essa ruptura não será fácil em nenhuma circunstância, em virtude do cenário econômico-político internacional desfavorável e da capacidade de retaliação do capital financeiro, externa e internamente. Por isso, essa escolha, pressupõe, necessariamente, a redefinição da atual aliança política que inviabiliza a execução de um projeto alternativo (2018, p. 19-20).

No entanto, o que se viu foi a superação dessa disjuntiva, à medida que o governo Lula e, posteriormente, o governo Dilma escolheram definitivamente a primeira prerrogativa, seguindo as recomendações dos organismos financeiros internacionais e mantendo os mesmos elementos da contrarreforma iniciados no governo FHC, associando as políticas sociais ao programa de ajustes macroeconômicos neoliberais.

Assim, nesta conjectura, a política social numa perspectiva neoliberal é uma política focalizada e seletiva funcional ao modelo de desenvolvimento vigente articulada à política macroeconômica. Dessa forma, a política macroeconômica foi aprofundada no governo PT, dando continuidade ao esfacelamento dos direitos sociais e das políticas da seguridade social universais, reforçando seu caráter focal e seletivo.

Nessa direção, o que se observou foi que as políticas sociais focalizadas, por um lado, conseguem responder, mesmo que minimamente, os anseios da população mais vulnerável, mas por outro lado, constituem-se num programa socialmente regressivo e com caráter conservador, próprios da nova fase do capitalismo sob a égide do capital financeiro.

Desse modo, afirma-se que a área da saúde não se manteve fora dos ajustes estruturais macroeconômicos, pelo contrário, foi atingida diretamente pelos cortes orçamentários, como o caso da desvinculação de receitas da União (DRU). Assim, a política de saúde no governo PT continuou o processo de fragmentação e subordinação à lógica do mercado e aos ditames dos organismos financeiros internacionais, iniciados no governo FHC.

Neste sentido, o governo PT avançou no desmonte da política de saúde através de varias medidas, como aponta Santos (2014):

A criação de novos modelos de gestão privatizantes, incentivo à ampliação do setor privado por dentro do SUS por meio das contratualizações e convênios, em que se constata uma discrepância no repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado em comparação ao que é repassado à rede pública; como também no

tocante aos incentivos para o mercado de planos privados de saúde, os quais só vêm aumentando. (p. 92).

Em visto disso, entende-se que optar por seguir as recomendações das agências internacionais – BM e FMI colocou a saúde mais distante do Projeto da RSB, e ferindo a Constituição Federal e as leis orgânicas posteriores. Ademais, em relação à gestão em saúde, isso significou a continuidade aos novos modelos de gestão herdados do PDRE, e instauram outros modelos que evidenciam o processo de privatização da saúde, permitindo a entrada dos interesses particulares no cenário da saúde, que deveria, como instituído legalmente, ser direito de todos e dever do Estado.

No que se refere aos espaços de participação social no Governo Lula, Moroni (2009) aponta que são considerados apenas âmbito de interlocução do governo com representantes da sociedade, e não como espaços com poder deliberativo e controle social. Assim, mesmo com a ampliação de Conselhos neste período, não ocorreu o fortalecimento dos movimentos sociais nos processos decisórios que vislumbrassem transformações nas políticas sociais e na vida social, ao invés disso, o que se viu foi uma participação estrita as estratégias do governo de arraigar os interesses hegemônicos do setor privado.

Entretanto, apesar da vinculação com o projeto privatista, não se pode deixar de citar alguns avanços encontrados no governo Lula, como a escolha de um Ministro que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos de 1980 e de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde, a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, como também a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Os Ministros da Saúde durante no governo PT foram: Humberto Costa Lima (2003-2005), José Saraiva Felipe (2005-2006), José Agenor Alvares da Silva (2006-2007), José Gomes Temporão (2007-2010), Alexandre Padilha (2011-2014), Arthur Cioro (2014-2015) e Marcelo Castro (2015-2016).

A seguir serão apresentados os aparatos legais e conceituais em que estão inseridas as OSs e OSCIPs, oriundas do governo FHC, e as FEDPs e EBSEH,

oriundas do governo Lula e Dilma, novos modelos de gestão para saúde que correspondem ao objeto em estudo.

3.1.1 Organização Social (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

No contexto da reforma gerencial, no governo FHC (1995-2002), as duas instituições emergiram com a justificativa de que possuem caráter não lucrativo e na possibilidade de desonerar o Estado da prestação direta dos serviços públicos. Assim, são criadas como uma alternativa de prestação de serviços em diversas áreas sociais, entre elas a saúde, alegando a ineficiência do Estado na atuação desses serviços, deixando-o apenas com o papel de fiscalizador da economia que atua nos serviços exclusivos e no núcleo estratégico. Com essa modificação na configuração estatal, o terceiro setor se torna uma política importante à Administração pública.

Com o PDRAE foi implementado no Brasil as ONGs denominadas de Organização Social (OS) e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) como resposta para a prestação dos serviços sociais. A primeira criada com a Lei 9.637/98, que dispõe no Art. 1º que suas áreas de atividades serão destinadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

A execução das atividades pelas OSs nessas áreas de atuação deverá ocorrer através do Contrato de Gestão firmando parceria entre as partes, por meio “de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminando as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social” (BRASIL, Lei 9.637/1998, Art. 6º).

Esse Contrato viabiliza a terceirização dos serviços públicos estatais, estipulando um conjunto de metas pré-acordadas entre ambas as partes, e que deve ser precedido da provação apenas, de acordo com seu parágrafo único, do Conselho de Administração da entidade, ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área de atuação correspondente. Não há menção da aprovação prévia dos Conselhos de Políticas Públicas da área correspondente, em cada esfera de governo.

Já as OSCIPs são criadas por meio da Lei 9.790/99, que define em seu Art. 3º que as pessoas jurídicas de direito privado tenham as seguintes doze finalidades de atuação:

- I- promoção da assistência social;
- II- promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- III- promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- IV- promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- V- promoção da segurança alimentar e nutricional;
- VI- defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- VII- promoção do voluntariado;
- VIII- promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;
- IX- experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;
- X- promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;
- XI- promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;
- XII- estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.
- XIII- estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a disponibilização e a implementação de tecnologias voltadas à mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte.

Em vista do exposto, acrescenta-se que para execução das atividades dessas áreas de atuação, é firmado com o poder público o chamado Termo de Parceria, que discriminará direitos, responsabilidades e obrigações entre as partes. Uma das prerrogativas para se firmar o Termo de Parceria é que tenha sido feita consulta prévia aos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, nos respectivos níveis de governo, bem como fica a cargo dessas instâncias seu acompanhamento e fiscalização.

Em outras palavras, isto significa que deveria ser necessária a aprovação prévia da instância máxima do controle social, e sua interferência irá depender da correlação de forças existente entre os diversos segmentos organizados na sociedade civil que compõe os Conselhos, e em especial o CNS – objeto de estudo

em análise, enquanto âmbito que se desenvolve a democracia participativa para o controle social das ações e gastos estatais das políticas públicas.

Assim, em que pese haver referência ao poder fiscalizador e controlador dos Conselhos, o que vem se observando, após vinte anos de instauração das OSs no país, é que estas tem se firmado e ganhado abrangência por dentro do SUS. E tal realidade reforça a necessidade premente de entender como vem se posicionando o CNS frente a esse crescimento.

De acordo com os estudos de Santos (2014) existem 228³² OSs espalhadas por todos os Estados da Federação. E Lima (2018) aponta que:

a regulamentação das OSs da Saúde nos municípios brasileiros tem sido apresentada como estratégia de ampliação da cobertura assistencial e modernização da gestão da rede municipal de serviços, mas na prática ela se configura como novos modelos de gestão privatizantes, sem compromisso com os princípios defendidos pelo SUS. Essas parcerias entre o público e o privado acontecem no âmbito do livre jogo do mercado, no qual predomina uma dinâmica perversa que reduz o direito ao acesso universal, visto que os contratos de gestão propostos constituem modalidades de privatização que visam à transformação do direito em mercadoria, pois seu objetivo é impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis do serviço público. (LIMA, 2018, p. 94).

Para além da disseminação deste modelo de gestão na atenção à saúde, tem-se agora um “nicho empresarial consolidado para captação de recursos públicos da saúde para o setor privado³³” que é o Instituto Brasileiro de Organizações Sociais na Saúde (IBROSS), que até o momento possui vinte instituições associadas, que gerenciam mais de 800 unidades de saúde e contabilizam mais de 700 mil internações, 40 milhões de consultas e aproximadamente 50 milhões de exames, de acordo com sua página oficial na internet.

No entanto, em seu banco de publicações³⁴ consta que no Estado de São Paulo, no ano de 2016, os Hospitais Gerais são geridos em sua maioria³⁵ por OSs em detrimento da Administração Direta pública, o que revela a primazia na alocação do fundo público da saúde para entidades empresariais com fins bastante lucrativos.

³² Base de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde no ano de 2014.

³³ Lima (2018, p. 97).

³⁴ Disponível em: <http://www.ibross.org.br/estudos-2/>

³⁵ 18 Hospitais Gerais do Estado de São Paulo geridos pela Administração Direta e 29 Hospitais Gerais do Estado de São Paulo geridos por OSs.

A seguir será contextualizado outros modelos que deram seguimento ao processo de privatização – as FEDPs e EBSEH como modalidades de gestão para saúde.

3.1.2 As Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)

As Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares são instauradas, respectivamente, no ano inicial do segundo mandato do Presidente Lula – ano de 2007, e no último mês do mandato deste Presidente – dezembro de 2010 – seu último ato para saúde foi a Medida Provisória nº. 520, que foi acatado e legalizado pela sua sucessora a Presidente Dilma Rousseff.

Vale lembrar, que havia uma grande expectativa dos movimentos sociais para com o governo de um partido de esquerda, como o Partido dos Trabalhadores (PT), no sentido de que as propostas da RSB fossem inseridas novamente na agenda política do governo, mas o que se concretizou foi um aprofundamento da perspectiva neoliberal na política de saúde.

O modelo de gestão das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) surge no contexto da crise nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro (RJ), em 2004. Diante dessa crise o Ministério Público e Tribunal de Contas da União promovem oficinas de trabalho para apontar soluções para a organização desses hospitais.

Ainda, surge da necessidade de inovação institucional para melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais. No ano de 2005 o governo Federal deu início ao processo de estudos e análises sobre as formas jurídico-institucionais da Administração Pública, vislumbrando possíveis ajustes nessas áreas. Resultante desse processo foi detectado a rigidez do regime administrativo das fundações públicas e autarquias no que se refere à gestão pública.

Dessa forma, pode-se inferir que há um deslocamento da questão do financiamento da saúde, ou seja, realoca-se tal problemática para o âmbito da gestão, mediante um discurso de “crise” na gerencia pública da saúde que se reverbera na sociedade brasileira. Uma vez incorporado pelas classes subalternas, esse discurso adquire sustentabilidade para a continuidade do processo de

privatização que é salutar ao fortalecimento das políticas macroeconômicas na política de saúde.

Assim, o Projeto das Fundações Estatais se configura no desdobramento da contrarreforma do Estado iniciado no governo FHC, e, por conseguinte, segue as orientações dos organismos financeiros internacionais sob a política de saúde, como aponta Granemann (2011)³⁶

em março de 2007, a página eletrônica brasileira do Banco Mundial divulgou documento inédito com avaliações e propostas para aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público do Sistema Único de Saúde; o jornal O Globo, noticiou em 25 de maio de 2007 que “o relatório do Banco Mundial foi formulado por solicitação do Ministério da Saúde e coordenado pelo especialista em saúde do Bird no Brasil, Gerard La Forgia (p. 50).

Deste modo, com a justificativa de “dotar o Governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas sociais do País”³⁷, o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007 foi enviado ao Congresso Nacional, em 13 de julho 2007, pelo governo Lula. O projeto tem como objetivo regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, o qual dispõe que

somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de atuação.

Vale salientar, que o governo ao formular e encaminhar o PLC que propõe mudanças essenciais no modelo de gestão para saúde pública não discutiu, previamente, com os movimentos sociais, fato contestado pelo CNS como será abordado ainda neste estudo. Batista Júnior faz a seguinte ponderação sobre a condução do Projeto “foi gestado entre quatro paredes, sem que em nenhum momento os dois principais interessados – usuários do sistema e trabalhadores – fossem ouvidos” (2011, p. 39).

Dessa forma, o Projeto, que se encontra atualmente arquivado, apenas autoriza a possibilidade de que sejam instituídas as Fundações, e delimita as áreas de atuação enquanto personalidade jurídica de direito privado: Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência complementar

³⁶ O texto foi publicado originalmente em 2007, porém, utilizou-se da versão publicada nos Cadernos de Saúde do ano de 2011.

³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, p. 3.

do servidor público, Comunicação Social, Promoção do Turismo Nacional, e a área da saúde – em especial aos hospitais federais.

De acordo com o documento divulgado pelo MPOG, a natureza jurídica das Fundações é de direito privado, o que acarreta a livre concorrência no mercado, prestação de serviços destinados à captação de lucro, estando submetidas aos seus próprios critérios e não à Lei de Responsabilidade Fiscal, além de favorecidas pela dispensa de licitação. Isso agregado ao fato das Fundações adentrarem primordialmente nas áreas sociais, torna o Projeto mais hostil para classe trabalhadora – ao atingir seus direitos sociais conquistados arduamente. Correia (2011, p. 45) reitera,

o processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos, através das OSs, OSCIPs e das Fundações Estatais de Direito Privado, se dá nas áreas em que se localizam as políticas [...]. Setores através dos quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente através dos serviços sociais públicos, portanto, a privatização dos mesmos constitui-se uma grande ameaça à garantia desses direitos.

Neste aspecto, não se pode perder de vista que a política de saúde é um direito constituído a todos os cidadãos brasileiros, e é dever do Estado³⁸ garantir a execução dos serviços de saúde baseados nos princípios legais preconizados no SUS, portanto, não pode ser previsto medidas seletivas e políticas focalizantes, que tenham como horizonte a mercantilização da saúde.

Ainda, encontra-se contemplado no projeto das FEDPs, maior autonomia e ampla flexibilidade em relação às autarquias e às fundações públicas de direito público, e podem utilizar “de instrumentos administrativos de natureza privada e, nesse sentido, é comparável a uma empresa pública estatal”. (MPOG, 2007, p. 5). De acordo com o que está preconizado, permitirá a agilidade na prestação dos serviços por meio da ampliação da capacidade de gerenciamento do orçamento financeiro, gestão dos recursos humanos, poder de compra e realização de contratos.

No que se refere a força de trabalho nas Fundações, os documentos expressam que será a partir do regime jurídico da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), dessa forma, fica comprometida a estabilidade dos trabalhadores, que apesar

³⁸ A Constituição Federal de 1988 no Art. 196 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

da seleção ser mediante concurso público, a forma de contratação ocorre de forma fragilizada e instável, ao contrário do Regime Jurídico Único (RJU), que prevê estabilidade aos servidores públicos.

Além disso, preconiza que a precarização do trabalho, os baixos salários, os contratos por fundações de apoio e outras terceirizações sejam eliminados. E reitera que a indução e motivação dos trabalhadores a ganhos financeiros estarão associados à qualidade dos serviços prestados e ao seu desempenho para atingir os resultados pactuados.

Ademais, observa-se a partir da análise dos documentos, que será necessária lei específica para criar cada fundação, dessa forma, a força de trabalho estará subordinada ao Contrato de Gestão que cada FEDPs conseguir estabelecer no âmbito do Estado. De acordo com Granemann (2011) como cada Fundação terá seu próprio RH, plano de carreira, empregos e salários – o que fragiliza o processo organizativo da categoria, aliado a frágil contratação através da CLT, o projeto torna-se coerente ao que o BM caracteriza sobre o Estado brasileiro, como “ineficaz e uma das razões centrais de sua ineficácia e ineficiência é a estabilidade da força de trabalho” (p. 52). Há, na perspectiva neoliberal, a centralidade em culpabilizar o trabalho na oneração ao erário.

Ainda de acordo com a autora, as FEDPs prejudicam os trabalhadores, porque adquirem com a forma jurídica o direito de não contribuir com o fundo público, “as fundações estatais reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação dos serviços”, entretanto, “não contribuirão para a formação do fundo público que a sustenta, por gozar de imunidade tributária” (GRANEMANN, 2011, p. 53). O que ocorre, é a transferência de recursos – que deveriam ser repassados para o SUS, para o capital, e não há devolutiva aos cofres públicos. Ainda de acordo com a autora, o projeto das FEDPs

é um projeto de Contrarreforma do Estado Brasileiro no âmbito das políticas sociais; isto é, no âmbito das ações estatais que respondem aos direitos e demandas da força de trabalho ocupada e excedente e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecidas. É uma complementação das ações privatizantes que os diferentes governos (Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso) desenvolveram no Brasil desde a abertura dos anos 1990 aos dias de hoje com Lula da Silva, no sentido de viabilizar e impulsionar a acumulação de capital no país (GRANEMANN, 2011, p. 51).

O Banco Mundial tem investido em recomendações para dar o direcionamento na gestão da política de saúde brasileira em prol dos interesses da acumulação do capital e, tem-se nos Contratos de Gestão, a desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde. Neste aspecto, o governo Lula contemplou o Projeto das Fundações no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da saúde, lançado em 05 de dezembro de 2007.

O setor saúde consolida-se como um campo gerador de empregos, renda e divisas, através do esforço de indução do Governo e engajamento da iniciativa privada [...] Não basta acrescentar mais recursos para a prestação de serviços sem uma mudança nos processos de gestão das redes e unidades assistenciais. Mais Saúde inova ao propor novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado. (PAC apud CORREIA, 2011, p. 44).

O documento elaborado pelo MPOG dar ênfase, no âmbito da saúde, aos Hospitais Universitários, com interesses explícitos em enquadrar essas instituições federais no processo de privatização. O PLC 92/2007 “apesar de ter sido sustado a tramitação em função da grande mobilização do CNS”³⁹⁴⁰ abriu alas para as medidas que vieram posteriormente, através do Decreto n. 7.806/2010 e a Medida Provisória n. 520/2010, ambas do último ano do mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva – que instituem uma versão de “Fundação Estatal de Direito Privado piorada”⁴¹ – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Assim, a MP n. 520, propõe uma reconfiguração da proposta das FEDPs através da criação de um modelo específico para a gestão dos Hospitais Universitários. A criação da EBSERH é fruto das dificuldades enfrentadas pelos HUs desde a década de 1990 no contexto de contrarreforma do Estado e de acumulação do capital.

O processo de criação da Empresa está calcado nas determinações do Tribunal de Contas da União (TCU) expressas, primordialmente, nos acórdãos de 2006 e 2009. O Acórdão n. 1.520/2006 requer a legalização dos contratos pelos HUs, exigindo do Governo Federal a substituição da mão-de-obra terceirizada e recomendando a imediata realização de concursos públicos. (OLIVEIRA, 2014).

³⁹ BATISTA JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 39.

⁴⁰ Fato que pode ser constatado nesta pesquisa no item 3.2.4, quanto ao posicionamento do CNS frente aos novos modelos de gestão para saúde, como a FEDPs e a EBSERH.

⁴¹ Idem.

O Acórdão n. 2.813/2009 propõe a construção de um modelo institucional voltado para atender e dar suporte as necessidades dos HUs ou até mesmo modificar a estrutura dos HUs. (Idem). Pode-se constatar que com o acórdão de 2009, o TCU se mostrou bastante alinhado com os apontamentos da reforma gerencial por meio dos planos de metas, da busca por resultados com a máxima eficiência.

Nesta conjectura, em 27 de janeiro de 2010, o Governo Federal cria o Decreto n. 7.082/2010 como resposta aos problemas apontados pelo TCU. O Decreto versa sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF). O REHUF tem como objetivo criar condições “materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”. (Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, art. 2º).

Em seu Art. 5º fica estabelecidas algumas medidas para realização dos objetivos e diretrizes fixados nos Arts. 2º e 3º⁴², tais como:

- I - modernização da gestão dos hospitais universitários federais, com base em transparência e responsabilidade, adotando-se como regra geral protocolos clínicos e padronização de insumos, que resultem na qualificação da assistência prestada e otimização do custo-benefício dos procedimentos;
- II - implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho a ser disponibilizado pelo Ministério da Educação, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas;
- III - reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas, com adequação às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e às disposições específicas do Ministério da Saúde sobre espaços destinados à atenção de média e alta complexidade;

Nesta conjectura, o REHUF propõe indicadores de desempenho, a necessidade de que metas sejam cumpridas, demonstrando seu enfoque nos resultados como preconizado no receituário neoliberal.

⁴² O Art 3º refere-se as diretrizes orientadoras dos hospitais universitários federais: I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; II - melhoria dos processos de gestão; III - adequação da estrutura física; IV - recuperação e modernização do parque tecnológico; V - reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Diante da trajetória exposta, com o esgotamento do prazo de votação da MP n. 520/2010, que perdeu validade em junho de 2011, o Projeto da EBSEH foi retomado por meio do Projeto de Lei n. 1.749/2011, que posteriormente culminou na Lei n. 12.550/2011⁴³.

A Lei 12.550 foi promulgada dia 15 de dezembro de 2011, e institui a Empresa vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, não foi apontado o tempo de duração no âmbito da Administração.

Em seu Art. 3º §3º, fica assegurado a EBSEH

o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, na forma estabelecida pelo art. 32 da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. (BRASIL, Lei. 12.550, 2011).

Na prática, esta determinação possibilita a existência da dupla porta de entrada, o que acarreta dificuldades no acesso dos usuários aos serviços assistenciais de saúde nos HUs. Para March (2013, n.p.) a lei da EBSEH permite ter dois tipos de usuários SUS na porta do hospital – “usuários SUS que captam recursos só do SUS; e usuários SUS que captam recursos do plano de saúde”. Para a autora, a porta de entrada formal se estabelece quando há reserva de um determinado número de leitos para usuários do plano de saúde. No entanto, a Empresa “informalmente vai captar recursos do plano de saúde e criar uma diferenciação muito perversa na porta de entrada entre usuário que só traz recursos SUS e o que traz recursos SUS e plano de saúde⁴⁴”.

O Art. 4º expõe as competências da EBSEH:

- I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;
- II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no

⁴³ Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940- Código Penal; e dá outras providências.

⁴⁴ Entrevista concedida a APESTV, divulgada em: <https://maranauta.blogspot.com.br/search?updated-max=2013-03-03T13:29:00-03:00&max-results=20&reverse-paginate=true>, no dia 02 de março de 2013. Acessado em 2018.

campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;

V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social.

Concernente à relação que estabelece com a Lei de Licitação, a EBSEH tem dispensa de licitação, processo obrigatório as entidades públicas, como corrobora Requião,

[...] o projeto dispensa a licitação para a contratação da EBSEH pela administração pública com o fim de realizar atividades relacionadas ao seu objeto social. Ora, não se está aqui admitindo situações especiais, previstas em lei, na qual o gestor público pode optar pela dispensa de licitação. Estabelece-se, no caso, um tratamento privilegiado para uma empresa pública, como se, diante da perspectiva de uma gestão ineficiente e de sua incapacidade de concorrer com outras empresas que atuam na mesma área, ela precisasse de uma proteção legal. Na ausência do ambiente concorrencial, aumenta consideravelmente a probabilidade de a empresa pública passar a privilegiar parte de seu corpo de funcionários ou determinados fornecedores, sem a necessária contrapartida de produtividade e da qualidade dos serviços oferecidos à população. (REQUIÃO, 2011, apud CARDIAL, 2013, p. 93).

No tocante ao financiamento, Souza (2014) aponta que os recursos para investimentos nos hospitais que antes não existiam, passam a existir. O capital inicial de 5 milhões disponibilizados pela União para a Empresa, assim como os concursos para reposição de mão de obra antes nem cogitados - nem por força jurídica, como o acórdão de 2006 que exigia a recomposição do quadro de trabalhadores dos HUFs via concurso público até 2010 – também passou a ser realizado.

Entre 2010 e 2012 o MS destinou para ao REHUF o valor aproximado de 1,9 bilhões de reais para ser investido nos hospitais universitários. Já na gestão da EBSEH foram repassados R\$ 1,5 bilhões de reais, mais do que o montante total de três anos de existência do Programa de Reestruturação. (SOUZA, 2014).

Ainda, tem-se o grande ataque aos trabalhadores, ao determinar a forma de contratação através de processo seletivo com período pré-estabelecido, precarizando os vínculos trabalhistas e a luta dos trabalhadores em saúde.

De acordo com a carta da FASUBRA, os HUs têm por missão

gerar, sistematizar e socializar o conhecimento e o saber, produzidos na área da saúde e áreas afins, através do ensino, da pesquisa e da extensão, servindo de campo moderno e dinâmico de promoção da assistência e de excelência à saúde do cidadão, integrando-se às políticas públicas de saúde e formando profissionais e cidadãos capazes de construir uma sociedade justa e igualitária. (FASUBRA, 2007, n.p.)

Com esta missão proposta para os hospitais de ensino, pode-se inferir que com a EBSEH a formação de profissionais no campo da saúde se tornará fragilizada, à medida que coloca no âmbito do trabalho o cumprimento de metas, através de uma intensa produtividade, impactando diretamente no processo de formação profissional. Somado a isto, tem-se a fragilização nos vínculos de trabalho, de um lado os empregados públicos sobre o Regime Jurídico Único, e de outro os contratados através do regime trabalhista da Consolidação das Leis do Trabalho. Evidencia-se, assim, a problemática da “instabilidade” no trabalho, onde os contratados se submetem à lógica impressa pela EBSEH, ao tempo que reflete na organização da classe trabalhadora.

No ano de 2012, a Portaria n. 442/2012, do Ministério da Educação e Cultura, delegou à EBSEH o exercício das competências do REHUF, sendo assim, com base em Cardial (2013), O MEC ao subordinar o REHUF à EBSEH, entregando-a a autonomia para administrar o orçamento destinado ao Programa de Reestruturação, consolida a desvinculação administrativo-financeira dos HUs em relação às universidades como também ao fundo público⁴⁵.

⁴⁵ O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. (SALVADOR, 2010). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400002&lng=pt&tlng=pt

No que se refere ao controle social, tanto as FEDPs quanto a EBSEH possuem modelo de governança com Conselho Administrativo, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva e Conselho Consultivo. Ressalta-se que apenas o Conselho Consultivo, espaço subordinado ao Conselho Administrativo, conta com participação de um representante da sociedade civil.

Não é a toa que esses modelos de gestão para a saúde limitam a participação da sociedade civil ao Conselho com caráter apenas consultivo e não com poder deliberativo, pois expressam a lógica de dominação hegemônica dos interesses privados na saúde, tiram o poder de decisão e de influenciar nos momentos possíveis de contra-hegemonia na busca dos interesses das classes subalternas.

Dessa forma, as instâncias de controle social, instituídas legalmente no âmbito do SUS – através da Lei n. 8.142/1990, ficam extremamente comprometidas, pois perdem o seu caráter democrático e paritário, além do seu poder deliberativo.

Somado a isto, eleger apenas um representante da sociedade civil é um fato complexo, pois como já foi sinalizado neste estudo, o âmbito da sociedade civil é marcado por entidades que representam interesses antagônicos, que podem defender os preceitos neoliberais ou fortalecer as diretrizes e princípios do SUS e da RSB.

Ou seja, provavelmente os usuários do Sistema terá sua participação nos espaços destinados à consulta do colegiado minimizado, ou quiçá, extinto. Esse aspecto afronta diretamente o princípio da participação social, o caráter democrático do controle social e das políticas sociais.

Esses Projetos sendo oriundos do governo do Partido dos Trabalhadores – governo de Lula e Dilma, que tem ao longo de sua trajetória uma posição de esquerda, representa um aprofundamento da contrarreforma do Estado que vem se deslindando desde o governo FHC como PDRE, e tem um impacto significativo nos movimentos sociais, sindicais e trabalhadores, que tinham outra expectativa quanto aos direitos sociais e políticas sociais.

Portanto, os modelos de gestão a partir das FEDPs e da EBSEH fazem parte do projeto de contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito da política de saúde, que incidem nos direitos sociais e nas condições de vida gerais da população, especialmente da classe subalterna. Esses modelos são uma complementação das ações privatizantes que desenvolveram no Brasil desde a

abertura dos anos 1990 e que se continuou no governo PT, no sentido de viabilizar e impulsionar a acumulação do capital no país.

Dessa forma, corrobora-se com a afirmação de Batista Júnior:

defender a FEDPs [e a EBSEH], afirmando que a saúde não é atividade típica do Estado e que não necessita de fiscalização, regulamentação e controle, que o privado é complementar e que salários de mercado cooptará determinados profissionais, é uma das violências com os princípios da Reforma Sanitária e desconhecimento da legislação e realidade do SUS. (2011, p. 40).

A seguir será contextualizado um breve histórico do CNS, campo empírico da materialização deste estudo, destacando a importância de compreender sua trajetória enquanto mecanismo do controle social para saúde brasileira.

3.2 Lócus da pesquisa – caracterização do Conselho Nacional de Saúde – um breve histórico

A criação do Conselho Nacional de Saúde é datada do ano de 1937 por meio da Lei n.º 378, art. 67, do ministério da Educação e Saúde. O Ministério da Saúde foi instituído no ano 1953, através da Lei 1.920.

No ano posterior a separação dos Ministérios da Saúde e da Educação tem-se o Decreto n.º 34.347 de 08 de abril de 1954, que institui o regimento do CNS, neste decreto fica estabelecido a composição de dezessete membros, e delega a finalidade de “assistir o Ministro de estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde” (BRASIL, 1954, art. 1º). Na mesma década, em 1959, esta composição aumenta para 24 conselheiros, a partir do Decreto 45.913/59, mas sua função continua sendo de prestar assistência ao Ministro da Saúde.

Já em 1962 com o decreto n.º 847 aumenta-se o número de membros para 26 conselheiros, divididos em 14 membros natos, 4 representantes de associações e 8 conselheiros indicados pelo Ministro e designados pelo Presidente da República, dentre eles haviam pessoas notórias em assuntos relativos à saúde. Tal composição do Conselho em 1962 representa de acordo com Côrtes et. al. (2009, p. 45) que “suas atividades tornaram-se mais complexas e que a concepção de saúde dos dirigentes do Ministério da Saúde se ampliara”.

O golpe da ditadura militar, ocorrido em 1964, acarretou a reestruturação do CNS através do Decreto n.º 55.242 de 18 de dezembro de 1964 que altera a composição deste Conselho, deixando-o com 12 membros e mais Ministro da Saúde como seu presidente (BRASIL, 1964, art. 1º). As modificações na composição do Conselho neste período indicam que ocorreu uma “reversão na concepção restrita de saúde” e no âmbito do Conselho confirmam sua “função consultiva” ao reduzirem o número de membros. (CÔRTEES et. al., 2009b, p. 46)

Neste período,

o Conselho tornara-se menor, reconstituíra-se a predominância da categoria médica – provavelmente devido a uma concepção de saúde que acentuava a necessidade de intervenções médicas – e fortalecera-se a presença militar, em consonância com o que ocorria em diversas esferas da vida pública do país (CÔRTEES et al, 2009b, p. 46).

No ano de 1970 o número de membros do CNS é alterado, e sua composição passa a ser de 16 conselheiros, porém sua função permanece a mesma. Ainda na década de 1970 o Conselho Nacional de Saúde compõe a estrutura do Ministério da Saúde e por meio do Decreto n.º 79.056 de 30 de dezembro de 1976, compete ao CNS “examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados a apreciação do Ministro de Estado”. (BRASIL, 1976, art. 8º).

Este decreto dispõe sobre a composição do CNS e amplia o número de conselheiros para 23, em que sete eram membros natos, o ministro da Saúde e os presidentes das recém-criadas seis Câmaras Técnicas do Conselho; cinco representantes dos ministérios da Educação e Cultura, Interior, Previdência e Assistência Social, Agricultura e Trabalho; seis designados pelo ministro da Saúde, dentre instituições relacionadas com as áreas da saúde e de segurança nacional; e cinco escolhidos dentre técnicos de notória capacidade e experiência na área da saúde (BRASIL, 1977, art. 4º apud CÔRTEES et al, 2009b).

O ano anterior ao decreto n.º. 79.056, traz uma iniciativa do governo federal com a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, que não conseguiu atingir aos objetivos, mas de acordo com Oliveira & Teixeira “a iniciativa antecipava o processo de reforma que ocorreria durante os anos 80” (1986 apud CÔRTEES, 2009b, p. 47).

Sabe-se que a década de 1970 é permeada por lutas dos movimentos sociais e é neste período que surge de forma expressiva o movimento de reforma sanitária. Este movimento tem como principais bandeiras de luta a integralidade, descentralização, defesa da universalização nas políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. É no final da década de 1970 e início da década de 1980 que se tem um processo lento e gradual de redemocratização, e concomitantemente, as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social.

Em 14 de janeiro de 1987 foi publicado o Decreto nº 93.933, que dispõe sobre a organização e atribuições do CNS. Este Decreto traz algo novo no que se refere a função administrativa principal – o caráter de “deliberação coletiva”. O Conselho passou a ser composto por 14 membros designados pelo presidente da república, a saber: o Ministro da Saúde que estava como presidente, (um) representante indicado pelo Ministério do Trabalho; (um) representante indicado pelo Ministério da Educação; (um) representante indicado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social; (um) representante indicado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República - SEPLAN; (um) representante do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor - CNDC; (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e (sete) personalidades de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde, indicados pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 1987, art. 3º). Apesar dos diferentes representantes neste momento histórico, não houve participação efetiva destes conselheiros nas discussões para a reforma sanitária, atuando apenas como um conselho de notáveis (CÔRTEZ et. al., 2009b)

Com a institucionalização da saúde como “direito de todos e dever do Estado” no art. 196 da Constituição Federal de 1988, e por meio das leis orgânicas posteriores, em especial a que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, a Lei n.º 8.142 de dezembro de 1990, que foi criado os conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal. O Conselho Nacional de Saúde continuou integrando a estrutura básica do Ministério da Saúde, com caráter permanente e deliberativo.

Cabe destacar que antes desta Lei, o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990 já tinha constituído um novo Conselho, estabelecendo em seu art. 1º suas principais competências:

I – atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde; II – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde; III – elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios; IV – aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; V – propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; VI – acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde; VII – acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde; VIII – articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde (BRASIL, 1990c).

Destarte, a legislação estabeleceu a composição do Conselho no segmento gestor/governo e ou prestadores de serviços com 25% das entidades representativas, trabalhadores da saúde com 25% de suas entidades representativas e usuários com 50% de suas entidades representativas, fixando a paridade entre esses segmentos por meio da Resolução n.º 33 de 23 de dezembro de 1992. Ainda sobre esta temática, tem-se a Resolução n.º 333 de 2003 que reafirma a anterior, e atualmente reatualizada através da Resolução n.º 453 de 10 de maio de 2012.

Em 2006, por meio do Decreto n.º 5.839, houve nova reformulação na composição do Conselho Nacional de Saúde, que passou a ter 48 membros titulares, com mandato de 3 anos para todos os membros, com apenas uma recondução (BRASIL, 2006, art. 3º, 7º). E pela primeira vez na história a presidência do fórum contou com o primeiro representante dos trabalhadores da saúde eleito pela maioria dos membros.

O Regimento Interno do CNS, aprovado na Resolução n.º. 407, de 12 de setembro de 2008, coloca que este tem como finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (CNS, Art. 2º Regimento Interno, setembro de 2008). Fica definido a composição de 48 membros titulares⁴⁶, que terão primeiros e segundos suplentes, sendo:

⁴⁶ A composição completa do CNS, no período estudado, encontra-se em anexo.

- I - cinquenta por cento de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, eleitos em processo eleitoral direto; e
- II - cinquenta por cento de membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, todos indicados pelos seus respectivos dirigentes. (CNS, Art. 4º Regimento Interno, setembro de 2008)⁴⁷.

A organização do CNS se estabelece em Plenário; Mesa Diretora; e Comissões. O Plenário se constitui em espaço de deliberação plena e conclusiva, com reuniões ordinárias e extraordinárias, já a Mesa Diretora desenvolverá o seu trabalho com base nos seguintes princípios e diretrizes:

- I - o exercício da democracia, da transparência, da cooperação, da solidariedade, do respeito às diferenças e diferentes na busca da equidade;
- II - a valorização do Conselho Nacional de Saúde para o fortalecimento e a integração do Controle Social nas três instâncias de governo, observando padrões éticos necessários ao desenvolvimento sociocultural do País; e
- III - o respeito e o fortalecimento aos princípios e diretrizes norteadores do SUS (BRASIL, 2008, Art. 9º).

Ao Plenário do CNS compete “deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do SUS”, conforme o Art. 11º do seu Regimento Interno. As deliberações do CNS são efetuadas com maioria simples, respeitando o quórum estabelecido, exceto em casos que exijam quórum especial, de acordo com o Art. 40º do mesmo Regimento.

As deliberações do CNS se constituem em Resolução, Recomendação e Moção, e consistem em:

a Resolução é ato geral, de caráter normativo, somente poderão ser revogadas pelo Plenário. A Recomendação é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou

⁴⁷ De acordo com o Art. 4º do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, o percentual entre os segmentos trabalhador e gestor é de 25% para os membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde; e 25% para os membros representantes distribuídos da seguinte forma: seis membros representantes do Governo Federal; um membro representante do CONASS; um membro representante do CONASEMS; dois membros representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde; e dois membros representantes de entidades empresariais com atividades na área de saúde.

oportunidade de se adotar determinada providência. A Moção é uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato. (CNS, Art. 58º, 59º, 60º do Regimento Interno, 2008).

Ainda poderá contar com Grupos de Trabalho, como também com uma Secretaria-Executiva que dará suporte técnico-administrativo às suas atribuições.

As Comissões do CNS estão divididas em vinte e seis temáticas, sua composição pode ser de até vinte e dois membros, sendo doze membros titulares, incluindo dois Conselheiros, titular e suplente, para atuarem um como Coordenador e outro como Coordenador Adjunto, e 10 membros suplentes. Já os Grupos de Trabalho “são organismos instituídos pelo Plenário para assessoramento temporário ao CNS ou às Comissões” (BRASIL, 2008, Art. 53º) estes tem prazos e objetivos definidos e são compostos por até cinco conselheiros.

Nesse âmbito democrático e participativo, os conselheiros tem discutido as mais diversas questões que perpassam a política de saúde brasileira, e a temática das modalidades de gestão para saúde tem sido pauta nos debates, como será contextualizado a partir dos documentos produzidos pelo CNS – atas, moções, recomendações, resoluções – identificando o posicionamento deste canal democrático e participativo a respeito da matéria no período já mencionado.

3.3 Posicionamento do Conselho Nacional de Saúde frente às Organizações Sociais (Oss) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

Diante da conjuntura abordada até aqui, o tema novos modelos de gestão apareceu em discussão na plenária do CNS mais incisivamente a partir do ano de 2004, especificamente sobre as OSCIPs. O debate desta temática se dar devido ao momento precedente, onde ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que definiu no Eixo Relação entre o SUS e o Serviço Privado, “proibir qualquer forma de privatização e terceirização de hospitais e serviços públicos de saúde, inclusive por meio de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)” (Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003).

Deste modo, com esta deliberação dos delegados da Conferência, os conselhos constituíram, na centésima quadragésima reunião ordinária do CNS, ocorrida no dia 11 de março de 2004, o Grupo Técnico (GT) sobre as OSCIPS no país. Este grupo foi criado com o objetivo de emitir parecer sobre o referido instrumento de gestão, solicitado pelo SINDSAÚDE de Minas Gerais em reunião precedente⁴⁸.

O GT foi composto pelos conselheiros Francisco Batista Júnior, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS (segmento trabalhador); Eni Carajá Filho, representante do Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases – MORHAN (segmento usuário) e André Luiz de Oliveira, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB (segmento usuário).

O tema OSCIPs volta à discussão do plenário, em caráter de urgência, na primeira reunião do ano 2005 – centésima quinquagésima reunião ordinária do CNS⁴⁹. Neste momento, o tema é amplamente discutido, com a presença do então Ministro da Saúde, Humberto Sérgio Costa Lima.

Inicialmente, o conselheiro Francisco Batista Júnior, representante do CNTSS, que compõe o Grupo Técnico sobre a OSCIP, explicou que as OSs foram objeto de discussão de um GT do CNS, porém não apontou uma posição política a respeito das OSs. Para o conselheiro, as OSCIPs são uma forma mais aperfeiçoada das OSs e tem uma forma “perversa, pois transferia a gestão do patrimônio público para a iniciativa privada com financiamento público” e que além da transferência da gestão para a iniciativa privada, essas organizações aumentam o “processo de flexibilização e precarização das relações de trabalho e de comprometimento da qualidade dos serviços prestados”⁵⁰. Assim, solicitou um posicionamento do CNS sobre a matéria.

Ainda nessa reunião, alguns conselheiros solicitaram maior aprofundamento do debate acerca da matéria antes da elaboração de um possível documento. Assim, ficou definido pelo plenário que o GT elaborasse uma minuta de resolução

⁴⁸ 138ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida nos dias 14 e 15 de janeiro de 2004.

⁴⁹ Ata da 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida nos dias 11, 12 e 13 de janeiro de 2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_05.htm.

⁵⁰ Ata da 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida nos dias 11, 12 e 13 de janeiro de 2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_05.htm.

sobre o tema para apreciação do CNS e a realização de um seminário ou oficina para discussão das ações contidas na resolução.

A apreciação da minuta de resolução só volta na centésima quinquagésima segunda reunião ordinária, que se realizou nos dias 08, 09 e 10 de março 2005, onde ficou aprovado que o CNS “Manifesta a posição contrária à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde através das OSs e OSCIPs ou outros mecanismos com objetivo idêntico, como também a qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS”⁵¹, e ainda ficou estabelecido o prazo de doze meses para que seja cumprida tal determinação.

Cabe aqui sinalizar a morosidade do CNS em discutir e ter um posicionamento deliberativo sobre esses modelos de gestão para saúde, os quais se configuram na privatização do setor saúde, tendo em vista que a criação das OSs ocorre no ano de 1997 e as OSCIPs no ano de 1998, que são expressão do Programa Nacional de Publicização do governo FHC com seu PDRE, e o CNS só vem discutir amplamente a matéria seis anos após a instituição desses modelos.

Neste âmbito, ainda, evidencia-se a correlação de forças presente entre os conselheiros ao defenderem os interesses das entidades que ali representam como demonstra a discussão que prosseguiu após a votação da minuta. O conselheiro Fernando Passos Cupertino de Barros, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (segmento gestor) chamou a atenção para a necessidade dos conselheiros terem

maior reflexão sobre a matéria, destacando, inclusive, as dificuldades dos gestores, nas três esferas, em cumprir diplomas legais que limitavam gastos com pessoal, por exemplo. Ressaltou, ainda, que havia várias experiências exitosas no país de gestão delegada a OSs, permitindo a expansão das ofertas de serviços. Nessa linha, disse que era importante ponderar a possibilidade dessa deliberação prejudicar a prestação de serviços, feita de forma indireta. (CNS, Ata da 152ª Reunião Ordinária, 2005).

O Conselheiro acrescentou ainda que

o CONASS não estava defendendo a terceirização dos serviços, mas entendia ser necessário considerar a existência de outras leis (Lei de Responsabilidade Fiscal⁵², Lei Camata⁵³, por exemplo, que

⁵¹ Ata da 152ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida nos dias 08, 09 e 10 de março de 2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_05.htm.

⁵² Esta Lei pressupõe o controle dos gastos da União, Estados, Distrito Federal e municípios, condicionando-os à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos.

determinavam o patamar de gasto com pessoal), a fim de evitar eventuais prejuízos de prestação de serviços aos cidadãos. (CNS, Ata da 152ª Reunião Ordinária, 2005).

A fala do conselheiro consiste em adiar a deliberação do CNS contrária ao modelo de gestão, destacando a necessidade de maior aprofundamento do debate devido às experiências exitosas da instauração das OSs em alguns Estados da Federação, e que uma resolução contrária da instância legítima do controle social – como o CNS, poderia dificultar a prestação dos serviços de saúde, além de se referir a LRF em sua argumentação.

Este tem sido o típico discurso de uma gestão que segue as orientações do capital para transferir a gestão da saúde, de seus recursos e das suas instalações públicas e de pessoal para o setor privado, ao invés investir os recursos no próprio SUS. No que se refere a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4/5/2001), Fleury (2010) acredita haver um consenso de que esta Lei representa uma das molas mestras da política financeira neoliberal e da contrarreforma do Estado, atingindo a autonomia dos entes subfederais. Sendo assim, muitos gestores têm utilizado desta Lei em seus discursos para argumentar à adesão aos modelos de gestão – como as OSs.

Dessa forma, apesar das tentativas de burlar a proposta de votação contra qualquer tipo de tentativa de privatização da saúde pública, o Pleno do CNS aprova a Deliberação nº 001/2005 com 24 votos a favor e duas abstenções, ainda fica estabelecido a ampla divulgação aos Conselhos Estaduais e municipais de Saúde.

Assim, essa deliberação decorrente do processo decisório, de extrema relevância política e social para saúde pública, foi permeada da correlação de forças existente entre os segmentos representados no CNS, e dependeu da habilidade de articulação e poder de barganha dos conselheiros, bem como da perspectiva crítica para direcionar a política de saúde ao benefício da maioria da população – as classes subalternas, ultrapassando seus interesses individuais e corporativos.

Na centésima sexagésima primeira reunião ordinária, nos dias 14 e 15 de dezembro de 2005, ficou definido enviar a Deliberação nº 001/2005 do CNS a todos os colegiados e órgãos constituídos, às Assembleias Legislativas e às Secretarias Estaduais de Saúde, pois apesar do prazo de doze meses deliberado pelo Pleno do

⁵³ Esta Lei disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público.

CNS para que os órgãos da gestão do SUS adotassem medidas contra a terceirização e privatização dos serviços públicos, muitos gestores estavam seguindo medidas a favor da privatização. Dessa forma, seria necessário que o GT das OSCIPs retomasse as discussões para os próximos encaminhamentos.

Em 2006, na centésima sexagésima segunda reunião ordinária realizada nos dias 07, 08 e 09 de fevereiro, o CNS retoma a discussão sobre a terceirização da saúde. Neste momento, são apresentadas as denúncias⁵⁴ que chegaram ao CNS referente ao processo de privatização da saúde por meio das OSs e OSCIPs, e como resposta a Comissão de Coordenação Geral (CCG) do CNS iria apresentar as denúncias ao Ministério Público Federal para as devidas providências no cumprimento da Deliberação nº 001/2005 do CNS.

Ainda nessa reunião, corroborando com o posicionamento da CCG/CNS, o conselheiro Eni Carajá Filho, segmento usuário, apontou que “a verificação sobre a aplicação de recursos públicos em unidades terceirizadas teria que ser realizada a partir da determinação da Lei nº 8.080/90”, sendo assim, “a rede complementar ao SUS apenas atuaria quando as estruturas do SUS não fossem suficientes para garantir a cobertura assistencial à população” (CNS, Ata da 162ª Reunião Ordinária, 2006).

Tal compreensão encontra-se em consonância com o que está previsto na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas posteriores. Como estabelecido na CF/88 em seu Art. 199 concernente a assistência à saúde e à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

⁵⁴ Terceirização do trabalho dos agentes comunitários de saúde de Maceió/AL; terceirização do Hospital Metropolitano do Estado do Pará, com Ação Civil Pública e pedido de liminar da Procuradoria da União do Estado do Pará para suspensão do processo; ofício da Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, que apresenta questionamento sobre prerrogativa de discussão e deliberação sobre contratos e convênios pelos Conselhos de Saúde; Ofício do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel/PR, que solicita parecer do CNS sobre OSCIPs; denúncia de irregularidades no funcionamento de OSCIPs no Município de Curitiba/PR; terceirização do Hospital Acari/RJ; questionamento sobre terceirização do Programa de Saúde da Família no Município de Araçatuba/SP; terceirização do Pronto Socorro Central de São Bernardo do Campo/SP; terceirização do Hospital Rubens de Souza Bento e Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré no Município de Boa Vista/RR. (CNS, Ata n. 162ª dos dias 07, 08 e 09 de fevereiro de 2006). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_06.htm

E na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, estabelece em seu Art 4º que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Assim, de acordo com o que está firmado legalmente, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, só posteriormente, complementar a rede assistencial com o setor filantrópico e privado, com as prerrogativas de regionalização, hierarquização e universalização.

Entretanto, alguns conselheiros vêm afirmando a necessidade da inserção da rede privada no setor Saúde de forma mais abrangente, como identificado na fala do conselheiro José Francisco Schiavon, representante dos prestadores de serviço, na centésima sexagésima segunda reunião ordinária do CNS, onde destacou que “investir na saúde, por meio da iniciativa privada, não configurava violação da lei”. Ressaltou que “nos últimos 20 anos, a iniciativa privada foi responsável por mais de 80% dos atendimentos realizados no SUS”.

A colocação do conselheiro expõe o que já vem sendo denominado de complementariedade invertida⁵⁵, que representa a transferência de recursos públicos da saúde para a iniciativa privada. O repasse para as entidades filantrópicas e contratadas em comparação ao repasse ao setor público foi constatado a partir dos dados coletados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Definiu-se para demonstração o Estado do Rio de Janeiro⁵⁶ no período do mês de dezembro de 2006, ano o qual se referiu a fala do conselheiro, como demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 1

Período	Rede Privada*	Rede Pública**
2006	55.772.098,38	32.562.867,95

Fonte: Dados do DATASUS

⁵⁵ Expressão resultante do desenvolvimento do projeto de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), no grupo de pesquisa “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais”, da Faculdade de Serviço Social da UFAL, coordenado pela Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia.

⁵⁶ Optou-se pelo Estado do Rio de Janeiro pelas constantes crises que ocorrem na saúde do Estado, apenas como uma demonstração do que ocorre na saúde dos Estados e municípios do País.

Portanto, ao invés de priorizar e arregimentar os recursos para o investimento no Sistema universal, equânime e integral, tem-se priorizado o investimento no setor privado, fortalecendo a lógica privatista neoliberal em consonância com o que foi firmado no Consenso de Washington e nas recomendações dos Organismos Internacionais para saúde brasileira e, ressalta-se, sem o controle social, ao tempo que também contraria a deliberação 001/2005 do CNS.

Cabe aqui enfatizar que, o repasse de recursos públicos para entes privatizados, como as organizações sociais, já estava vedado pela instância de controle social – 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 15 a 19 de dezembro de 2000, como expressado em Relatório:

Afirma posição dos participantes da 11ª Conferência de Saúde contra a privatização do setor público [...] Condenar a privatização dos hospitais públicos, universitários e dos serviços de atenção básica e secundária, revertendo por meio da anulação ou suspensão dos processos de privatização ou de terceirização sob forma das organizações sociais [...] entendendo que estas iniciativas na Saúde transferem recursos públicos à iniciativa privada. (Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000, p. 115).

Ademais, evidencia-se a coalização de interesses entre os segmentos representados no CNS, de um lado a defesa do SUS e de suas diretrizes, isto é, a inserção da iniciativa privada apenas quando for necessária, com primazia da alocação de recursos federais na rede pública de saúde, e de outro lado a defesa da entrega desses recursos para o setor privado, com o argumento tendencioso da eficiência na prestação dos serviços das entidades privadas, desprestigiando o sistema de saúde público – mediante seu subfinanciamento e desmonte – para justificar o processo de privatização, e mais uma vez observa-se um discurso que reforça o deslocamento da problemática do financiamento para gestão no intuito de repassar o gerenciamento dos recursos públicos para entidades com interesses individuais garantindo a lucratividade.

As denúncias apresentadas ao CNS, na centésima sexagésima segunda reunião ordinária, foram retomadas na centésima sexagésima oitava reunião ordinária, realizada nos dias 09, 10 e 11 de agosto de 2006, onde foram acrescentadas novas denúncias⁵⁷ sobre a terceirização na saúde, que solicitavam

⁵⁷ Denúncia feita pelo conselheiro municipal de São Bernardo do Campo, Nelson Nizembal, que denunciou a terceirização do Pronto Socorro de São Bernardo do Campo e a prefeitura desse município moveu e ganhou processo de exoneração contra ele. Contudo, após luta judicial, o Sr. Nelson Nizembal conseguiu reverter a

um posicionamento do CNS frente a tais entraves. Porém, nesta reunião, não houve deliberação do CNS sobre os encaminhamentos solicitados, o que evidencia a correlação de forças, ou seja, a relação entre estrutura e superestrutura presente nos discursos, na ação entre os atores representados, para dar o direcionamento na política de saúde.

As reuniões que se seguiram no ano de 2006 trataram do processo eleitoral do CNS, que atendendo às deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros e, pela primeira vez na história, seu presidente eleito foi um representante da classe trabalhadora – o conselheiro Francisco Batista Júnior, e não meramente ocupado pelo Ministro da Saúde. Este fato tem um significado de grande relevância para a composição e correlação de forças a partir de então.

O tema das OSs foi recorrente nas discussões do Pleno do CNS, como o caso da instauração das OSs nos Estados de Alagoas⁵⁸, São Paulo⁵⁹, Bahia⁶⁰, Pernambuco⁶¹, Rio de Janeiro⁶², Paraíba⁶³. E o CNS se posicionou frente às iniciativas das gestões estaduais de descumprir a Deliberação 001/2005 do CNS, através de Recomendações, Moções de Repúdio e Moções de Apoio aos trabalhadores de saúde, usuários e Conselhos Estaduais de Saúde, evidencia-se, assim, novas correlações de poder que se alteram a partir de concepções por parte de outros atores sociais, sobretudo, aqueles ligados as entidades representativas dos trabalhadores e usuários.

Na ducentésima vigésima quarta reunião ordinária do CNS, realizada nos dias 10 e 11 de agosto de 2011, foi deliberada a Recomendação nº. 008 que recomenda ao Ministério Público Federal, ao Poder Judiciário e a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo “ações no sentido de garantir um SUS 100% público na gestão e na prestação de Serviços”. E na ducentésima trigésima terceira reunião ordinária,

exoneração e voltou a sua atividade de médico da prefeitura de São Bernardo do Campo. (CNS, Ata da 168ª reunião ordinária, 2006).

⁵⁸ Tema discutido nas centésima nonagésima sexta e centésima nonagésima nona reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Saúde no ano de 2009.

⁵⁹ Tema discutido nas ducentésima primeira, ducentésima segunda, ducentésima vigésima quarta, ducentésima vigésima quinta reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Saúde nos anos de 2009 e 2010.

⁶⁰ Tema discutido na ducentésima sétima reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde no ano de 2010.

⁶¹ Tema discutido na ducentésima quarta reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde no ano de 2009.

⁶² A proposta de Moção sobre as OSs no Estado do Rio de Janeiro foi aprovada na ducentésima vigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011.

⁶³ A proposta de Moção sobre as OSs no Estado da Paraíba na ducentésima vigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011.

realizada nos dias 09 e 10 de maio de 2012, aprovada a Recomendação nº 007 que entre outras recomendações, apelava ao Tribunal de Justiça de São Paulo um posicionamento no sentido de:

impedir que o governo estadual celebre contratos de gestão, alterações e aditamentos entre organizações sociais e planos de saúde, e que declare a ilegalidade do Decreto Estadual nº 57.108, de 6 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 1.131⁶⁴, bem como a ilegalidade da Resolução da Secretaria de Estado da Saúde nº 148 do Estado de São Paulo. (CNS, Recomendação nº 007 de 10 de maio de 2012).

Ainda na mesma reunião foram aprovadas as Moções de Apoio nº. 009/2011 e nº. 010/2011 manifestando, respectivamente, “total apoio aos Conselheiros Estaduais de Saúde juntando-se aos mesmos na defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde 100% público na gestão e na prestação de serviços no Estado de São Paulo” e a “defesa intransigente que o Ministério Público do Estado de São Paulo tem feito por um Sistema Único de Saúde 100% público na gestão e na prestação de serviços”.

Na ducentésima vigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011, foram aprovadas as Moções de Repúdio nº. 012, manifestando repúdio à atitude da Câmara Municipal de João Pessoa de impedir os trabalhadores e usuários do SUS de manifestar sua posição contrária à proposta de implantação de Organizações Sociais no Estado; Moção de Repúdio nº. 013, repudiando a atitude da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro de impedir os trabalhadores e usuários do SUS de manifestar sua posição contrária à proposta de implantação de Organizações Sociais no Estado. Ainda, tem-se a Moção de Apoio nº. 011, manifestando “apoio aos trabalhadores e usuários juntando-se aos mesmos na luta contra a privatização do SUS e defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde”.

Como já mencionado, os delegados da 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde também se posicionaram contrários as OSs e OSCIPs, proibindo qualquer forma de privatização e terceirização na saúde.

Para além da resistência no âmbito do CNS, tinham-se duas Ações Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) requeridas ao Supremo Tribunal Federal (STF). São as

⁶⁴ Lei Complementar nº 1.131, de 27 de dezembro de 2010, que dispõe sobre qualificação de entidades como organizações sociais no Estado de São Paulo. Foi atualizada pela Lei Complementar nº 1.243, de 30 de maio de 2014.

ADIn nº. 1.923, ajuizada dia 01 de dezembro de 1998, solicitada pelo Partido dos Trabalhadores e Pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), os quais questionam a Lei 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização, bem como o inciso XXIV, artigo 24, da Lei 8.666/93 (Lei das Licitações), com a redação dada pela Lei 9.648/98; e a ADIn nº 1.943, ajuizada no dia 13 de janeiro de 1999, solicitada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

A ADIn nº. 1.923/98 entrou em pauta no dia 31 de março de 2011, e Ministro do STF Ayres Britto, foi favorável parcialmente a esta ADIn, no entanto o ministro Luiz Fux pediu vista dos autos. A matéria é pautada novamente no dia 16 de abril de 2015, e o voto do Ministro Luiz Fux foi o condutor do julgamento, para ele:

Em outros termos, a Constituição não exige que o Poder Público atue, nesses campos, exclusivamente de forma direta. Pelo contrário, o texto constitucional é expresso em afirmar que será válida a atuação indireta, através do fomento, como o faz com setores particularmente sensíveis como saúde (CF, artigo 199, parágrafo 2º) [...] Disso se extrai que cabe aos agentes democraticamente eleitos a definição da proporção entre a atuação direta e a indireta, desde que, por qualquer modo, o resultado constitucionalmente fixado – a prestação dos serviços sociais – seja alcançado. Daí porque não há inconstitucionalidade na opção, manifestada pela Lei das OS's, publicada em março de 1998, e posteriormente reiterada com a edição, em maio de 1999, da Lei nº 9.790/99, que trata das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, pelo foco no fomento para o atingimento de determinados deveres estatais⁶⁵.

De acordo com a matéria na página do STF, o Ministro compreendeu que “tanto a contratação com terceiros como a seleção de pessoal pelas organizações sociais devem ser conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, e nos termos do regulamento próprio a se editado por cada identidade”, para ele “a contratação direta, com dispensa de licitação, deve observar critérios objetivos e impessoais de forma a permitir o acesso a todos os interessados” e o Contrato de Gestão é válido por ter um objetivo comum aos interessados, “por isso, se encontram fora do âmbito de incidência do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, que prevê a realização de licitação”⁶⁶.

⁶⁵ Trecho da fala do Ministro Luiz Fux, disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-jun-23/stf-definiu-elementos-indispensaveis-legalidade-oss>, acessado em 2018.

⁶⁶ Notícia veiculada na página do Supremo Tribunal Federal, disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>, acessado em 2018.

O Voto do Ministro Luiz Fux foi acompanhado pela maioria do STF. Para o Ministro Gilmar Mendes “deve-se buscar um novo modelo de administração que possa se revelar mais eficiente do que o tradicional, mas sob os controles do Estado”, pois os recursos ainda são públicos. Corroborando, o Ministro Ricardo Lewandowski afirma que “em uma República, qualquer empresa, pública ou privada, e qualquer indivíduo deve prestar contas. A solução dada para o caso é a mais adequada: permitir que essas instituições subsistam⁶⁷”.

Portanto, o voto do relator Ministro Ayres Britto, que está aposentado, ficou parcialmente vencido, com o indeferimento da ADIn nº. 1.923/1998 pelo STF. Ressalta-se que, esta decisão do STF contraria o posicionamento do controle social na saúde, onde a 14ª Conferência Nacional de Saúde deliberou,

Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OSs), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1.923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão. (Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, 2012, p.36).

Diante do exposto, percebe-se mais uma vez o discurso da falsa ideia de ineficiência do Estado para gerir a política de saúde sendo reafirmado pelos integrantes do poder judiciário. Em outras palavras, isso significa que por detrás do argumento da ineficiência, esconde-se a defesa de um Estado mínimo. Nessa direção o que se verifica é que as orientações neoliberais dos organismos financeiros internacionais têm reverberado na justiça brasileira e de acordo com os estudos de Candeas (2008) as recomendações do BM para o judiciário têm como objetivo torna-lo “uma externalidade não prejudicial ao mercado” (p. 160), ou seja, a lógica neoliberal privatizante e de mercado tem adentrado em todas as esferas da vida social.

E o CNS, em sua ducentésima vigésima segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de junho de 2011, aprovou Moção de Apoio nº. 28, manifestando apoio absoluto e irrestrito a ADI 1.923/1998, aqui, infere-se o protagonismo da Frente Nacional contra a privatização da saúde neste processo deliberativo, como também mediante o documento produzido “contra fatos não há

⁶⁷ Notícia veiculada na página do Supremo Tribunal Federal, disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>, acessado em 2018.

argumentos que sustentem as OSs no Brasil⁶⁸ demonstrando ao STF as irregularidades desses modelos de gestão nos Estados e municípios que sustentam a incapacidade da defesa jurídica ou econômica das OSs.

Diante do exposto, pode-se constatar que as instâncias de controle social, em especial o CNS âmbito onde se materializa o objeto de estudo proposto, tem se posicionado contra os novos modelos de gestão para saúde – OSs e OSCIPs, no entanto, as deliberações desses colegiados máximos de controle social para a política de saúde nacional juntamente com outras instâncias de organização coletiva – como a Frente Nacional contra a privatização, não estão sendo consideradas pelo governo, pelo contrário, usam de subterfúgios e estratégias de cerceamento da voz dessas entidades, dos trabalhadores e dos usuários do SUS.

Destarte, como já demonstrado neste estudo, os projetos oriundos do governo FHC continuaram sendo implementados e expandidos pelo governo do PT, e foram aprofundados através das FEDPs e da EBSERH, e o CNS se posicionou frente a essas novas modalidades de gestão para saúde, como exposto a seguir.

3.4 Posicionamento do Conselho Nacional de Saúde frente às Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

No ano de 2007, o CNS toma conhecimento que estava em fase de elaboração e discussão nas instâncias do Governo Federal o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), e durante a centésima septuagésima terceira reunião ordinária do CNS, ocorrida nos dias 08 e 09 de maio de 2007, demonstrou-se ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, preocupação com o modelo de gestão para saúde que estava sendo proposto, e, sobretudo, sem consultar o controle social fundamental à construção da Política de Saúde, como apontado na colocação do Presidente do Conselho, Francisco Batista Júnior, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT) sobre a proposta:

⁶⁸ Documento atualizado em 2012, disponível: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOEWUDAtYXlUbnc/view>

Lamenta-se o fato de ter sido elaborada pelo governo sem a participação das entidades dos trabalhadores, uma vez que apontava para a contratação via CLT. Disse que, particularmente, era contrário à proposta por vários motivos e sugeriu que fosse objeto de debate na próxima reunião do CNS. (CNS, Ata da 173ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, 2007).

O Ministro da Saúde admitiu que o projeto estava em fase de construção e que seguiria direto para o debate no Congresso Nacional, dessa forma a proposta poderia ser, em suas palavras, “aperfeiçoada, qualificada e que possamos ter uma proposta importante no que nós todos queremos que é melhorar a eficiência do gasto público, a qualidade do funcionamento dos hospitais públicos”.

De acordo com o Jornal do CNS⁶⁹ sobre a matéria, neste momento, já estava disponível na página da internet do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) a divulgação do documento com a proposta das FEDPs. Assim, o Pleno do CNS pautou o tema das Fundações na centésima septuagésima quarta reunião ordinária do CNS, ocorrida nos dias 12, 13 e 14 do mês de junho de 2007.

Para a discussão da proposta foram convidadas a secretária executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit, a gerente de projetos do MPOG, Valéria Salgado, a consultora em saúde, Conceição Rezende e a presidente da Confederação Nacional de Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), Maria Aparecida Godoy.

O debate gerou-se da explanação da gerente de projetos do MPOG, Valéria Salgado e da consultora em saúde, Conceição Rezende. A representante do MPOG apontou que a fundação estatal não teria fins lucrativos, fazendo parte da Administração Pública Indireta, com personalidade jurídica de direito público ou de direito privado, de direito privado “para desempenho de atividade estadual que não exclusiva do Estado e que não exija o exercício de poder de autoridade”, sua atuação estaria voltada para as áreas de: educação, assistência social, saúde, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público comunicação social e turismo.

Contrapondo sua explanação, a consultora em saúde, Conceição Rezende, ponderou que os documentos aos quais teve acesso não representava a proposta finalística do MPOG, fazendo-se necessário compreender as reais motivações para seu engendramento. Nesse sentido, avaliou que o maior sintoma do problema é não

⁶⁹ Jornal publicado em novembro de 2007, edição especial modalidade de gestão. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>

ter sido citado, dentre os modelos de gestão, o adotado pelo Sistema Único de Saúde. Afirmou que “o Código Civil estabeleceu as áreas que podiam ser objeto de fundação, sendo: para fins religiosos, para discussão de problemas morais, culturais e assistência. Dessa maneira, a área da saúde não deveria estar no PLC”.

Ainda, destacou que havia divergência acerca da concepção do papel do Estado no seio da discussão, ao enfatizar que o documento divulgado pelo MPOG defende um “Estado forte para se defender do controle privado”, questionou a autonomia gerencial e orçamentária das Fundações, e resgatou que a CF/1988 considerava sobre a complementariedade do setor privado no SUS,

a Constituição Federal admitiu a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS e não substitutiva do SUS, principalmente, onde os serviços já eram públicos, como os HUs, os Hospitais Federais, Estaduais, Municipais, do DF e quaisquer serviços existentes ou a serem instituídos com recursos públicos (CNS, Ata da 174ª Reunião Ordinária, 2007)

A explanação foi seguida da fala da secretária executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit, que reforçou a opinião do ministro Temporão na reunião precedente, de não debater a proposta, pois “a matéria estava sendo discutida no âmbito do Poder Executivo e não havia uma proposta completa e acabada”, apenas a expectativa “no âmbito da saúde, que as fundações fossem o modelo referencial dos hospitais públicos”. Enfatizou que o ministro considerava precipitada a posição do CNS, ao apelar que “não houvesse deliberação” do Pleno do CNS, antes assumiu a predisposição do Ministério de “abrir amplo debate sobre a matéria”.

Discordando, a presidente da CNTSS, Maria Aparecida Godoy, seguiu a oratória, afirmando que a proposta lhe pareceu acabada. Para ela a proposta das FEDPs “resolvia um problema dos gestores, mas não trazia uma solução” na prestação dos serviços de saúde, ainda questionou a natureza não lucrativa do modelo de gestão, e indagou “onde o setor privado participava se não havia interesse lucrativo?”.

Na sequência, abriu-se o debate ao plenário. A discussão ocorreu de forma ampla e participativa, com 25 intervenções dos conselheiros nacionais de saúde, ou seja, 73,5% dos conselheiros presentes. Destaca-se que nenhum dos conselheiros presentes se posicionou favorável ao projeto de fundação estatal.

A conselheira Francisca Valda da Silva, representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), demonstrou sua preocupação com a questão.

Para ela “o projeto de gestão da Reforma Sanitária era extremamente grandioso para o País e não se concretizava em poucos anos”, por outro lado, a proposta das FEDPs se conforma numa

gestão de caráter centralizador, concentrador de poder, de decisão e de ação. Considerou que a proposta representava “quebra” da racionalidade de distribuição social de bens e serviços e de um projeto pedagógico e emancipação política e social de desenvolvimento de autonomia do País. (CNS, Ata da 174ª Reunião Ordinária, 2007).

Corroborando, a conselheira Zilda Arns Neumann, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), registrou que “o SUS era o melhor sistema de saúde do mundo, mas precisava ser aperfeiçoado”, como reforçou o conselheiro Francisco Batista Júnior, representante da CNTSS/CUT, “o SUS era a maior conquista da história do povo brasileiro, mas o Sistema possuía problemas”, principalmente ao fato de “não se incluir a saúde como atividade específica do Estado”, o que ocasionou desdobramentos para a política de saúde na década de 1990, culminando no processo de privatização da política de saúde brasileira.

Como já foi abordada neste estudo, a privatização da saúde integra o processo de contrarreforma do Estado, num contexto de proeminência do ideário neoliberal e das mudanças do mundo econômico. Assim, as medidas neoliberais, de contrarreforma do Estado, partiram do pressuposto de que a crise do capitalismo, instalada internacionalmente na década de 1970, estava no Estado e não no próprio sistema capitalista. Dessa forma, a justificativa dos novos modelos de gestão neoliberais – FEDPs – é de um Estado ineficiente e incapaz de atender as demandas da saúde.

Nesse sentido, para a conselheira Ruth Ribeiro Bittencout, representante do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o País estar vivendo “uma nova concepção de Estado, com a desmontagem do mundo do trabalho – flexibilização, terceirização e a desregulamentação do trabalho”. A Conselheira Raquel Rigotto, representante do Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente (FBOMS), endossa a fala da Bittencout, e acrescenta que “submeter os trabalhadores a metas de produtividade e de qualidade, a contratos de trabalho flexibilizados levaria ao comprometimento da qualidade, à ineficiência e à ineficácia do Sistema”. A Conselheira Maria Izabel da Silva, representante da CUT,

demonstrou sua preocupação com o fato de “a proposta prejudicar o plano de cargos e salários no serviço público, em especial na saúde”.

De acordo com Sara Granemann (2011), as FEDPs prejudicam diretamente os trabalhadores, à medida que: a forma de contratação da força de trabalho das Fundações será a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), configurando-se na quebra da estabilidade do servidor público, pois pela CLT “poder de contratar é poder de demitir”; com a fragmentação da força de trabalho nas várias Fundações a serem criadas e os diversos contratos de trabalho estável, acarreta o enfraquecimento do poder organizativo da classe trabalhadora destruindo “o seu potencial de crítica e oposição aos projetos do capital”, outro ponto encontra-se na “transferência de fundos públicos aos capitais particulares pela forma de contratação de serviços e pela liberação da obrigação de contribuir com a formação do fundo público”, ou seja, não há contribuição ao fundo público que custeia a própria política de saúde.

O conselheiro Eni Carajá Filho, representante do MOHRAN, apontou a semelhança da proposta da Fundação Estatal ao modelo de gestão implantado na Rede Sara, onde o controle social é inexistente, sobretudo, dos Conselhos de Saúde. Essa posição do conselheiro é abordada nos estudos de Granemann, onde o controle social, conquista árdua dos movimentos sociais, é substituído por “conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas”. A participação dos representantes da sociedade civil será por meio do Conselho de caráter consultivo.

Alguns conselheiros expressaram sua indignação pelo fato da proposta das FEDPs já estava sendo discutida sem a consulta do CNS, o que gerou discordância entre os conselheiros. O conselheiro Francisco Mogadouro da Cunha, representante da Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG), afirmou que a “proposta de fundação estatal já se iniciou e o Conselho não foi consultado”.

Entretanto, para o conselheiro Flávio Heleno Poppe, representante do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), “conforme as falas, não condizia a informação de que o projeto de fundação estatal estava pronto”, acrescentou ainda que “não condizia a afirmação de que a proposta visava mudar o modelo do SUS”. Para ele, o ato de instituir as FEDPs poderia ser “extinto ou modificado a qualquer tempo”. Como encaminhamento, propôs que o Plenário não deliberasse sobre o assunto naquele momento para que continuasse o debate.

Assim como o conselheiro Poppe, outros três⁷⁰ conselheiros propuseram a continuidade do debate, endossando a solicitação do Ministro Temporão de não deliberarem sobre o tema até a proposta ser apresentada ao CNS.

Porém, outros conselheiros expressaram a necessidade do posicionamento imediato do CNS frente à proposta das FEDPs, como demonstrou a conselheira Denise Torreão Corrêa da Silva, representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), ao defender que a “Fundação Estatal contraria a Lei nº. 8.080/1990, e representa a duplicidade de meios para administrar o mesmo fim, o SUS”, assim, sugeriu que o CNS deliberasse sobre a matéria naquele momento.

Cabe aqui resgatar que o CNS já havia se posicionado contrário a qualquer tipo de privatização e terceirização dos serviços e da gestão da saúde através da Deliberação nº. 001/2005.

Na sequência, o Presidente do CNS avaliou que o Pleno teria condições para tomar posição sobre a proposta, foi colocado em votação duas propostas: 1) contrário à proposta de instituir FEDPs ou 2) continuar o debate sobre as FEDPs. Vinte conselheiros votaram em oposição à proposta de instituir as Fundações e quatorze conselheiros defenderam a continuidade do debate, o que representa 58,8% do total dos votantes aprovando a primeira proposta. A contrariedade às Fundações ficou registrada nessa Ata, porém, não houve proposta de Resolução para a temática.

Ainda, nessa reunião, ficou deliberada a ampliação do debate com a sociedade civil organizada através de um Seminário sobre as diferentes modalidades de gestão para a saúde.

A reunião ordinária subsequente, centésima septuagésima quinta, foi realizada nos dias 11 e 12 do mês de julho de 2007, e no dia seguinte – 13 de julho – foi apresentada ao Congresso Nacional a proposta das Fundações pelo Projeto de Lei Complementar n. 92/2007. Dessa forma, evidencia-se a confirmação do que os conselheiros apontaram na reunião do mês de junho, que a proposta já estava formalizada, concluída e acabada, e que a posição do Ministério da Saúde, em

⁷⁰ José de Rocha Carvalheiro defendeu a proposta de aguardar a apresentação da proposta pelo Ministério da Saúde para deliberação do Plenário do CNS.

Conselheiro Jurandir Frutuoso defendeu a continuidade do debate para, somente depois, haver uma deliberação do Conselho.

Zilda Arns Neumann sugeriu que o CNS não deliberasse sobre a matéria naquele momento, mas sim, aguardasse a apresentação da proposta ao CNS, pelo Ministro da Saúde.

afirmar que a proposta se encontrava incompleta e que necessitava de amplo debate, não passava de uma manobra para que o CNS não deliberasse sobre a matéria.

O projeto se propõe a regulamentar o inciso XIX do Art. 37 da CF de 1988, e define as áreas de atuação das Fundações, a saber: saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, e promoção do turismo nacional. Ao transferir a gestão das atividades dessas políticas para as Fundações que tem personalidade jurídica de direito privado permite “transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios”, a entrega das estatais ao mercado por meio da privatização representa “um estágio mais aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital”⁷¹.

Na centésima septuagésima sexta reunião do CNS, realizada nos dias 08 e 09 de agosto de 2007, foram apresentadas as recomendações do Seminário sobre as Modalidades de Gestão, realizado nos dias 06 e 07 de agosto de 2007. Estiveram presente neste seminário cerca de 180 participantes, representantes do segmento usuários, trabalhadores de saúde e gestores e prestadores de serviço, além de representantes acadêmicos.

Este foi um momento de grande importância para o fortalecimento do debate sobre os modelos de gestão em disputa na saúde e os desafios a serem enfrentados com as investidas do projeto privatista que ameaça constantemente o SUS. Assim, a partir desse Seminário resultaram doze recomendações para nortear o modelo de gestão para saúde, a saber:

- 1) que seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde;
- 2) que seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada;
- 3) que assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses serviços, com o aperfeiçoamento dos seus mecanismos de prestação de conta;
- 4) que seja assegurada a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo com relação à gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços;

⁷¹ GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais de Estado do capital. In: Saúde na Atualidade: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Orgs: BRAVO, M. I.S., MENEZES, J. S. B.. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 51.

- 5) que a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais;
- 6) que envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão;
- 7) que empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento;
- 8) que aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde;
- 9) que institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde;
- 10) que enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde;
- 11) que garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho, de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS; e
- 12) que se coadune com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS.

O ministro Temporão, que estava presente na reunião, afirmou que a “proposta de novo modelo de gestão do serviço público de saúde tem que estar dentro desses pontos”, concordando “totalmente” com as recomendações expostas. No entanto, para ele seria necessário “envolver mais o Conselho, a sociedade”, no sentido de “aperfeiçoar a proposta que foi encaminhada ao Congresso Nacional” (CNS, Ata da 176ª reunião ordinária, 2007).

Nesse sentido, a sugestão do Ministro é contraditória, à medida que a proposta das Fundações é contra os princípios e diretrizes do SUS, bem como das deliberações do controle social sobre a temática, sendo assim, não se trata de um aperfeiçoamento, mas de executar o modelo proposto pela Reforma Sanitária Brasileira e não do novo modelo de gestão que tende a desmontar o SUS e a mercantilização da saúde.

Salienta-se que no ano de 2007 ocorreram as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que deliberaram contra as Fundações, em consonância com a Deliberação do CNS sobre a temática. A 13ª Conferência ocorreu em novembro de 2007, e deliberou:

Fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, organizações sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse

Público (Oscip), bem como regimes de concessão pública, ampliando os serviços públicos como condição para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção (CNS, Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2007).

Ainda no mesmo ano, o Pleno do CNS reelegeu o conselheiro Francisco Batista Júnior como seu presidente.

No início dos trabalhos do CNS no ano de 2008, o Ministro da pasta da saúde, José Gomes Temporão, solicita que o tema das Fundações volte a ser discutido pela Plenária do CNS, tendo em vista que o Deputado Federal Pepe Vargas do Partido dos Trabalhadores (PT), em reunião da Comissão idealizadora do projeto, redigiu um substitutivo, que segundo o Ministro “permite avançar bastante numa concepção moderna de gestão”.

Nesta conjectura, o substitutivo⁷² do Deputado Vargas, foi apresentado ao CNS na centésima octogésima terceira reunião ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de março de 2008. De acordo com o Ministro e o Deputado, as doze recomendações do CNS resultantes do Seminário sobre Modalidades de Gestão estavam contempladas no substitutivo.

No entanto, o documento propõe o que já estava divulgado pelo MPOG, com alguns acréscimos, como a submissão à lei de licitação pública, obrigatoriedade de concurso público, prestação de serviços públicos de caráter universal sem cobrar serviços aos usuários direta ou indiretamente, nem prestar serviços ao setor privado.

§1º- A fundação estatal de direito privado estará sujeita às disposições legais referentes a licitação e contratos.

§2º- A contratação de pessoal da fundação pública de direito privado será mediante aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos.

§1º- A fundação estatal que tiver por finalidade a prestação de serviços públicos de caráter universal, em especial na área de saúde, não poderá prestar serviços ao setor privado, nem realizar cobranças diretas ou indiretas aos usuários.

Art. 8º - A lei que criar fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, destinada à prestação de serviços públicos de caráter universal, garantirá a participação de representação de trabalhadores e usuários no seu sistema de governança, observados os princípios, diretrizes e normas previstas na legislação específica da sua área de atuação.

O deputado salientou que o substitutivo,

⁷² O Substitutivo refere-se à PLC com alguns acréscimos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_08.htm

possibilita o estabelecimento de imunidade tributária, respeita princípios do SUS, constitui-se em instrumento para trazer serviços privados para a esfera pública, e o contrato estatal com metas, avaliação de desempenho, responsabilização facilitaria a transparência e o controle social [...] a fundação estatal podia ser alternativa à privatização do SUS. (CNS, Ata da 183ª Reunião Ordinária, 2008).

Nesse âmbito, apareceram posicionamentos divergentes sobre a temática, como fica explícito na fala da conselheira Lígia Bahia, representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), “os doze pontos definidos pelo CNS não foram contemplados no Projeto”. Pois ao contrário do que foi afirmado pelo deputado Vargas, os princípios do SUS e as recomendações do CNS não estavam contempladas no substitutivo.

Entretanto, a proposta das FEDPs foi considerada uma solução “imediatista” aos problemas da saúde, como demonstrado no posicionamento do Conselheiro Flávio Poppe, representante do SINAMGE, ao entender que ela “poderia significar uma saída para resolver os problemas da gestão pública dos hospitais”, para isso, seria necessário “aprofundar o debate do projeto para aprimorá-lo”.

Nesse sentido, corrobora-se com Correia (2005) ao considerar que

o espaço de participação popular nos Conselhos é contraditório, pode servir para legitimar o que está posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, onde vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; é um campo de lutas de interesses em torno do destino da política de saúde [...] É preciso ocupá-los com competência política e estar alerta para que conselheiros usuários não se tornem burocratas de máquina estatal, confundindo o seu papel com o do gestor (CORREIA, 2005, p. 69).

Assim, infere-se que sem uma leitura atenta ao documento proposto, pode-se chegar a uma conclusão precipitada, isto é, não considerar os interesses existentes por trás daquilo que está sendo apresentado, ou que de fato a proposta coaduna com a perspectiva assumida pela entidade representada, com um posicionamento que segue aos interesses da classe dominante e do projeto privatista para saúde.

Após a discussão do plenário, ficou definido que o CNS apresentaria, após a realização do II Seminário sobre as Modalidades de Gestão, propostas para servir de alternativa ao governo para o enfrentamento das dificuldades de gestão da saúde. A apresentação dos encaminhamentos desse Seminário estava pautada na

centésima octogésima quinta reunião, porém não foi identificado nas atas estudadas.

As FEDPs volta a ser objeto de discussão da plenária do CNS no mês de setembro, na centésima octogésima nona reunião ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de 2008, devido à implementação das Fundações nos Estados da Federação, desconsiderando o posicionamento das instâncias do controle social, onde o CNS se posicionou contrário as FEDPs, na centésima septuagésima quarta reunião, na qual os conselheiros consideraram que para a melhoria da atenção à saúde e melhoria da qualidade na prestação da assistência aos usuários a gestão do SUS e do trabalho na saúde já está suficientemente regulamentada pela legislação do SUS, não necessitando da criação de novas estruturas administrativas, bem como os delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que deliberaram contrários as FEDPs.

Nesse momento, o CNS avaliou ser necessária uma resolução para firmar o posicionamento da entidade sobre a matéria. Sendo assim, os conselheiros aprovaram a Resolução nº. 405/2008 onde resolve: a) posiciona-se contrário a proposta de Fundação Pública de Direito Privado, proposta pelo PL 92/2007; b) demandar ao Congresso Nacional: a regulamentação do art. 37, Inciso XXII, § 8º da Constituição Federal. No entanto, até a finalização do presente estudo, esta resolução não foi homologada pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2009, o CNS discutiu a posição do Ministério da Saúde em não homologar a resolução n. 405/2008 do CNS. As falas estão em torno da dificuldade de diálogo entre as entidades, como aponta a fala da conselheira Gysélle Saddi Tannaous, representante da Federação Nacional das Associações Pestalozzi, na centésima nonagésima oitava reunião ordinária, ocorrida nos dias 17 e 18 de junho de 2009:

nos termos da Lei, as decisões do CNS serão homologadas pelo chefe do executivo e o Regimento Interno, que regulamenta a Lei, define que cabe ao CNS, cumprida a tramitação, acionar o Ministério Público para as devidas providências. Dessa forma, perguntou se o Chefe do Poder Executivo pode recusar-se a homologar as decisões do Pleno, quando a lei determina a homologação. No caso em questão, avaliou que se esgotou o caminho do diálogo e não homologar a resolução do CNS, que representa a sociedade civil, é uma desconsideração ao controle social (CNS, Ata da 198ª Reunião Ordinária, 2009).

Foi realizada uma consulta jurídica sobre a matéria, e a orientação era que levasse a demanda ao Ministério Público, porém a questão causou divergência e coalizão entre os conselheiros. Para a conselheira Maria Helena Machado, representante do Ministério da Saúde, não se deve acionar o MP, pois representa o “esgotamento do diálogo e fragiliza o CNS [...] o Presidente do CNS deve insistir com o Ministro da Saúde na homologação da resolução”.

A solicitação foi reforçada pelo conselheiro Armando Martinho Bardou Raggio, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

na avaliação do CONASS fundação de direito privado não é privatização do SUS. Além disso, trata-se de uma iniciativa do governo para atender outros setores, além da saúde, e pode ser implementada com base constitucional [...] a representação não deve ser a iniciativa imediata do CNS, considerando a necessidade de estreitar o diálogo sobre o assunto.

Já para o conselheiro Raimundo Sotero, representante da Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes (FENAD), é necessário que “se respeite a decisão do Pleno, pois não há sinalização, por parte do Ministro da Saúde, de vontade de diálogo com o Conselho”. A sua fala foi reforçada pela conselheira Maria Izabel da Silva, representante da CUT, “rever a decisão do Pleno significa retrocesso [...] não há possibilidade de diálogo com o Ministro da Saúde, portanto, o caminho é acionar o Ministério Público”.

O conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, ainda apontou que

a não inclusão do projeto na pauta da Câmara dos Deputados é resultado do processo de mobilização do controle social, e que a representação junto ao Ministério Público não impede que se estabeleça processo de diálogo com o Ministro da Saúde.

Apesar das discussões em torno do tema, na reunião seguinte, centésima nonagésima nona, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2009, os conselheiros avaliaram que há um consenso no Ministério da Saúde em não aprovar o PLC nº. 92/2007, pois de acordo com o conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), um representante do MS afirmou que “a proposta de Fundação Estatal não é prioridade”.

A Conselheira Carmen Lúcia Luiz destacou que,

apesar do projeto ter sido encaminhado pelo Executivo, o Ministro da Saúde fez falas favoráveis à criação de fundação estatal. [...] o Ministro da Saúde, por si só, não consegue retirar o projeto do Congresso Nacional, mas, por outro lado, o mesmo pode manifestar-se fortalecendo a deliberação do CNS contrária a fundações. Dessa maneira, o CNS pode aguardar para que o Ministro da Saúde reveja a sua posição e a divulgue na perspectiva de ter posicionamento definitivo do Ministério da Saúde.

Diante do exposto, o Pleno do CNS deliberou com unanimidade, suspender a representação junto ao MP. Ainda, ficou aprovada, com dez abstenções, a recomendação ao Palácio do Planalto solicitando a retirada do PLC nº. 92/2007 do Congresso Nacional.

No debate sobre a matéria das FEDPs esteve presente às dificuldades enfrentadas no âmbito dos Hospitais Federais, e na proposta das Fundações, essa área de atuação está contemplada “§ 1º Para efeitos desta Lei Complementar, compreendem-se na área da saúde também os hospitais universitários federais”.

Nesse sentido, em 2010, foi apresentado ao CNS, na ducentésima décima terceira reunião, o Decreto 7.082/2010 que Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, o qual dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Esse Decreto precede a Medida Provisória, advinda posteriormente, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Assim, na ducentésima décima terceira reunião ordinária do CNS, realizada nos dias 15 e 16 de setembro de 2010, foi apresentado ao plenário do CNS o Decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010 que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, os expositores foram: Celso Fernando Ribeiro de Araújo, Coordenador Geral de Hospitais Universitários – CGHU/MEC; Paulo Henrique, da Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras – FASUBRA; Alexandre Magno Lins Soares, GT/Hospitais Universitários do CNS; e o Conselheiro José Rubens Rebellato, diretor do Departamento dos Hospitais Universitários e Residências em Saúde.

Sobre a temática, o CNS deliberou apoio ao Decreto nº. 7.082, considerando a preocupação com o modelo de gestão (discutir o hospital na lógica da formação do profissional; gestão do trabalho; e garantia do financiamento e da participação

popular em todos os níveis) e à luta da FASUBRA. Ficou acordado o acompanhamento deste processo pelo CNS.

A Medida Provisória nº. 520/2010 - autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH, foi promulgada no dia 31 de dezembro de 2010, no último dia do mandato do governo Lula da Silva, sem o debate com as instâncias do controle social e movimentos sociais. Tal questão ficou expressa na fala do presidente, representante da CNTSS/CUT, conselheiro Francisco Batista Júnior, na primeira reunião do ano 2011 do CNS⁷³:

após oito anos, o governo tentou resolver a situação dos 24 mil profissionais contratados de forma ilegal da pior forma possível: MP editada no último dia de mandato sem debate com atores sociais, gerando situação difícil de ser enfrentada. Ressaltou que a proposta é uma versão piorada da proposta de fundação e o CNS deve manifestar-se sobre essa questão. (CNS, Ata da 217ª Reunião Ordinária, 2011).

E na colocação do conselheiro Manoel Messias Nascimento Melo, representante da CUT:

É um equívoco do governo a criação de uma empresa pública para terceirizar profissional, em especial pela forma como se deu: por meio de Medida Provisória, publicada no final do governo, sem um debate com a sociedade. (CNS, Ata da 217ª Reunião Ordinária, 2011).

Nesta reunião, o Pleno do CNS aprovou uma Moção de Repúdio nº. 001/2011 à Medida provisória nº 520/2010, porém com seis abstenções. Não havendo tempo hábil para votação da Medida Provisória, seu conteúdo foi retomado através do projeto de Lei nº. 1.749/2011, que em seu Art. 1º:

fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. (BRASIL, Lei nº. 1.749, 2011).

Na reunião ordinária subsequente, ducentésima décima oitava reunião, realizada nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2011, traz um fato importante na conjuntura do CNS, pois essa instância de controle social passa a ser presidida, novamente, pelo Ministro da Saúde – na ocasião, foi eleito por aclamação o então Ministro Alexandre Padilha.

⁷³ Ducentésima décima sétima reunião ordinária do CNS.

Nesta conjectura, foi apresentada ao CNS, na sua ducentésima vigésima sexta reunião ordinária, que ocorreu nos dias 05 e 06 de outubro de 2011, uma minuta de Moção de Repúdio a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de autoria do conselheiro Francisco Batista Júnior, o texto tece da seguinte forma:

ciente de que se encontra no Senado Nacional, o PLC nº. 79/2011, aprovado na Câmara dos Deputados, sob o número PL nº. 1.749/2011, o qual trata da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Conselho Nacional de Saúde repudia a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de que trata o PLC nº. 79/2011, ora em tramitação no Senado Federal.

A Moção de Repúdio nº. 15/2011 foi aprovada com vinte e um votos favoráveis e cinco votos contrários, no entanto não conseguiu identificar em ata o voto por segmentos.

No dia 15 de dezembro de 2011 este Projeto de Lei é substituído pela Lei nº. 12.550, e posteriormente divulgada a Portaria n. 442, de 25 de abril de 2012 – que delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH o exercício de algumas competências descritas no Decreto nº 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010.

O mérito da EBSERH foi tema mencionado na ducentésima trigésima quinta reunião ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de julho de 2012, e foi identificado coalizão sobre a matéria. A conselheira Lígia Bahia, representante do CEBES, na oportunidade, posicionando-se “favorável à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, por entender que poderá contribuir para modificar a situação crítica dos hospitais universitários”. Já o conselheiro Carlos Alberto Duarte, representante do Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, destacou “o problema da privatização e citou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, apesar da posição contrária da 14ª CNS e do CNS, que traz prejuízos como a definição da dupla porta de entrada”.

Dentro dessas prerrogativas, o Conselho se posiciona sobre a matéria na sua ducentésima trigésima sétima reunião ordinária, que ocorreu nos dias 12 e 13 de setembro de 2012, a partir de uma nova Moção de Repúdio. Nesta reunião não houve amplo debate sobre a temática, pois o Pleno já havia deliberado a Moção nº.

15/2011, e somado ao posicionamento dos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde⁷⁴, aprovam a Moção de Repúdio nº. 13/2012 do CNS, que manifesta:

Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSERH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais (Relatório da 14ª CNS, Ministério da Saúde, 2012); considerando que a EBSERH representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, pois evidencia, mais uma vez, o debate acerca da concepção de Estado; e considerando que a EBSERH configura desrespeito ao Controle Social. Este Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar: a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que instituiu a EBSERH, e a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012; qualquer forma de discriminação do MEC às universidades públicas federais que decidirem não contratar a EBSERH para gestão de seus Hospitais Universitários; qualquer iniciativa do Governo Federal de não abertura de concursos públicos por Regime Jurídico Único – RJU nas universidades públicas federais para o pleno funcionamento dos HUs, bem como o não repasse de recursos orçamentários como forma de retaliação, imposição e coação pela decisão de não contratar a EBSERH para gestão de seus Hospitais Universitários. (CNS, Moção de Repúdio nº. 13 de setembro de 2012).

O tema da EBSERH esteve contemplado na reunião seguinte, ocorrida nos dias 09 e 10 de outubro de 2012. Compôs a mesa para o debate, Jeanne Liliane Marlene Michel, diretora de Departamento de Gestão de Pessoas da EBSERH/MEC; Arthur Goderico Forghieri Pereira, representante da Assessoria de Planejamento e Avaliação da EBSERH; Janine Vieira Teixeira, coordenadora geral da Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras – FASUBRA, sob coordenação do conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio, da Mesa Diretora do CNS.

Na reunião, ainda estiveram presentes as representantes da Frente Nacional Contra a Privatização, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Sliansk e Maria Valéria Costa Correia, que registraram as seguintes falas, respectivamente:

a Empresa configura terceirização dos hospitais universitários, o que é inconstitucional; desrespeito material à autonomia universitária definida constitucionalmente e à característica nata dos HU de serem instituições de ensino vinculadas às universidades; ameaça ao caráter público dos serviços de educação e saúde; flexibilização dos vínculos de trabalho e abertura de precedente para a não realização de concurso público; e desrespeito ao controle social. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

⁷⁴ Realizada entre os dias 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011, deliberaram “Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais” (Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, p. 36).

o desfinanciamento resulta de uma política de destruição dos hospitais universitário e esclareceu que a UFRJ não decidiu aderir à Empresa, mas sim iniciar diálogo a respeito. Também ressaltou que a EBSEH poderá associar-se à iniciativa privada, o que causa grande preocupação e frisou que a proposta da Empresa não foi discutida democraticamente com as instituições de ensino e controle social. Por fim, disse que o MEC não deve insistir na proposta como uma solução, porque, entre outros aspectos, é contra deliberação da 14ª CNS. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

A EBSEH aprofunda a precarização e defendeu o acordo com o TCU, em 2006, pela realização de concurso público, pelo Regime Jurídico Único. Também solicitou que o CNS se posicione sobre a Portaria 442, que institui a EBSEH dentro do MEC, contrariando as deliberações inclusive do CNS. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

Os conselheiros corroboraram com as falas, ao afirmarem o desrespeito com as decisões que saem das instâncias máximas do controle social para saúde, como evidenciado nas colocações da conselheira Lorena Baía Alencar, representante do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e do conselheiro Francisco Batista Júnior, representante da CNTSS/CUT, respectivamente:

um desrespeito às deliberações do CNS e [...] a moção de repúdio à EBSEH, aprovada na última reunião [...] a EBSEH é uma empresa privada revestida de pública, com foco nos profissionais médicos e enfermeiros, o que leva ao enfraquecimento da equipe multiprofissional. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

Este momento como um dos mais graves da história recente do Brasil, por entender que está em debate o futuro do controle social do país. Lembrou que o CNS e as conferências nacionais de saúde manifestaram-se contra as fundações de direito privado e o Ministério da Saúde liberou milhões para falida fundação de direito privado da Bahia [...], o interesse é por um Estado a serviço do interesse privado em todas as áreas. A proposta da EBSEH é autoritária, elaborada sem a participação do controle social. Lembrou que todos os espaços são contra a EBSEH e o governo continua a implementar a proposta. Estranhou que a moção contra a EBSEH, aprovada na última reunião, não tenha sido divulgada no site do CNS [...] Informou que foi distribuída proposta de Resolução a ser apreciada pelo CNS. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

Nesta reunião foi aprovada, com três votos contrários, a Recomendação nº. 25/2012, que seria entregue formalmente ao Congresso Nacional, recomendando-se,

- 1) Ao Poder Executivo e ao Congresso Nacional que revogue a Lei 12.550/2011 que cria a EBSEH;
- 2) Ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde a firmarem contratos de gestão diretamente com as Universidades, visando dotar os Hospitais Universitários de Autonomia Administrativa e Financeira com recursos financeiros adequados ao seu funcionamento e imediata recomposição de seu quadro funcional através de Concursos Públicos pelo Regime Jurídico Único. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

Na sequência, ocorreram divergências entre os conselheiros concernentes a proposta de uma possível Resolução do CNS para que o Ministério da Saúde não reconhecesse a EBSEH na administração dos Hospitais Universitários e de Ensino Federais. Como demonstrado na fala da conselheira Eliane Aparecida da Cruz, representante do Ministério da Saúde, deve-se ter

preocupação com a proposta de resolução, lembrando que o MS já tem relação com a EBSEH e romper significa rever o processo já aprovado no Congresso Nacional. Como alternativa, sugeriu que o CNS pautasse debate sobre marco regulatório de gestão e aponte soluções para a situação atual. Apelou ao CNS que não aprovasse a resolução apresentada, por considerar que o mérito não traz avanços [...] (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

Já o conselheiro Geordecio Menezes de Souza, representante da CUT, manifestou preocupação com a proposta de resolução, para ele “o CNS não pode deliberar sobre aspecto que não está sob a responsabilidade do MS [...] em outras ocasiões o MS não cumpriu resoluções do CNS [...] a resolução sobre a Empresa, independente do mérito, será cumprida?”.

A conselheira Eliane Aparecida da Cruz destacou que, “o MS cumpre os acordos firmados com o Conselho, não tendo sido homologadas poucas resoluções do Conselho”. Para ela “a resolução sugerida estabelece um marco regulatório difícil de ser implementado”, assim seria necessário aprofundar o debate e a partir disso definir as decisões do Pleno.

No entanto, a afirmação da conselheira não condiz com a realidade, pois as resoluções do CNS referente aos modelos de gestão não tem sido homologadas pelo MS, como afirma o conselheiro Francisco Batista Júnior:

O governo foi quem estabeleceu confronto com o CNS ao desrespeitar as decisões desse Colegiado. [...] faz-se necessário aprovar o mérito da resolução e reelaborar o texto para ser apresentado posteriormente. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

O tema sobre as modalidades de gestão para saúde foi amplamente debatido no âmbito do CNS, como já demonstrado neste estudo, em destaque ao Seminário sobre a matéria onde saíram 12 recomendações para a gestão na política de saúde, no entanto, as decisões dessa instância máxima do controle social na saúde, bem como das Conferências Nacional de Saúde, não tem sido consideradas no âmbito da gestão. O CNS poderia ter deliberado nesta reunião uma resolução para firmar seu posicionamento frente à EBSEH, como demonstra a representante do Conselho Federal de Odontologia (CFO), conselheira Graciara Matos de Azevedo,

o CNS possui acúmulo de debate sobre marco regulatório da gestão e o Colegiado não podia retroceder naquele momento. Além disso, outras instâncias podem ser interpeladas, como o STF, diante do descumprimento, pelo Executivo, das decisões do CNS. (CNS, Ata da 238ª Reunião Ordinária, 2012).

Neste momento, devido ao impasse sobre o tema, ficou deliberado, apenas, que o CNS iria apoiar formalmente a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIn contra a EBSEH e a luta da Frente contra a Privatização do SUS.

Vale ressaltar, que nesta reunião, o Presidente do CNS e Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e o Presidente da EBSEH não estiveram presentes para aprimorar o debate, e tal ausência ficou registrada na fala do conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos, representante da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) “a falta da representação do MEC, do Presidente da EBSEH e do Presidente do CNS nesse debate configura desrespeito a todos os presentes”.

Na reunião seguinte, ducentésima trigésima nona, ocorrida nos dias 07 e 08 de novembro de 2012, esteve presente o presidente da CNS, o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, e os conselheiros chamaram a atenção para a não homologação do MS as decisões do CNS, como verificado nas falas da conselheira Eurídice Ferreira de Almeida, representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) e do conselheiro Francisco Batista Júnior, representando a CNTSS/CUT, respectivamente:

é função primordial do CNS cumprir e fazer cumprir as suas deliberações e aprovar várias moções de repúdio à privatização dos hospitais universitários. [...] há um movimento do MS de inserção dos conselhos universitários para que essas instâncias deliberem pela aprovação da EBSEH o que não condiz com deliberações do CNS. (CNS, Ata da 239ª Reunião Ordinária, 2012).

algumas decisões do CNS não tiveram resposta, por parte do MS, como se esperava como o caso da fundação estatal de direito privado da Bahia [...] o CNS possui reiteradas deliberações contra esse tipo de organização e causou desconforto o repasse de recursos do MS para aquela fundação. Além disso, o CNS e as conferências de saúde manifestaram posição contrária à EBSEH e há manifestações pelo país de que existe uma política, por parte do governo, de pressão das entidades de ensino para adesão à Empresa sob o risco de desfinanciamento [...].(CNS, Ata da 239ª Reunião Ordinária, 2012).

O conselheiro e Ministro da Saúde Alexandre Padilha não respondeu porque o Ministério da Saúde não tem homologado as deliberações do CNS referente aos novos modelos de gestão para saúde. Porém, devido à pressão do debate que se seguiu, ao ser questionado sobre seu posicionamento numa entrevista concedida a imprensa enquanto visitava o Hospital de Urgência no Estado de Goiânia, onde declarou que não é contra a terceirização do referido hospital por meio de OSs. O Ministro explica que

sua posição a esse respeito é clara: defesa do SUS público, compreendendo um conjunto de alternativas administrativas em que o central é o controle, a gestão e a regulação pública. Também lembrou que o CNS aprovou resolução com posição contrária à terceirização da gestão por OS e frisou que é contra qualquer processo de terceirização da gestão e outras instituições como hospitais filantrópicos, universitários [...] sua declaração condizente com a resolução do CNS. [...]. (CNS, Ata da 239ª Reunião Ordinária, 2012).

Na última reunião do ano de 2012, ducentésima quadragésima, foi levantada as Resoluções que não foram respondidas pelo MS. O Secretário Executivo do CNS, Márcio Florentino informou que as resoluções não assinadas pelo Ministério da Saúde, inclusive sobre a EBSEH, estavam em análise na Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR/MS.

As discussões que se seguiram na plenária do CNS de 2013 a 2015 sobre os novos modelos de gestão para saúde referem-se às denúncias de irregularidades a assistência à saúde, vínculos trabalhistas precarizados, reafirmação do posicionamento do CNS frente ao processo de privatização e mercantilização da saúde. Entretanto, o que merece maior destaque é o desrespeito às deliberações do CNS por parte do MS, desconsiderando a supremacia do poder deliberativo das instâncias máximas do controle social sobre a política de saúde brasileira – Conselho Nacional de Saúde e Conferência Nacional de Saúde.

No tocante a ADIn contra a Lei 12.550/11 que institui a EBSEH, a qual o CNS manifestou apoio na ducentésima trigésima oitava reunião ordinária, esta foi ajuizada no dia 03 de janeiro de 2013, com o nº. 4.895, requerida pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES), Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA), e Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social (FENASP).

Para o procurador-geral da República, Roberto Gurgel, quem ajuizou a Ação, a lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir à EBSEH a prestação de um serviço público e ainda viola, entre outros dispositivos constitucionais, o inciso XIX⁷⁵ do artigo 37 da Constituição Federal.

Foi solicitada, no Supremo Tribunal Federal, uma medida cautelar para determinar que fosse suspensa a eficácia dos artigos 1º a 17 da Lei 12.550/2011 ou, sucessivamente, dos artigos nº. 10, 11 e 12, até o julgamento do mérito da ação. No entanto, o entendimento de “três dos Ministros da Casa, ao analisar os diversos argumentos colacionados aos autos, não vislumbraram situação de urgência que justificasse o deferimento da medida cautelar⁷⁶” (BRASIL, STF, 31 de julho de 2013). Dessa feita, a ADIn nº. 4.895/2013 permanece em tramitação no STF.

Diante do exposto, pode-se constatar o fortalecimento do ideário neoliberal na política de saúde, que tem preconizado a entrega dos serviços que deveriam estar sob a gestão do Estado e do controle social às entidades com interesses privados e mercadológicos. A incidência das orientações dos organismos financeiros internacionais na política de saúde pública é contraditória a todo o processo democrático de sua construção, acarretando a desregulamentação dos direitos sociais e seu caráter universal, naturalização das desigualdades sociais, despolitização das expressões da “questão social” e criminalização dos movimentos sociais.

Tais recomendações têm reverberado no poder executivo, como também no poder judiciário, à medida que eles têm tomado decisões que favorecem aos monopólios financeiros em detrimento das demandas oriundas da sociedade civil

⁷⁵ Esse inciso fixa, entre outras regras, que somente por lei específica poderá ser “autorizada a instituição de empresa pública”, cabendo à lei complementar definir as áreas de atuação dessa empresa.

⁷⁶ Disponível em: www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoPeca.asp?id=160497226&tipoApp

organizada. Dessa forma, as deliberações do CNS não estão sendo consideradas, tão pouco respeitadas por esses poderes.

A disseminação por parte da elite brasileira da falsa ideia de ineficiência do Estado para gerir a saúde pública, e de sua entrega ao setor privado através dos novos modelos de gestão, tem sido confrontada e denunciada não só pelos mecanismos formais do controle social – os Conselhos e as Conferências, mas também através de manifestações contra-hegemônicas das instâncias informais do controle social – em destaque ao protagonismo da Frente Nacional contra a privatização – com seus mais de 20 Fóruns Estaduais e municipais, onde estão vinculados a alguns Fóruns os movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários.

Portanto, a organização da sociedade civil em defesa do projeto para saúde conforme estabelecido na RSB é fundamental, fazendo-se necessário ter como aliado o CNS enquanto “guardião dos direitos do povo brasileiro às políticas públicas de saúde eficientes e inclusivas” cumprindo o dever de “assegurar e guardar o direito a uma boa saúde a todos”, exercendo seu “ofício deliberante, político e, acima de tudo, de respeito ao cidadão, usuário, direto ou indireto do Sistema Único de Saúde” (Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2007, p. 10).

Ao final deste capítulo, como resultado da pesquisa documental no recorte temporal proposto, infere-se que o sentido político predominante no Conselho Nacional de Saúde foi de defesa do Sistema Único de saúde e de seus princípios legalmente instituídos, e de resistência aos novos modelos de gestão para saúde – através das Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, os quais resultam do processo de contrarreforma do Estado brasileiro, no entanto, tem encontrado limites para que suas deliberações sejam implementadas pelo governo federal. Tal constatação confirma a hipótese do presente estudo, e demonstra que os interesses das classes subalternas se sobrepuseram aos interesses das classes dominantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido neste estudo possibilitou apreender mediações fundamentais que perpassam o objeto de análise. E deste modo, serão apresentados alguns pontos conclusivos para responder o problema da pesquisa: Como o Conselho Nacional de Saúde têm se posicionado para dar direção a Política Nacional de Saúde frente aos modelos de gestão para a saúde? Quais os interesses em disputa no espaço do Conselho Nacional de Saúde? Qual a direção política predominante das deliberações do Conselho Nacional de Saúde: os das classes subalternas ou os das classes dominantes?

Para tratar do Conselho Nacional de Saúde, espaço onde se materializa o objeto analisado, foi necessário qualificar as categorias participação, democracia e controle social a partir do referencial teórico de Gramsci, perspectiva adotada neste trabalho.

Os Conselhos de Saúde são resultado do processo de democratização do país. Na área da saúde, eles encontraram maior abrangência e efetividade, representando uma importante inovação democrática na organização desta política e fazem parte de uma das conquistas no plano jurídico legal do projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Com os Conselhos, institui-se uma nova modalidade de relacionamento entre a sociedade civil e o Estado, e na análise desta relação a partir de Gramsci, pode-se inferir que no âmbito dos Conselhos o controle social é balizado por conflitos entre as classes sociais, podendo ser da classe dominante sobre a classe subalterna, ou desta sobre a classe dominante, a depender da correlação de forças existente em cada momento histórico. Nesse sentido, o controle social será determinado pela dinâmica dos conflitos de classes em busca da hegemonia, ora da classe dominante, através do Estado, ora das classes subalternas no espaço da sociedade civil.

Reafirma-se que o controle social do ponto de vista da classe subalterna, está ligado à capacidade desta classe alterar a correlação de forças em seu favor por meio das lutas de classes, para construir sua hegemonia, podendo ter como estratégia o controle sobre as ações do Estado. Identifica-se, neste estudo, com a

perspectiva de que a correlação de forças esteja mais favorável para conquista da hegemonia das classes subalternas.

O controle social, no bojo da política de saúde, foi assumido como participação da sociedade na gestão dos serviços de saúde, e aos Conselhos fica determinado no Art. 1º § 2º, que devem atuar

na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, Lei nº. 8.142, 1990).

Esta pesquisa foi direcionada a analisar como o Conselho Nacional de Saúde tem se posicionado frente aos novos modelos de gestão para a saúde. Partiu-se do pressuposto de que o Conselho Nacional de Saúde tem se constituído, predominantemente, em um espaço de lutas políticas em defesa do Sistema Único de Saúde e de seus princípios e tem se posicionado contra o processo de contrarreformas neoliberais para a política de saúde através dos novos modelos de gestão para saúde, entretanto, ao longo de sua trajetória, tem encontrado limites para que suas deliberações sejam atendidas e executadas pela gestão.

Assim, é necessário compreender que as transformações históricas e sociais se movem mediante a correlação de forças entre os segmentos sociais dispostos na sociedade, que ora estão com os interesses voltados à expansão do capital ora voltados para os interesses das classes subalternas. Dessa forma, a correlação de forças se dá através da luta das classes pela obtenção da hegemonia, que a depender do grau de organização, podem estar mais favorável para uma classe ou para outra.

No entanto, na atual conjuntura de avanço do ideário neoliberal, evidencia-se a fragilização das lutas sociais, o refluxo dos movimentos sociais, a desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais, e no âmbito da saúde, constata-se o seu contínuo desmonte e desfinanciamento, deslocando sua gestão para a iniciativa privada e individual.

Diante deste panorama caótico que perpassa a política de saúde brasileira, destaca-se o protagonismo dos Conselhos de Saúde no cerne da questão, tendo como seu principal articulador o Conselho Nacional de Saúde. E no que consiste ao tema dos novos modelos de gestão para saúde, este tem sido pautado para

discussão da plenária nas reuniões ordinárias e demais espaços de articulação social.

Para compreender como esta instância do controle social tem se posicionado frente aos modelos de gestão, fez-se necessário a discussão do processo de contrarreforma em voga no Brasil que tem desmontado o Sistema Único de Saúde, entregando seu gerenciamento, insumos, infraestrutura e pessoal ao setor privado.

A crise estrutural do capital a partir dos anos 1970 e a subordinação ao processo de contrarreforma do Estado, assentadas no ideário neoliberal, acarretou a retirada da execução das políticas sociais das mãos do Estado, repassando-a para entidades de iniciativa privada, cabendo a esse seu financiamento e coordenação. O processo de contrarreforma no Brasil tem aprofundado as desigualdades sociais, dificultado a garantia dos direitos sociais e distanciado do bojo político e social a perspectiva de cidadania e democracia, tão caro as classes subalternas.

Com as medidas de enfrentamento da crise e a busca de novos nichos para acumulação capitalista foi adotado um pacote de ajustes neoliberais em consonância com as recomendações impostas pelos organismos financeiros internacionais – Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI), que desempenhavam papel central no direcionamento das políticas públicas nos países de capitalismo periféricos, como é o caso brasileiro.

No governo de Fernando Henrique Cardoso, essas medidas se encontram consubstanciadas no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE). A política de saúde foi uma das áreas mais afetadas, neste governo, deslocando sua gestão para as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). O processo de entrega da gestão à iniciativa privada, ou seja, privatização e mercantilização da saúde ganhou prosseguimento nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, onde foram lançados outros modelos de gerenciamento – Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Diante dessas investidas no âmbito da Política de Saúde, através dessas novas modalidades de gestão que preconizam a entrega dos bens e serviços do SUS às entidades privadas, o CNS – lócus do fazer político, que congrega as mais diferentes entidades representativas nacionais nos segmentos usuários, trabalhadores e gestores/prestadores – tem se posicionado sobre elas ao longo de sua trajetória política.

Na presente pesquisa, constatou-se que os conselheiros expressaram sua rejeição as OSs e OSCIPs por meio da Deliberação nº. 001/2005 que evidenciam sua posição contrária não só as OSs e OSCIPs, como também a outros mecanismos com objetivo idêntico ou a qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS.

O CNS ainda demonstrou sua oposição à implementação desses modelos de gestão nos Estados da Federação, através de Recomendações e Moções, defendendo o sistema de saúde totalmente público na gestão e prestação dos serviços de saúde, como também a autonomia representativa garantida nos espaços constituídos do controle social nas esferas estaduais e municipais, que foram cerceadas pela gestão.

O Conselho também aprovou Moções de Repúdio rejeitando a criação da EBSERH, impedindo a entrega dos Hospitais Universitários à Empresa e o repasse dos recursos orçamentários, pois se acredita que ela representa um retrocesso ao fortalecimento dos serviços públicos de saúde e o desrespeito ao controle social.

Sendo assim, o CNS tem corroborado com a perspectiva de que a gestão da saúde seja pública, universal, igualitária, isto é, tem defendido os princípios e diretrizes firmados na Carta Magna e nas leis que regem a saúde, ao passo que foi deliberado recomendações e moções favoráveis à ampliação da saúde 100% pública, ao não cerceamento da voz – de forma que fosse garantido nos Estados e municípios o direito de que as entidades manifestassem posição contrária ao processo de privatização em cada esfera de governo. Expressou ainda a defesa da classe trabalhadora, sendo favorável a garantia de concursos públicos e a não contratação por processo seletivo com regime de CLT.

Apesar desses posicionamentos contrários a tais inovações que lesam a saúde pública, as deliberações dessa instância máxima do controle social não conseguiram ser efetivadas pela gestão. Um exemplo disso pode ser evidenciado por meio da Resolução nº. 405/2008, a qual consta que o CNS se posicionou contrário à proposta das FEDPs, no entanto esta resolução não foi sequer homologada pelo Ministério da Saúde, desrespeitando a Lei nº. 8.142/1990. Embora estas Fundações não consigam se concretizar no âmbito legal, elas tem sido implementadas em alguns municípios do país para administração dos serviços de saúde.

As divergências ocorridas entre os conselheiros sobre as pautas discutidas evidenciam a disputa interna entre os segmentos sociais representados no CNS, em torno de projetos diferentes para saúde e para sociedade, estes revelam os interesses de classes antagônicas que estão em disputa para dar o direcionamento na política de saúde. Todavia, essas disputas de interesses compõem a constituição dos Conselhos em sua relação com a democratização do Estado brasileiro.

Constatou-se, ainda, o incentivo do Conselho de ampliar o debate das modalidades de gestão para além do seu espaço, promovendo a participação em outros cenários políticos de saúde, como também organizou dois Seminários para discussão das novas modalidades de gestão para saúde. Dessa forma, o CNS cumpre seu papel de abranger os temas pautados para o conjunto da sociedade, de forma que possibilite o debate com todos os segmentos sociais para que se construa um projeto comum para saúde e para sociedade.

Portanto, as deliberações do CNS apontaram para defesa do SUS e de seus princípios, indo na contramão da privatização e mercantilização da saúde mediante os seus novos modelos de gestão. Entretanto, o posicionamento e as deliberações do Conselho não foram suficientes para impedir o direcionamento da lógica macroeconômica de valorização do capital na gestão da política de saúde, alocando o fundo público da saúde para o funcionamento do setor privado.

O ataque à saúde pública e aos seus princípios fundamentais alicerçados na RSB não cessou, apesar da maior instância de participação e controle social manifestar sua oposição ao processo de entrega as entidades privadas os serviços da alçada estatal, pelo contrario, o desmonte foi sendo aprofundado, causando o caos na saúde. Os maiores atingidos continuam sendo os segmentos mais vulneráveis da sociedade, àqueles que deveriam ser protegidos pela gestão pública – as classes subalternas.

Além dos instrumentos formais de controle social na saúde – os Conselhos, e aqui o CNS, e as Conferências – outras resistências aos novos modelos de gestão para saúde foram proferidas pelos mecanismos informais de controle social, através dos movimentos sociais organizados, sindicatos, centrais sindicais, Fóruns de saúde e a Frente Nacional contra a privatização da saúde.

Enfatiza-se o protagonismo desta Frente, que congrega vários Fóruns de saúde estaduais. Ela tem ocupado os mais diversos espaços de discussão da política de saúde – a exemplo do CNS como apontado neste estudo, e realizado

diversos atos mediante manifestações, reuniões constantes, debates, audiências públicas, seminários, além de elaborarem documentos que proporcionam a aproximação da população à situação da saúde na atual conjuntura, vislumbrando arregimentar forças na luta contra a privatização da saúde.

Este mecanismo informal de controle social tem cumprido um papel fundamental para tensionar os debates em torno da política de saúde, que em alguns momentos consegue que a correlação de forças seja favorável através de suas mobilizações, possibilitando que medidas governamentais que seguem as orientações dos organismos financeiros internacionais na área da saúde, em especial sobre os novos modelos de gestão, sejam postergadas.

No entanto, apesar da importante atuação do CNS e desses mecanismos informais de controle social exercido pelos segmentos que representam as reivindicações das classes subalternas, que tem se posicionado de forma contrária aos novos modelos de gestão de caráter privatizante, existem impedimentos por parte do poder executivo e judiciário para que essas decisões sejam efetivamente respeitadas e materializadas.

A superação desses limites estar para além da atuação dos segmentos sociais no âmbito do Conselho. Faz-se necessário, a maior articulação das forças políticas das classes subalternas em torno de um projeto para sociedade que vislumbrem o rompimento com a lógica do capital que prevê o desmonte do SUS e seus princípios. A partir do protagonismo das classes subalternas pode-se construir uma vontade coletiva, e um dos instrumentos fundamentais para criação desta vontade coletiva é a conquista da autonomia como projeto ideológico, necessitando ultrapassar os engendramentos economicistas da classe dominante, pois estes conduzem à subordinação ideológica. Deste modo, de acordo com Gramsci (2002)

o Estado moderno substitui o bloco mecânico dos grupos sociais por uma subordinação destes à hegemonia ativa do grupo dirigente e dominante; portanto, abole algumas autonomias, que, no entanto, renascem sob outra forma, como partidos, sindicatos, associações de cultura. (p. 139).

Essa autonomia das classes subalternas está vinculada a elaboração de uma consciência crítica da realidade mediante uma visão de mundo específica dessas classes, ao passo que elas se liberam da racionalidade capitalista, que propaga sua

dominação, mantendo o consenso entre as classes, na tentativa de amenizar os conflitos que possam surgir contra sua ordem.

Por fim, apesar de estar na contracorrente de um processo de privatização e mercantilização da saúde, não se pode perder de vista o projeto societário que tenha como horizonte uma sociedade mais justa e igualitária, bem como a construção de uma nova hegemonia vinculada as classes subalternas.

Retoma-se, assim, uma frase muito conhecida de Antônio Gramsci, a qual não se pode perder de vista para formação da vontade coletiva que necessita ser desempenhada por todos os sujeitos sociais: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática! Desafios existem para serem superados objetivamente, e no campo das políticas sociais e da saúde não podem ser diferentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: **Participação, Democracia e Saúde**. FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org). Rio de Janeiro. Cebes. 2009.

_____; SANTOS, Boaventura de Sousa. Para Ampliar o Cânone Democrático. IN: **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia Participativa**. RJ: Civilização Brasileira, 2002.

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: **Participação, Democracia e Saúde**. FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org). Rio de Janeiro. Cebes. 2009.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

BEHRING, Elaine & BOSCHETTI, Ivonete. **Políticas Sociais – fundamentos e história**. 9ª Edição. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 de outubro de 1988.

_____. Lei n.º 8.080, de 15 de dezembro 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.

_____. Lei n.º 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

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: 1995.

_____. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências.

_____. Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado.

_____. *Projeto de Lei Complementar N.º 92/2007*, de 13 de julho de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público.

_____. Tribunal de Contas da União. *Acórdão 1520/2006*, de 23 de agosto de 2006. Dispõe sobre Representação. Pessoal. Substituição de terceirizados na Administração pública federal direta, autárquica e fundacional por servidores concursados.

_____. Tribunal de Contas da União. *Acórdão 2813/2009*, de 25 de novembro de 2009. Representação. Pessoal. Substituição de terceirizados na Administração pública federal direta, autárquica e fundacional por servidores concursados.

_____. *Decreto n.º 7.082*, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF.

_____. *Projeto de Lei N.º 1749*, de 05 de julho de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEERH e dá outras providências.

_____. Medida Provisória N.º 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEERH e dá outras providências.

_____. Lei n.º 12.550, de 16 dezembro 2011. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Ministério da Educação. Portaria n.º 442, de 25 de abril de 2012. Delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH o exercício de algumas competências descritas no Decreto no 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto no 7.082, de 27 de janeiro de 2010.

_____. Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.

_____. Decreto n. 34.347, de 8 de abril de 1954. Regulamenta a composição, funções e a periodicidade das reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o regulamento do Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde e amplia o número de conselheiros.

_____. Decreto n. 93.333, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento setorial*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde: A saúde que temos o SUS que queremos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: Serviço Social e Sociedade. n. 88, ano XXVII. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, M. I. S. [et al.] (orgs.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

_____. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS A. (orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2014.

BRAZ, M. NETTO, J. P. **Economia Política: uma introdução crítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMPIONE, Daniel. Hegemonia e contra-hegemonia na América Latina. In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andréa de Paula (orgs.), **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 51 – 66.

CANDEAS, A. P. L. S. **Juízes para o mercado?** In: Revista do Tribunal Regional do Trabalho 15ª Região, n. 33. São Paulo, 2008.

CARDIAL, A. M. D. N. **Novas determinações do capital na saúde brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão**. 176f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2013.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 13ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

Conselho Nacional de Saúde. *Jornal do CNS. Fundações estatais: entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde*. Edição Especial Modalidades de Gestão, novembro de 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornais/jornalfundacao.pdf>. Acessado em 2017.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. Recife, 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

_____. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b.

_____. *Controle Social na Saúde*. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. (orgs), *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Editora, 2007.

_____. *O controle social, protagonismo das classes subalternas e o Serviço Social*. In: Revista Saseal, 2009.

_____. *Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?* In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de

Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

_____. DANTAS, Analice. *Impedir a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) nos hospitais universitários é possível e necessário*. In: *Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. Juiz de Fora, 2013.

CÔRTEZ, S. M. V. *Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade*. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org), *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro. Cebes. 2009a.

_____. et al. *Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais*. In: CÔRTEZ, S. V (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009b.

COUTINHO, C. N.. *Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Cultura e sociedade no Brasil: ensaios sobre ideias e formas*. Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2005.

_____. **Intervenções: o Marxismo na batalha das ideias.** São Paulo: Cortez, 2008.

DIAS, Edmundo Fernandes. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: DIAS, Edmundo Fernandes et al. (orgs), **O Outro Gramsci.** São Paulo: Xamã, 1996.

DURIGUETTO, M. L. *Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário.* São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, S. & MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIONANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FASUBRA. Carta Conjunta FASUBRA/MEC Hospitais Universitários: concepção, papel e missão. 2007. Disponível em: http://www.fasubra.org.br/documentos/hu/carta_conjunta_FASUBRA_MEC_HU.pdf

FEDOZZI, L. J. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: **Participação, Democracia e Saúde.** FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org). Rio de Janeiro. Cebes. 2009.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. **Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas.** In: Serviço Social e Sociedade. n. 88, ano XXVII. São Paulo: Cortez, 2006.

FLEURY, S. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil.** In: Estado, sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. MATTA, Gustavo Corrêa e LIMA, César França (org). Rio de Janeiro: Editora FioCruz/EPSJV, 2008.

_____. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: **Participação, Democracia e Saúde.** FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org). Rio de Janeiro. Cebes. 2009.

_____. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** vol.14, n.3. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, p.743-752. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: novembro de 2017.

FILGUEIRAS, Luiz. PINTO, Eduardo Costa. **Governo Lula: Contradições e impasses na política econômica.** Disponível em: http://www.nec.ufba.br/artigos/Artigos/Congressos_e_Eventos/2004%20-%20IX%20ENCONTRO%20DE%20ECONOMIA%20POLITICA%20-%20Governo%20Lula%20-%20Contradi%20C3%A7%C3%B5es%20e%20Impasses%20da%20Pol%C3%ADtica%20Econ%C3%B4mica.pdf. Acessado em: fevereiro de 2018.

FONTANA, B. **Hegemonia e nova ordem mundial.** In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andréa de Paula (orgs.), Ler Gramsci, entender a realidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 113 – 125.

GONH, M. G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 3ª ed. São Paulo:BCortez, 2007.

GONH, M. G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 3ª ed. São Paulo:BCortez, 2007.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços, e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LABRA, Maria Eliana. Política Nacional de Participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo político. In: **Participação, Democracia e Saúde**. FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org). Rio de Janeiro. Cebes. 2009.

LIMA, J. B. de. **As orientações dos organismos financeiros internacionais à política de saúde brasileira no contexto da financeirização do capital**. 2011. 122f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

MANDEL, E. **Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os Economistas).

MARCH, C. S questão da adesão das Universidades e seus Hospitais Universitários (HUs) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Entrevista concedida a APESTV (Juiz de Fora/MG). Disponível em: <https://maranauta.blogspot.com.br/search?updated-max=2013-03-03T13:29:00-03:00&max-results=20&reverse-paginate=true>. Acessado em 2018.

MARX, Karl. Posfácio. **Contribuição à crítica da economia política**. IANNI, O. (org.). **Marx** – Sociologia. 7ª Ed. São paulo: Ática, 1992.

MEDEIROS, S. M. de A. REFORMA OU CONTRA-REFORMA DO ESTADO: repercussões na política de saúde. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas, Maranhão: UFMA.. 2005, Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Silvana_Medeiros199.pdf. Acesso em janeiro 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONAL, Isabel. Gramsci, a sociedade civil e os grupos subalternos. In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andréa de Paula (orgs), **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 189 – 200.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

MORONI, J. A. O Direito à participação no Governo Lula. In: **Participação, Democracia e Saúde**. FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (org). Rio de Janeiro. Cebes. 2009.

NEGRÃO, J. J. O. **Para conhecer o neoliberalismo**. São Paulo: Publisher Brasil, 1998.

NETTO, J. P. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política**. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.

_____. BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, G. A. **A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem ao SUS e a EBSERH**. Dissertação de mestrado – PUC – RS, 2014.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. EDUFBA: Salvador; FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2008.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas&questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a gestão das Políticas Públicas – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil**. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. 2ª edição, Cortez. São Paulo, 2007.

SANTOS, V. M. **As Organizações Sociais (Oss) e a Privatização do Sistema Único de Saúde (Sus) no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro**. 153f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, 2014.

SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2002.

SODRÉ, F. (et all). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, v. 114, p. 101-120, 2013.

SOUZA, KÁTIA DE OLIVEIRA. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: narrativa de uma transição**. Dissertação de mestrado – UFJF, 2014.

SOUZA, Jessé. **A ralé Brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

SOUZA FILHO, R. e GURGEL, C. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**. São Paulo, Cortez, 2016.

SOUZA FILHO, R. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. 396f. Tese (Doutorado em Serviço Social) –

Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

STOTZ, E. N. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde, 2009.

TATAGIBA, **Participação, cultura política e modelos de gestão**: a democracia gerencial e suas ambivalências. Tese de doutorado. Unicamp. São Paulo. 2003.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, 2007, p. 383-386.

VIANNA, M. L. T. W. Participação em saúde: do que estamos falando? In: *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

WOOD, E. M. **Democracia contra Capitalismo – a renovação do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2003.

WOOD, E. Capitalismo e democracia. In BORON, A.; AMADEO, J.; GONZALEZ, S. (orgs.). *A teoria marxista hoje. Problemas e perspectivas*. 2007. Disponível em: bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxispt/cap.%2018.doc. Acessado em: maio de 2017.

ANEXOS**Anexo 1 – Documentos produzidos pelo CNS (2003-2015)**

Documentos do CNS	2003-2015
Atas	172*
Resoluções	151
Recomendações	241
Moções	106

FONTE: Elaboração própria – Pesquisa documental ao banco de dados do Conselho Nacional de Saúde.

*Quantidade de Atas que estavam disponíveis na página oficial do Conselho Nacional de Saúde:
<http://conselho.saude.gov.br/atas>

Anexo 2 – Relação das Atas do CNS Pesquisadas (2003-2015)

2003 – 16 Atas

Ata da 127ª Reunião Ordinária do CNS (05 e 06/02/2003)
Ata da 128ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/03/2003)
Ata da 129ª Reunião Ordinária do CNS (02 e 03/04/2003)
Ata da 130ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/05/2003)
Ata da 131ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/06/2003)
Ata da 132ª Reunião Ordinária do CNS (02 e 03/07/2003)
Ata da 133ª Reunião Ordinária do CNS (06 e 07/08/2003)
Ata da 134ª Reunião Ordinária do CNS (03 e 04/09/2003)
Ata da 135ª Reunião Ordinária do CNS (01 e 02/10/2003)
Ata da 136ª Reunião Ordinária do CNS (03 e 04/11/2003)
Ata da 137ª Reunião Ordinária do CNS (27 e 28/11/2003)
Ata da 24ª Reunião Extraordinária do CNS (24 e 25/04/2003)
Ata da 25ª Reunião Extraordinária do CNS (21 e 22/05/2003)
Ata da 26ª Reunião Extraordinária do CNS (17 e 18/07/2003)
Ata da 27ª Reunião Extraordinária do CNS (26/08/2003)
Ata da 28ª Reunião Extraordinária do CNS (07/12/2003)

2004 – 13 Atas

Ata da 138ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/01/2004)
Ata da 139ª Reunião Ordinária do CNS (04, 05 e 06/02/2004)
Ata da 140ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/03/2004)
Ata da 141ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/04/2004)
Ata da 142ª Reunião Ordinária do CNS (05 e 06/05/2004)
Ata da 143ª Reunião Ordinária do CNS (02 e 03/06/2004)
Ata da 144ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/07/2004)
Ata da 145ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/08/2004)
Ata da 146ª Reunião Ordinária do CNS (30, 31/08 e 01/09/2004)
Ata da 147ª Reunião Ordinária do CNS (06 e 07/10/2004)
Ata da 148ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/11/2004)
Ata da 149ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/12/2004)
Ata da 29ª Reunião Extraordinária do CNS (14 e 15/10/2004)

2005 – 12 Atas

Ata da 150ª Reunião Ordinária do CNS (11,12 e 13/01/2005)
Ata da 151ª Reunião Ordinária do CNS (15,16 e 17/02/2005)
Ata da 152ª Reunião Ordinária do CNS (08, 09 e 10/03/2005)
Ata da 153ª Reunião Ordinária do CNS (12, 13 e 14/04/2005)
Ata da 154ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/05/2005)
Ata da 155ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/06/2005)
Ata da 156ª Reunião Ordinária do CNS (13 e 14/07/2005)
Ata da 157ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/08/2005)
Ata da 158ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/09/2005)
Ata da 159ª Reunião Ordinária do CNS (18, 19 e 20/10/2005)
Ata da 160ª Reunião Ordinária do CNS (08, 09 e 10/11/2005)
Ata da 161ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/12/2005)

2006 – 11 Atas

Ata da 162ª Reunião Ordinária do CNS (07,08 e 09/02/2006)
Ata da 163ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/03/2006)
Ata da 164ª Reunião Ordinária do CNS (04, 05 e 06/04/2006)
Ata da 165ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/05/2006)
Ata da 166ª Reunião Ordinária do CNS (31/05 e 01/06/2006)
Ata da 167ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/07/2006)
Ata da 168ª Reunião Ordinária do CNS (09, 10 e 11/08/2006)
Ata da 32ª Reunião Extraordinária do CNS (30/05/2006)

Ata da 33ª Reunião Extraordinária do CNS (15/09; 18, 19 e 20/10; 08, 09 e 10/11/2006)

2007 – 14 Atas

Ata da 169ª Reunião Ordinária do CNS (17 e 18/01/2007)
Ata da 170ª Reunião Ordinária do CNS (13 e 14/02/2007)
Ata da 171ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/03/2007)
Ata da 172ª Reunião Ordinária do CNS (18 e 19/04/2007)
Ata da 173ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/05/2007)
Ata da 174ª Reunião Ordinária do CNS (12, 13 e 14/06/2007)
Ata da 175ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/07/2007)
Ata da 176ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/08/2007)
Ata da 177ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/09/2007)
Ata da 178ª Reunião Ordinária do CNS (09 e 10/10/2007)
Ata da 179ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/11/2007)
Ata da 180ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/12/2007)
Ata da 34ª Reunião Extraordinária do CNS (30/03/2007)
Ata da 35ª Reunião Extraordinária do CNS (22/08/2007)

2008 – 12 Atas

Ata da 181ª Reunião Ordinária do CNS (09, 10 e 11/01/2008)
Ata da 182ª Reunião Ordinária do CNS (22/02/2008)
Ata da 183ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/03/2008)
Ata da 184ª Reunião Ordinária do CNS (16 e 17/04/2008)
Ata da 185ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/05/2008)
Ata da 186ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/06/2008)
Ata da 187ª Reunião Ordinária do CNS (09 e 10/07/2008)
Ata da 188ª Reunião Ordinária do CNS (31/07 e 01/08/2008)
Ata da 189ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/09/2008)
Ata da 190ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/10/2008)
Ata da 191ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/11/2008)
Ata da 192ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/12/2008)

2009 – 14 Atas

Ata da 193ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/01/2009)
Ata da 194ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/02/2009)
Ata da 195ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/03/2009)
Ata da 196ª Reunião Ordinária do CNS (15 e 16/04/2009)
Ata da 197ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/05/2009)
Ata da 198ª Reunião Ordinária do CNS (17 e 18/06/2009)
Ata da 199ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/07/2009)
Ata da 200ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/08/2009)
Ata da 201ª Reunião Ordinária do CNS (09 e 10/09/2009)
Ata da 202ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/10/2009)
Ata da 203ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/11/2009)
Ata da 204ª Reunião Ordinária do CNS (09/12/2009)
Ata da 41ª Reunião Extraordinária do CNS (14/04/2009)
Ata da 43ª Reunião Extraordinária do CNS (10/12/2009)

2010 – 16 Atas

Ata da 205ª Reunião Ordinária do CNS (13 e 14/01/2010)
Ata da 206ª Reunião Ordinária do CNS (09/02/2010)
Ata da 207ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/03/2010)
Ata da 208ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/04/2010)
Ata da 209ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/05/2010)
Ata da 210ª Reunião Ordinária do CNS (09 e 10/06/2010)
Ata da 211ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/07/2010)
Ata da 212ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/08/2010)
Ata da 213ª Reunião Ordinária do CNS (15 e 16/09/2010)

Ata da 214ª Reunião Ordinária do CNS (06 e 07/10/2010)

Ata da 215ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/11/2010)

Ata da 216ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/12/2010)

Ata da 44ª Reunião Extraordinária do CNS (09/03/2010)

Ata da 45ª Reunião Extraordinária do CNS (11/05/2010)

Ata da 46ª Reunião Extraordinária do CNS (08/06/2010)

Ata da 47ª Reunião Extraordinária do CNS (10/12/2010)

2011 – 12 Atas

Ata 217ª Reunião Ordinária do CNS - 26 e 27 de janeiro de 2011

Ata 218ª Reunião Ordinária do CNS - 16 e 17 de fevereiro de 2011

Ata 219ª Reunião Ordinária do CNS - 26 e 27 de março de 2011

Ata 220ª Reunião Ordinária do CNS - 6 e 7 de abril de 2011

Ata 221ª Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de maio de 2011

Ata 222ª Reunião Ordinária do CNS - 08 e 09 de junho de 2011

Ata 223ª Reunião Ordinária do CNS - 05 e 06 de julho de 2011

Ata 224ª Reunião Ordinária do CNS - 10 e 11 de agosto de 2011

Ata 225ª Reunião Ordinária do CNS - 14 e 15 de setembro de 2011

Ata 226ª Reunião Ordinária do CNS - 05 e 06 de outubro de 2011

Ata 227ª Reunião Ordinária do CNS - 09 e 10 de novembro de 2011

Ata 228ª Reunião Ordinária do CNS - 14 e 15 de dezembro de 2011

2012 – 15 Atas

Ata 229ª Reunião Ordinária do CNS - 25 e 26 de janeiro de 2012

Ata 230ª Reunião Ordinária do CNS - 14 e 15 de fevereiro de 2012

Ata 231ª Reunião Ordinária do CNS - 14 e 15 de março de 2012

Ata 232ª Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de abril de 2012

Ata 233ª Reunião Ordinária do CNS - 09 e 10 de maio de 2012

Ata 234ª Reunião Ordinária do CNS - 13 e 14 de junho de 2012

Ata 235ª Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de julho de 2012

Ata 236ª Reunião Ordinária do CNS - 08 e 09 de agosto de 2012

Ata 237ª Reunião Ordinária do CNS - 12 e 13 de setembro de 2012

Ata 238ª Reunião Ordinária do CNS - 09 e 10 de outubro de 2012

Ata 239ª Reunião Ordinária do CNS - 07 e 08 de novembro de 2012

Ata 240ª Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de dezembro de 2012

Ata 49ª Reunião Extraordinária do CNS - 23 de agosto de 2012

Ata 48ª Reunião Extraordinária do CNS - 16 de fevereiro de 2012

Ata 50ª Reunião Extraordinária do CNS - 13 de dezembro de 2012

2013 – 12 Atas

Ata 241ª Reunião Ordinária do CNS - 30 e 31 de janeiro de 2013

Ata 242ª Reunião Ordinária do CNS - 20 e 21 de fevereiro de 2013

Ata 243ª Reunião Ordinária do CNS - 13 e 14 de março de 2013

Ata 244ª Reunião Ordinária do CNS - 10 e 11 de abril de 2013

Ata 245ª Reunião Ordinária do CNS - 8 e 9 de maio de 2013

Ata 246ª Reunião Ordinária do CNS - 5 e 6 de junho de 2013

Ata 247ª Reunião Ordinária do CNS - 10 e 11 de julho de 2013

Ata 248ª Reunião Ordinária do CNS - 06 e 07 de agosto de 2013

Ata 249ª Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de setembro de 2013

Ata 250ª Reunião Ordinária do CNS - 09 e 10 de outubro de 2013

Ata 251ª Reunião Ordinária do CNS - 06 e 07 de novembro de 2013

Ata 252ª Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de dezembro de 2013

2014 – 12 Atas

Ata 253ª Reunião Ordinária do CNS - 05 e 06 de fevereiro de 2014

Ata 254ª Reunião Ordinária do CNS - 26 e 27 de fevereiro de 2014

Ata 255ª Reunião Ordinária do CNS - 19 e 20 de março de 2014

Ata 256ª Reunião Ordinária do CNS - 09 e 10 de abril de 2014

Ata 257ª Reunião Ordinária do CNS - 07 e 08 de maio de 2014

Ata 258^a Reunião Ordinária do CNS - 04 e 05 de junho de 2014
Ata 259^a Reunião Ordinária do CNS - 16 e 17 de julho de 2014
Ata 260^a Reunião Ordinária do CNS - 06 e 07 de agosto de 2014
Ata 261^a Reunião Ordinária do CNS - 10 e 11 de setembro de 2014
Ata 262^a Reunião Ordinária do CNS - 08 e 09 de outubro de 2014
Ata 263^a Reunião Ordinária do CNS - 05 e 06 de novembro de 2014
Ata 264^a Reunião Ordinária do CNS - 10 e 11 de dezembro de 2014

2015 – 13 Atas

Ata 265^a Reunião Ordinária do CNS - 27 e 28 de janeiro de 2015
Ata 266^a Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de fevereiro de 2015
Ata 267^a Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de março de 2015
Ata 268^a Reunião Ordinária do CNS - 08 e 09 de abril de 2015
Ata 269^a Reunião Ordinária do CNS - 06 e 07 de maio de 2015
Ata 270^a Reunião Ordinária do CNS - 10 e 11 de junho de 2015
Ata 271^a Reunião Ordinária do CNS - 08 e 09 de julho de 2015
Ata 272^a Reunião Ordinária do CNS - 05 e 06 de agosto de 2015
Ata 273^a Reunião Ordinária do CNS - 09 e 10 de setembro de 2015
Ata 274^a Reunião Ordinária do CNS - 07 e 08 de outubro de 2015
Ata 275^a Reunião Ordinária do CNS - 11 e 12 de novembro de 2015
Ata 276^a Reunião Ordinária do CNS - 14 e 15 de dezembro de 2015
Ata 58^a Reunião Extraordinária do CNS - 16 de dezembro de 2015

Anexo 3 – Conselheiros CNS (2003-2006)

Titular	1º Suplente	2º Suplente
Eni Carajá Filho Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases - MORHAN	Jouglas de Abreu Bezerra Jr. Federação Brasileira de Hemofilia – FBH	Cândida Maria B. Cavalheira (Márcia Patrícia Araújo) (Izaak Fernandes) Sociedade Brasileira de Ostromizados – SBO
Rui Barbosa da Silva Federação Nacional de Associação de Diabéticos – FENAD	Vera Lúcia Marques Vita Associação Franco Baságliã – AFB	Cássia Regina Zappellini de Souza Federação Brasileira de Hemofilia – FBH
Walmer José da Trindade Urtiga Entidade Nacional de Patologias e Deficiências – ONEDEF	José Américo Fontes (Luiz Alberto Silva) Federação Nacional das Associações de Pais Amigos dos Excepcionais - FENAPAES	Mário César Scheffer Organizações Não Governamentais - ONG/AIDS
Climério Silva Rangel Jr. União dos Cegos do Brasil – UCB	Marisa Furia Silva Associação Brasileira de Acessibilidade – ABRA	Maria Irene Monteiro Magalhães Federação Nacional de Associação de Diabéticos - FENAD
Carlos Alberto Ebeling Duarte Organizações Não Governamentais - ONG/AIDS	Neide Regina C. Barriguelli Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA	Rosana Alcântara da Silva (Margarida Maria Santana da Silva) Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA
Gyséle Saddi Tannous Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi - FENASP	Rosane Lowenthal Associação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – ABASD	Cristiano Cláudio Torres Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases - MORHAN

Nildes de Oliveira Andrade Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA	Lilian Alicke Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ	Cleusa de Carvalho Miguel Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA
Zilda Arns Neumann Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	André Luiz de Oliveira Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Clóvis Adalberto Boufleur Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
Jesus Francisco Garcia Central Única dos Trabalhadores - CUT	Júlia Maria dos Santos Roland Central Única dos Trabalhadores - CUT	Irineu Messias Araújo Central Única dos Trabalhadores - CUT
Diógenes Sandim Martins Força Sindical	Núncio Mannala Força Sindical	João Donizeti Scaboli Força Sindical
Maria Leda de R. Dantas Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP	Geraldo Adão dos Santos Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP	Alcídes dos Santos Ribeiro Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP
Maria Helena Baumgarten Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG	Luiz Gonzaga de Araújo Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG	Maria de Fátima Rodrigues da Silva Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG
Wander Geraldo da Silva Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Edmundo Ferreira Fontes Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Fernando Luiz Eliotério Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
Gianni Franco Samaja Confederação Nacional da Indústria - CNI	José Carlos Bezerra Passos Confederação Nacional da Indústria - CNI	Ciro Mortella Confederação Nacional da Indústria - CNI
Adelmir Araújo Santana Confederação Nacional do Comércio - CNC	Sérgio Ricardo Góes M. Barreto Confederação Nacional do Comércio - CNC	Rogério Tokarski Confederação Nacional do Comércio - CNC

Augusto Alves do Amorim Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil - CNA	Daniel Klüppel Carrara Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil - CNA	Renata Ramos Ribeiro Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil - CNA
Moisés Goldbaum Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública - ABRASCO	Paulo Ernani Gadelha Vieira Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública - ABRASCO	Soraya Maria Vargas Côrtes Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública - ABRASCO
José Souza da Silva União das Nações Indígenas - UNI/Acre	Ari Paliano Conselho Estadual dos Povos Indígenas/SC - CEPIN	Etelvina C. Santana Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo- APOINME
Maria Betânia Ávila (Sílvia Marques Dantas de Oliveira) Rede Feminista de Saúde	Jacqueline Pitanguy Rede Feminista de Saúde	Oraida Maria de Abreu Gomes dos Santos Rede Feminista de Saúde
Jorge Nascimento Pereira Movimentos Populares de Saúde	Gislei Knierim Movimento dos Sem Terra - MST	José Cláudio dos Santos Central de Movimentos Populares - CMP
Maria Eugênia C. Cury Federação Nacional dos Farmacêuticos–FENAFAR Solange Gonçalves Belchior Federação Nacional de Enfermagem - FNE	Solange Gonçalves Belchior Federação Nacional de Enfermagem–FNE José Caetano Rodrigues Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde - CNTS	Geusa Dantas Lelis Federação Nacional de Enfermagem – FNE Mauro Fernando Schmidt Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI
Graciara Matos de Azevedo Conselho Federal de Odontologia - CFO	Neimy Batista da Silva Conselho Federal de Serviço Social - CFESS	Noemy Yamaguishi Tomita Conselho Federal de Biologia - CFBIO

Francisco Batista Júnior Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS	Maria Júlia Reis Nogueira Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS	Gerônimo Paludo Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS
Maria Natividade G. S. T. Santana Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	Marlene Terezinha Didonet Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN	Francisca Valda da Silva Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn
Paulo César Augusto de Souza Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	Oseás Florêncio Moura Filho Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Maria Thereza Mendonça de C. Rezende Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa
Rosane Maria Nascimento da Silva Conselho Federal de Nutricionistas - CFN	Marcus Adams de Azevedo Pinheiro Conselho Federal de Psicologia - CFP	Miriam Regina Fagundes Salomão Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Alexandre de Oliveira Fraga Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS	José Carrijo Brom Federação Interestadual dos Odontologistas	Rozângela Fernandes Camapum Federação Interestadual dos Odontologistas
William Saad Hossne Comunidade Científica	Marco Segre Comunidade Científica	Comunidade Científica
Comunidade Científica	Comunidade Científica	Comunidade Científica
Alfredo Boa Sorte Jr. Federação Nacional dos Médicos - FENAM	Edson de Oliveira Andrade Conselho Federal de Medicina - CFM	Eleuses Vieira de Paiva Associação Médica Brasileira - AMB
Humberto Sérgio Costa Lima Ministério da Saúde	Jorge José Santos Pereira Solla Ministério da Saúde	Ana Lúcia Assad Ministério da Ciência e Tecnologia
Gastão Wagner de Sousa Campos Ministério da Saúde	Maria Luiza Jaeger Ministério da Saúde	Manoel Renato Machado Filho Ministério das Cidades

Crescêncio Antunes da Silveira Neto Ministério da Saúde	Antônio Alves de Souza Ministério da Saúde	José Oscar Miranda Pacheco Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
Gilca Ribeiro Starling Diniz Ministério da Educação	Ministério da Assistência Social	Lino Castellani Filho Ministério do Esporte
Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira Ministério da Previdência Social	Maria Grícia de Lourdes Grossi Ministério do Meio Ambiente	Suely de Oliveira Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Virgílio César Romeiro Alves Ministério do Trabalho e Emprego	Georgimar Martiniano de Sousa Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão	Maria Inês da Silva Barbosa Secretaria Especial de Políticas para Igualdade Racial
Gilson Cantarino O'Dwyer Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	Fernando Passos Cupertino de Barros Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	Júlio Strubing Muller Neto Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
Luiz Odorico Monteiro de Andrade Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	Rogério Carvalho Santos Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	Silvio Mendes de Oliveira Filho (André Luis Bonifácio de Carvalho) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS
João Alceu de Amoroso Lima Federação Nacional de Seguros Privados de Capitalização - FENASEG	Carmem Maria Bruder da Fonseca (Luiz F. Correa Silva) Federação Brasileira de Hospitais – FBH	Tito Oliani Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE
José Luiz Spigolon Confederação das Santas Casas de Misericórdia Hospitais e Entidades Filantrópicas	Olympio Távora Derze Correa Confederação Nacional da Saúde	Almir Adir Gentil UNIMED

Fonte: Menezes (2010)

Anexo 4 – Conselheiros CNS (2006-2009)

Titular	Entidade	1º Suplente	Entidade 1º Suplente	2º Suplente	Entidade 2º Suplente
Moisés Goldbaum (Maria Helena Machado de Souza)	Ministério da Saúde	Fabiano Geraldo P. Júnior (Crescêncio Antunes da S. Neto)	Ministério da Saúde	Paulo E. Gadelha Vieira (José Carvalho de Noronha)	Ministério da Saúde
José Cláudio dos Santos	Central de Movimentos Populares - CMP/Nacional	Marcelo Henrique Batista	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST	Sebastião Geraldo Venâncio	Pastoral da Saúde Nacional
Ailson dos Santos	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME	Rildo Mendes	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME	Luiz Vieira Titiah	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME
Alessandra da Costa Lunas	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG	Antonio Lucas Filho	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG	Maria do Socorro de Souza	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG
Antônio Alves de Souza (Fabiola Aguiar Nunes)	Ministério da Saúde	Maria Natividade G. da S. T. Santana (Adson R. França)	Ministério da Saúde	Danilo Forte (Reinaldo F. N. Guimarães)	Ministério da Saúde
Edmundo Costa Gomes	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	José Veloso Souto Júnior (Luiz Carlos Bolzan)	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	José Eri Osório de Medeiros	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS

Eduardo Santana	Federação Nacional dos Médicos – FENAM	Alceu José Peixoto Pimentel	Conselho Federal de Medicina - CFM	Armando Tadeu Guastapaglia	Associação Médica Brasileira – AMB
Artur Custódio Moreira de Sousa	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN	Sérgio Henrique Sampaio	Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose (Fibrose Cística) - ABRAM	Eni Carajá Filho	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN
Cândida Maria Bittencourt Carvalheira	Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO	Mauro Eduardo e Silva (Regina Lúcia Barata Pinheiro Souza)	Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos - ONEDEF	Merula Emmanoel Anargyrou Steagal	Associação Brasileira de Talassemia - ABRASTA
Carmen Lucia Luiz	Liga Brasileira de Lésbicas - LBL	Edivaldo José de Souza	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros - ABGLT	Edison Rodrigues de Lima (Volnei José de Jesus)	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros - ABGLT
Gianni Franco Samaja	Confederação Nacional da Indústria - CNI	Ciro Mortella	Confederação Nacional da Indústria - CNI	Lauro Moretto	Confederação Nacional da Indústria - CNI
Silvia Marques Dantas	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Maria Betânia Serrano de Andrade Regino	Articulação de Mulheres Brasileiras - AMB	Eline Jones	União Brasileira das Mulheres-UBM
Zilda Arns Neumann	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Lirce Lamounier (Alquermes Valvassori)	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Clóvis Adalberto Bouffleur	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB

Daniela Batalha Trettel	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC	Andréa Lazzarini Salazar	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC	Sílvia Regina do Amaral Vignola	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC
Eufrásia Santos Cadorin	Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO	Paulo César Augusto de Souza	Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	Silvana Maria Pereira	Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras - FASUBRA
Wander Geraldo da Silva	Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Fernando Luiz Eliotério	Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Wilson Valério da Rosa Lopes	Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
Flávio Heleno Poppe de Figueiredo	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE	Solange Beatriz Palheiro Mendes	Federação Nacional das Empresas de Seguro Privados e de Capitalização - FENASEG	Marília Ehl Barbosa	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS
Francisco Batista Junior	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social /Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT	Irineu Messias de Araújo	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT	Nelci Dias da Silva	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT

Geraldo Adão Santos	Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas - COBAP	Abdias José dos Santos	Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas - SINTAP/CUT	Valdete Lopes Ferreira	Sindicato Nacional dos Aposentados e Pensionistas da Força Sindical - SINDNAP-FS
Graciara Matos de Azevedo	Conselho Federal de Odontologia - CFO	Rosane Maria Nascimento da Silva	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN	Jovita José Rosa	União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde - UNASUS
Gyselle Saddi Tannous	Federação Nacional das Associações Pestalozzi -FENASP	Maria Thereza Almeida Antunes	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down	Marylene Ribeiro dos Santos	Federação Nacional das APAEs – FENAPAES
João Donizeti Scaboli	Força Sindical	Arlene Bittencourt Sabóia	Central Geral dos Trabalhadores do Brasil -CGTB	Núncio Mannala	Força Sindical
Valdirlei Castagna	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS	Mauro Fernando Schmidt	Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI	José Caetano Rodrigues	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS
Eduardo Bermudez	Confederação Nacional da Saúde - CNS	José Luiz Spigolon	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB	José Roberto Ferraro	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE
José Marcos de Oliveira	Movimento Nacional de Luta Contra a Aids	Tânia Maria Onzi Pietrobelli	Federação Brasileira de Hemofilia	Alexandre Magno Lins Soares	Movimento Nacional de Luta Contra a Aids

Vânia Glória Alves de Oliveira	Ministério da Educação	Ilka Maria de A. Moreira	Ministério da Educação	Jorge Caetano Júnior	Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento
Fernanda Lopes (Jurema Pinto Werneck)	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB	Maria José Pereira dos Santos (Marisa Mateus dos Santos)	Coordenação Nacional de Entidades Negras - CONEN	Ernesto Luiz Pereira Filho	Congresso Nacional Afro-Brasileiro - CNAB
Lérida Maria dos Santos Vieira	Conselho Federal de Farmácia – CFF	Ronald Ferreira dos Santos	Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	Francisco das Chagas Dias Monteiro	Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação - Sinagências/ANSEVS
José da Rocha Carneiro (Luis Augusto Facchini)	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO	Luciana Alves Pereira	Rede Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - REDE UNIDA	José Ruben Ferreira de Alcântara Bonfim	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos - SOBRAVIME
Ligia Bahia	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES	José Eduardo de Siqueira	Sociedade Brasileira de Bioética - SBB	Greyce Lousana	Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica - SBPPC
Neventon Vargas	Confederação Espírita Panamericana - CEPA	Luis Antônio de Sá	Confederação Espírita Panamericana - CEPA	Salomão Jacob Bnchaya	Confederação Espírita Panamericana - CEPA
Francisca Valda da Silva	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	Geraldo Alves Vasconcelos Filho	Associação Brasileira de Odontologia - ABO	Marlene Terezinha Didonet	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN

José Gomes Temporão (Antônio Alves de Souza)	Ministério da Saúde	Francisco Eduardo Campos (Maria Natividade G. da S. T. Santana)	Ministério da Saúde	José Carlos de Moraes (Fabiano G. P. Júnior)	Ministério da Saúde
Maria Izabel da Silva	Central Única dos Trabalhadores - CUT	Gilda Almendia de Souza	Central Única dos Trabalhadores - CUT	Arnaldo Marcolino da Silva Filho	Central Única dos Trabalhadores - CUT
Nildes de Oliveira Andrade	Associação dos Celíacos do Brasil - ACELBRA	Cleuza de Carvalho Miguel	Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla - MOPEM	Lílian Alicke	Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ
Jurandi Frutuoso Silva	Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	Armando Martinho Bardou Raggio	Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	René José Moreira dos Santos	Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
Augusto Pimazoni Netto (Raimundo Sotero de Menezes Filho)	Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes - FENAD	Maria Acioly Mota	Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial - FENAPHA	Sérgio Metzger	Associação de Diabetes Juvenil - ADJ
Raquel Rigotto	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente - FBOMS	Zuleica Nycz	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente - FBOMS	Esther Neuhaus	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente - FBOMS
Paulo Rogério A. de Oliveira (Remígio Todeschini)	Ministério da Previdência Social	Zeno Holanda da Costa Cavalcante	Ministério da Previdência Social	Eduardo César Gomes	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
Canuto Medeiros	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Rogério Tokarski	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo

José Claudio Barriguelli	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil –FARBRA	Juarez Pires de Souza	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia -ABRALE	Gerson de Souza Barreto (Marinho Romário Valente)	Associação Pró-Renais Crônicos – APREC - BRASIL
Rinaldo Marinho Costa Lima	Ministério do Trabalho e Emprego	Domingos Lino	Ministério do Trabalho e Emprego	Sérgio Antônio Gonçalves	Ministério das Cidades
Ruth Ribeiro Bittencourt	Conselho Federal de Serviço Social - CFESS	Maria Ermínia Ciliberti	Conselho Federal de Psicologia - CFP	Margareth Alves Dallaruvera	Federação Nacional dos Assistentes Sociais -FENAS
Silvia Martins Casagrande	Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE	Noemy Yamaguishi Tomita	Conselho Federal de Biologia - CFBio	Geusa Dantas Lelis	Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE
Ricardo Souza Heinzelmann	União Nacional dos Estudantes - UNE	Thiago Franco Batista de Oliveira	União Brasileira dos Estudantes Secundaristas -UBES	Ieda Uema Fontes (Francisco Mogadouro da Cunha)	Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG
Jecinaldo Barbosa Cabral (Valdenir Andrade França)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Hilário da Silva (Jecinaldo Barbosa Cabral)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Valdenir Andrade França (Hilário da Silva)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB
Volmir Raimondi	União Brasileira de Cegos – UBC	Marisa Furia Silva	Associação Brasileira de Autismo - ABRA	Rita de Cassia Maestri	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos – FENEIS
Ana Cristhina de Oliveira Brasil	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Maria Thereza M. de C. Rezende (Denise Torreão Corrêa da Silva)	Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	Antonio Francisco Silva	Federação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal - CONFETAM

Anexo 5 – Conselheiros CNS (2009-2012)

TITULAR	1º SUPLENTE	2º SUPLENTE
Abraão Nunes da Silva Central de Movimentos Populares	Sidnei Rodrigues de Faria Central de Movimentos Populares	Silvia Maria de Vasconcelos P. Cruz Pastoral da Criança
Antônio Alves Souza Ministério da Saúde – MS	Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Ministério da Saúde – MS	Gerson Oliveira Penna Ministério da Saúde – MS
Arilson da Silva Cardoso Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS	Antônio Carlos Figueiredo Nardi Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	José Eri de Medeiros Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS
Artur Custódio Moreira de Sousa Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN	Paulo Fernando da Silva Teixeira Filho Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes - FENAD	Lucimar Batista da Costa Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN
Beatriz Figueiredo Dobashi Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS	Jurandi Frutuoso Silva Conselho Nacional dos Secretários de Saúde CONASS	Gilson Cantarino O'Dwyer Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo Ministério da Saúde – MS	Adson Roberto França dos Santos Ministério da Saúde – MS	Alberto Beltrame Ministério da Saúde – MS
Cleuza de Carvalho Miguel Movimento dos Portadores de Esclero Múltipla - MOPEM	Renato de Jesus Padilha Associação Pró Renais Crônicos do Brasil – APREC BRASIL	Fábio dos Reis Fonseca (Laudeci Vieira dos Santos) Associação Nacional de Grupos e Pacientes Reumáticos -ANAPAR

Clóvis Adalberto Boufleur Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	André Luiz de Oliveira Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Frei Luiz Carlos Lunardi Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
Denise Torreão Correa da Silva Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFA	Rosane Maria Nascimento Conselho Federal de Nutrição - CFN	Jovita José Rosa União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde - UNASUS
Edemilson Canale Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena	Rildo Mendes Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul - ARPINSUL	Maria do Carmo Andrade Silva Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
Edmundo Dzuawi Omoro Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Valdenir Andrade França Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Dário Cardoso Salgado Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB
Eufrasia Santos Cadorin Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO	Walter Gomes de Sousa Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras - FASUBRA	Viviane Victor Afonso Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS
Fernanda Lou Sans Magano Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI	Maria Erminia Ciliberti Conselho Federal de Psicologia - CFP	Noemy Yamaguishi Tomita Conselho Federal de Biologia - CFBIO
Fernando Luiz Eliotério Confederação Nacional das Associações de Moradores -CONAM	Wilson Valério da Rosa Lopes Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Wanderley Gomes da Silva Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
Francisco Batista Junior Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS/CUT)	Maria Laura Bicca Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS	Nelci Dias da Silva Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS/CUT)

Geraldo Adão dos Santos Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP	Luiz Alberto Catanoe Sindicato Nacional dos Aposentados	Rubens Graciano Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI
Geraldo Alves Vasconcelos Associação Brasileira de Odontologia - ABO	Graciara Matos de Azevedo Conselho Federal de Odontologia - CFO	Francisco das Chagas Dias Monteiro Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação - SINAGENCIAS
João Donizete Scaboli Força Sindical - FS	Gilson Silva Força Sindical - FS	Júlio Atanásio Gevaerd Força Sindical - FS
Jorge Alves de Almeida Venâncio Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB	Luis Antônio Festino Nova Central Sindical dos Trabalhadores - NCST	Luiz Anibal Vieira Machado Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB
José Caetano Rodrigues Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS	Ronald Ferreira dos Santos Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	Valdirlei Castagna Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS
José Marcos de Oliveira Movimento Nacional de Luta contra a AIDS	Júlio Cesar Figueiredo Caetano Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais - MBHV	Cláudio Toledo Soares Pereira Movimento Nacional de Luta contra a AIDS
José Rubens Rebelatto Ministério da Educação - MEC	Celso Fernando Ribeiro Araújo Ministério da Educação - MEC	Jorge Caetano Júnior Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA
José Wilson de Souza Gonçalves Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG	Maria do Socorro de Souza Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG	Alessandra da Costa Lunas Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG

Jurema Pinto Werneck Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB	José Marmo da Silva Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra	Gilson da Cruz Rodrigues Congresso Nacional Afro Brasileiro - CNAB
Lauro Domingo Moretto Confederação Nacional da Indústria - CNI	Nelson Augusto Mussolini Confederação Nacional da Indústria - CNI	Solange Aparecida Nappo Confederação Nacional da Indústria - CNI
Lérida Maria dos Santos Vieira Conselho Federal de Farmácia - CFF	Paulo César Augusto de Souza Conselho Federal de Farmácia - CFF	Danilo Gonçalves Moreira Caser Federação Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR
Luiz Antonio Silva Neves Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES	Dulce Helena Chiaverini Rede Unida	Alcides Silva de Miranda Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES
Luiz Augusto Facchini Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO	Elias Rassi Neto Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO	Conceição Aparecida Accetturi Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica - SBPPC
Manoel Messias Nascimento Melo Central Única dos Trabalhadores - CUT	Expedito Solaney Pereira de Magalhães Central Única dos Trabalhadores - CUT	Maria Izabel da Silva Central Única dos Trabalhadores - CUT
Maria de Lourdes Alves Rodrigues Liga Brasileira de Lésbicas	Liorcino Mendes Pereira Filho Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - ABGLT	Carmem Lúcia Luiz Liga Brasileira de Lésbicas
Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Eline Jonas União Brasileira de Mulheres - UBM	Ana Maria Rodrigues da Silva Confederação das Mulheres do Brasil - CMB
Maria Helena Machado de Souza Ministério da Saúde – MS	Francisco Eduardo Campos Ministério da Saúde – MS	Reinaldo Felipe Nery Guimarães Ministério da Saúde – MS

Maria Thereza Almeida Antunes Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down	Gyséle Saddi Tannous Federação Nacional das Associações Pestalozzi	Alexandre Magno Lins Soares Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
Marisa Furia Silva Associação Brasileira de Autismo - ABRA	Edmando Luiz Saunier de Albuquerque Associação Brasileira de Autismo - ABRA	Cândida Maria Bittencourt Carvalheira Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO
Nildes de Oliveira Andrade Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - FENACELBRA	Nadir Francisco do Amaral Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes - FENAFAL	Suzana Schommer Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - FENACELBRA
Olympio Távora Derze Correa Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS	Luiz Fernando Correa Federação Brasileira de Hospitais -FBH	José Luiz Spigolon Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB
Paulo Guilherme Romano Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Alexandre Frederico de Marca Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Luis Sérgio Soares Mamari Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
Remígio Todeschini Ministério da Previdência Social - MPS	Vilma Ramos Ministério da Previdência Social - MPS	Sérgio Antônio Gonçalves Ministério das Cidades
Rosângela da Silva Santos Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA	Tania Maria Onzi Pietrobelli Federação Brasileira de Hemofilia	Humberto Floriano Mendes Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA
Rosemary Dutra Leão Ministério do Trabalho e Emprego - MTE	Fernando Donato Vasconcelos Ministério do Trabalho e Emprego - MTE	Euler Albergaria de Melo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG
Ruth Ribeiro Bittencourt Conselho Federal de Serviço Social	José Naum de Mesquita Chagas Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais	Marlene Teixeira Rodrigues Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

Sandra Regis Associação de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Panamericana - CEPAMIGOS	Sebastião Geraldo Venâncio Pastoral da Saúde	Ana Maria Ferreira Melo Pastoral da Pessoa Idosa
Silvia Fernanda Martins Casagrande Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE	Maria Goretti David Lopes Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	Francisca Alves de Souza Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE
Solange Beatriz Palheiro Mendes Federação Nacional de Saúde Suplementar	Sérgio Custódio Vieira Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE	Maria Beatriz Coacci Federação Nacional de Saúde Suplementar
Ubiratan Cassano Santos União Nacional dos Estudantes - UNE	Luiz Carlos Cantanhede Fernandes Júnior Associação Nacional de Pós-Graduando - ANPG	Gabriela Caresia Wexell Severo União Nacional dos Estudantes - UNE
Volmir Raimondi União Brasileira de Cegos - UBC	Marcos Antônio Gonçalves Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência - FENAVAPE	Moisés Bauer Luiz União Brasileira de Cegos - UBC
Wilen Heil e Silva Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Ana Cristhina de Oliveira Brasil Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional - FENAFITO	Elias Nasrala Neto Associação Brasileira de Fisioterapia - ABEN-FISIO
Zilda de Faveri Vicente Souza Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ	Merula Emmanoel Anargyrou Steagall Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia ABRALE	Juares Pires Sousa Associação Brasileira de Talassemia - ABRASTA

Fonte: Menezes (2010)

Anexo 6 – Conselheiros CNS (2012-2015)

TITULAR	1º SUPLENTE	2º SUPLENTE
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) - Clóvis Adalberto Boufleur	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) - André Luiz de Oliveira	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) - Aníbal Gil Lopes
Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA-Brasil) - Sandra Regis	Pastoral da Saúde - Sebastião Geraldo Venâncio	Pastoral da Pessoa Idosa - José Araújo da Silva
Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONSIDI) - Jorge Oliveira Duarte	Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONSIDI) - Agnelo Temrité Wadzatsé	Pastoral da Criança - Vânia Lúcia Ferreira Leite
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Edmundo Dzuawi Omoré	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Lourenço Borges Milhomem	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Heliton Tunhawanbá Sebirop da Silva
Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP) - Geraldo Adão Santos	Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi) - Luiz Alberto Catanocce	Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi) - Gilene José dos Santos
Central Única dos Trabalhadores (CUT) – Geordecí Menezes de Souza	Central Única dos Trabalhadores (CUT) – Junéia Martins Batista	Central Única dos Trabalhadores (CUT) – Expedito Solaney Pereira de Magalhães

Força Sindical - Amaldo Gonçalves	Força Sindical - João Donizeti Scaboli	Força Sindical - Gilson Silva
Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB) - Jorge Alves de Almeida Venâncio	Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST) - Luiz Aníbal Vieira Machado	Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST) - José Ramos Félix da Silva
Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) – Verônica Lourenço da Silva	Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) - Fernanda Bevenuto (nome social) - Elizario Benvindo da Silva (nome no registro civil)	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) - Carlos Magno Silva Fonseca
Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL) - Nadir Francisco do Amaral	Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR) - Carlos Eduardo Danilevicius Tenório	Federação Brasileira de Hemofilia (FBH) – Clênio Nogueira de Carvalho
Movimento Nacional de Luta contra a AIDS - Carlos Alberto Ebeling Duarte	Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais - Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas	Movimento Nacional de Luta contra a AIDS - Jasiel da Silva Pontes
Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ) - Patrícia Augusta Alves Novo	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) - Andréa Karolina Bento	Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA) - Dirceu Raposo de Mello
Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA) - Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA) - Rosângela da Silva Santos	Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA) - Ana Valéria Escolástico Mendonça
Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) - Eni	Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM) - Cleuza de Carvalho Miguel	Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA) - Luciana Holtz de

Carajá Filho		Camargo Barros
Associação Brasileira de Autismo (ABRA) - Marisa Furia Silva	Federação Nacional das Apaes (FENAPAES) - Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio	Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo - Paula Johns
Associação Brasileira dos Ostromizados (ABRASO) - Márcia Patrício de Araújo	Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos (ONEDEF) - Antônio Carlos Gomes Mota	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA) - José Wilton da Silva
Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down - Zan Mustacchi	Federação Nacional das Associações Pestalozzi (FENASP) - Astrit Rehbein Siqueira	Federação Nacional das Associações Pestalozzi (FENASP) - Gyséle Saddi Tannous
União Nacional dos Estudantes (UNE) – Ubiratan Cassano Santos	Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) - Marcos Vinicius Soares Pedrosa	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) - Marcela Vieira Freire
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) - Maria do Socorro de Souza	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) - José Wilson de Souza Gonçalves	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG - Evandro José Morello
Central de Movimentos Populares (CMP) - Abrahão Nunes da Silva	Movimento Popular de Saúde (MOPS) – Livaldo Bento	Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) - Maria Lucia Santos Pereira da Silva
Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) - Fernando Luiz	Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) - Wilson Valério da Rosa	Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Eliotério	Lopes	- Wanderley Gomes da Silva
Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB) - Carlos Eduardo Ferrari	Federação Nacional das Avapes (FENAVAPE) - Marcos Antonio Gonçalves	Federação Nacional das Avapes (FENAVAPE) - Eliana de Oliveira Pinto Victor
Rede Nacional Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos	União Brasileira de Mulheres - Doris Margareth de Jesus	Fórum Nacional de Mulheres Negras (FNMN) - Marta Cezária de Oliveira
União de Negros pela Igualdade (UNEGRO) - Ubiraci Matildes de Jesus	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB) - Simone Vieira da Cruz	Rede Nacional Lai Lai Apejo - População Negra e Aids - Richarlis Martins
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) - João Rodrigues Filho	Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico- Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA) - Eurídice Ferreira de Almeida	Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE) - Flávia de Oliveira Bernardes Brasileiro
Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS) - Renato Almeida de Barros	Federação Interestadual dos Farmacêuticos (FEIFAR) - Alexandre Correia dos Santos	União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS) - Maria do Socorro Bezerra Mateus
Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) - Ronald Ferreira dos Santos	Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) - José Amaldo Pereira Diniz	Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO) - Diego de Farias Magalhães Torres
Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS) - Maria Laura Carvalho	Federação Nacional dos Médicos Veterinários	Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI) - Fernanda Lou Sans

Bicca	(FENAMEV) - Maria Angélica Zollin de Almeida	Magano
Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) - Maria Cristina Pedro Biz	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) - Wilen Heil e Silva	Conselho Federal de Biologia (CFBio) – Noemy Yamaguishi Tomita
Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) – Nelcy Ferreira da Silva	Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) - Alessandra Ribeiro de Souza	Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS) - Cleuza Maria Faustino do Nascimento
Conselho Federal de Odontologia (CFO) – Gerdo Bezerra de Faria	Conselho Federal de Farmácia (CFF) – Lorena Baía de Oliveira Alencar	Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB) - Fernanda Simões Guimarães Torres
Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Rosemeire Aparecida da Silva	Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) - Oriana Bezerra Lima	Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) - Elcio Alteris dos Santos
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Ivone Evangelista Cabral	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) - Francisca Rêgo Oliveira de Araújo	Associação Brasileira de Odontologia (ABO) - Tarcísio Pinto
Conselho Federal de Medicina (CFM) – Waldir Araújo Cardoso	Federação Nacional dos Médicos (FENAM) - Cristiano Gonzaga da Matta Machado	Associação Médica Brasileira (AMB) – Lairson Vilar Rabelo
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - Ana Maria Costa	Associação Brasileira Rede Unida - Laura Camargo Macruz Feuerwerker	Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) - Zaira Tronco Salerno
Sociedade Brasileira para o	Associação Brasileira de Saúde Coletiva	Sociedade Brasileira de Bioética

Progresso da Ciência (SBPC) - Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza	(ABRASCO) - Maria de Fátima Sousa	(SBB) – Cláudio Fortes Garcia Lorenzo
Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) - Olympio Távora Derze Correa	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) - José Luiz Spigolon	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) - Jacques Jean Daniel Coudry
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) - Denise Rodrigues Eloi de Brito	Federação Brasileira de Hospitais (FBH) – Luiz Fernando Corrêa Silva	Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) - Luiz Oberdan Liporoni
Confederação Nacional da Indústria (CNI) – Nelson A. Mussolini	Confederação Nacional da Indústria (CNI) - Clóvis Veloso de Queiroz Neto	Confederação Nacional da Indústria (CNI) - Eduardo Ferreira Arantes
Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC) - Lázaro Luiz Gonzaga;	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC) - Alexandre Frederico de Marca	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC) - Paulo Guilherme Barroso Romano
Ministério da Saúde (MS) - Alexandre Rocha Santos Padilha	Ministério da Saúde (MS) - Eliane Aparecida da Cruz	Ministério da Saúde (MS) - Antônio Alves de Souza
Ministério da Saúde (MS) - Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Ministério da Saúde (MS) - Mozart Júlio Tabosa Sales	Ministério da Saúde (MS) - Fernando Antônio Menezes da Silva
Ministério da Saúde (MS) - Helvécio Miranda Magalhães Júnior	Ministério da Saúde (MS) - Júlia Maria Santos Roland	Ministério da Saúde (MS) - Luis Carlos Bolzan
Ministério da Educação (MEC) -	Ministério da Educação (MEC) - Andréa de Farias	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) - Enio Antônio

Jorge Rodrigo Araújo Messias	Barros Andrade	Marques Pereira
Ministério da Previdência Social (MPS) – Cid Roberto Bertozzo Pimentel	Ministério da Previdência Social (MPS) – Fátima Aparecida Rampin	Ministério das Cidades (MCIDADES) – Ernani Ciriaco de Miranda
Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) - Eduardo Azeredo Costa - Presidente da Fundacentro	Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) - Celso de Almeida Haddad - Diretor de Segurança e Saúde do Trabalho/DSST/MTE	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) - Renato Soares Nascimento
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) - Jurandi Frutuoso Silva.	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) - Wilson Duarte Alecrim	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) - Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - Arlson da Silva Cardoso	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - Antônio Carlos Figueiredo Nardi	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - José Eri de Medeiros

FONTE Elaboração própria – Pesquisa documental através da base de dados do Conselho Nacional de saúde

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br> (Portaria nº. 2.814, de 12 de dezembro de 2012).

ANEXO 7
MOÇÃO DE REPÚDIO Nº 001, DE 27 DE JANEIRO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 26 e 27 de janeiro de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais;

Considerando que a Medida Provisória nº 520 desvincula na prática os Hospitais Universitários das IFES, comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública, produção do conhecimento na área de saúde;

Considerando que fere o princípio constitucional de indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão dado que os Hospitais Universitários são unidades acadêmicas;

Considerando que estabelece outra relação de trabalho nessas unidades e aprofunda o processo de precarização e reforça o processo de terceirização;

Considerando que não atende o Acórdão do TCU em relação a utilização de recursos do SUS de custeio para pagamento de pessoal;

Considerando que esta Empresa irá operar na lógica de mercado e portanto, tendo por princípio tão somente o cumprimento de metas, o que é danoso ao processo de busca da qualidade nos serviços públicos de saúde;

Considerando que a fonte de financiamento da empresa tem sua origem em recursos públicos do Tesouro Nacional onerando ainda mais o SUS;

Considerando ainda que o instrumento utilizado – Medida Provisória – ignora os organismos da sociedade não permitindo o debate com os agentes que construíram e sustentam o SUS.

Decide por manifestar publicamente seu repúdio à Medida Provisória nº 520/2010.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Décima Sétima Reunião Ordinária.

ANEXO 8
MOÇÃO DE APOIO Nº 008, DE 09 DE JUNHO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de junho de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando a Reforma Administrativa, ocorrida nos anos 90, que prometia modernizar o Estado brasileiro, não dialogou com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde Universal quando, promovendo diferenciações entre o serviço burocrático e a prestação de serviços assumiu o primeiro bloco como função do Estado e incentivou que os demais passassem à responsabilidade da própria sociedade. Diante dessa possibilidade jurídica foi aprovada a lei que criou as Organizações Sociais.

Considerando que esse projeto atingiu diretamente o SUS em princípios basilares como o do concurso público, da impessoalidade, da moralidade e da transparência, bem como dos artigos 17 e 18 da lei 8.080/90 que tratam das competências dos entes federados, no Sistema Único de Saúde.

Considerando as Organizações Sociais têm reforçado e ampliado à ação patrimonialista e clientelista enfraquecendo o Estado brasileiro da Constituição Federal de 1988. Como consequência, o alto custo decorrente dessa ação, a princípio denominada de modernizante, atua como um instrumento político e ideológico comprometendo drasticamente o financiamento da rede eminentemente pública criando distorções na remuneração de pessoal, preconizando as relações de trabalho bem como desconstruindo e inviabilizando quase que por completo, a possibilidade de atuação sinérgica e produtiva da equipe multiprofissional em saúde.

Considerando que a contratação de profissionais sem amparo legal e técnico, tem comprometido a qualidade do serviço prestado à população usuária do SUS. Os fatos observados e as informações da mídia apontam a terceirização da gestão do SUS como um dos mais importantes fatores de desvios e corrupção no sistema.

Considerando que a solução dos graves problemas de gestão do SUS, passa pela regulamentação do art. 37 da CF, propiciando autonomia administrativa e orçamentária dos serviços, bem como a profissionalização da gestão com os seus próprios quadros devidamente qualificados.

O Conselho Nacional de Saúde vem a público, e particularmente junto aos Ministros do Supremo Tribunal Federal, manifestar seu mais absoluto e irrestrito apoio a ADI 1.923 que contesta a legalidade das organizações sociais como gestores dos serviços públicos de saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária.

ANEXO 9
MOÇÃO DE APOIO Nº 010, DE 11 DE AGOSTO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de agosto de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo, com pedido de liminar que impede o governo estadual de celebrar contratos de gestão, alterações e aditamentos entre organizações sociais e planos de saúde, em atenção à representação de diversas entidades, dentre elas Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP e o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.

Vem a público manifestar seu total apoio na defesa intransigente que o Ministério Público do Estado de São Paulo tem feito por um Sistema Único de Saúde 100% público na gestão e na prestação de serviços.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima quarta Reunião Ordinária.

ANEXO 10
MOÇÃO DE APOIO Nº 011, DE 06 DE OUTUBRO DE 2011.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e.

Considerando a luta desenvolvida pelos trabalhadores e usuários do Estado da Paraíba em resistência à regulamentação da criação de Organizações Sociais que representa privatização do SUS em seu estado, vem

Manifestar apoio aos trabalhadores e usuários juntando-se aos mesmos na luta contra a privatização do SUS e defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária.

ANEXO 11
MOÇÃO DE REPÚDIO Nº 012, DE 06 DE OUTUBRO DE 2011.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando o ato intransigente e antidemocrático de cerceio à voz pública por parte da Câmara Municipal de João Pessoa, impedindo trabalhadores e usuários do SUS de manifestar sua posição contrária à proposta de implantação de Organizações Sociais no estado, vem

Manifestar repúdio à atitude dessa Casa, juntando-se aos trabalhadores e usuários do SUS na defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde.

ANEXO 12
MOÇÃO DE REPÚDIO Nº 013, DE 06 DE OUTUBRO DE 2011.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando o ato intransigente e antidemocrático de cerceio à voz pública por parte da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, impedindo trabalhadores e usuários do SUS de manifestar sua posição contrária à proposta de implantação de Organizações Sociais no estado, vem

Manifestar repúdio à atitude desta Casa, juntando-se aos trabalhadores e usuários do SUS na defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde.

ANEXO 13
MOÇÃO Nº 015, DE 06 DE OUTUBRO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de outubro de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando que se encontra no Senado Nacional, o PLC nº 79/2011, aprovado na Câmara dos Deputados, sob o número PL nº 1749/2011, o qual trata da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH),

Considerando que a EBSERH representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, pois evidencia, mais uma vez, o debate acerca da concepção de Estado;

Considerando que as contradições existentes na formatação do Estado Brasileiro serão aprofundadas com a manutenção da flexibilização das relações de trabalho resultante da terceirização nas Universidades, através de parcerias com Fundações de Apoio Privadas, empresas de terceirização e, por último, essa Empresa; considerando que o Estado Brasileiro não pode secundarizar o papel desenvolvido pela Universidade Pública Brasileira na transformação social, no desenvolvimento e soberania do país, por se encontrar intrinsecamente relacionado ao modelo de Estado;

considerando que é de fundamental importância a oferta dos serviços prestados, de forma gratuita e de qualidade, na área da saúde e da educação pela Universidade no cumprimento de seu papel com vistas ao fortalecimento do Estado Brasileiro, e que estes serviços, como bens sociais, não devem ser mercantilizados;

Considerando que a precarização, resultante do processo de terceirização, é um mal para o serviço público, por se constituir, na maioria, um canal de corrupção, de clientelismo, de nepotismo, de baixa qualidade nos serviços públicos prestados à população;

Considerando que, com a criação da EBSERH, o capital continuará vindo diretamente do Tesouro, mas, as demais fontes continuarão sendo financiadas, inclusive com recursos do SUS, ficando evidente que a origem dos recursos continuará sendo a mesma: recursos públicos disponibilizados para o setor privado;

Considerando que as determinações contidas no Acórdão do Tribunal de Contas da União, de 2006, precisam ser cumpridas, e, conseqüentemente, realizados concursos públicos, via Regime Jurídico Único, para substituição do pessoal terceirizado dos Hospitais Universitários, atualmente pagos com recursos de custeio designados por meio do SUS;

Considerando que essa medida proposta pelo TCU foi atribuída em face da necessidade de resolver o contrato irregular dos trabalhadores fundacionais (terceirizados) nos Hospitais Universitários, visto que o TCU havia declarado a ilegalidade da situação dos 26 mil contratados em todo o País e dado prazo até 31 de dezembro de 2010 (prazo repactuado) para que o governo regularizasse a situação;

Considerando que a sociedade precisa, mais uma vez, estar ciente deste debate e mais, ainda, os trabalhadores das Fundações que poderão ser enganados neste

processo, pois a substituição das Fundações pela EBSEH não garante a transferência dos trabalhadores para a nova empresa;

Considerando que a solução para a chamada crise dos HUs, resultado da redução gradativa de pessoal que assolou o setor público, e a falta de investimentos necessários para dar conta de toda a missão de atenção social (ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde) está na retomada dos concursos públicos pelo Regime Jurídico Único e pelo incremento financeiro no orçamento dessas Unidades Acadêmicas, para cumprimento de suas funções, com qualidade social, sem se esquecer da corresponsabilidade do Ministério da Saúde;

Considerando que, além disso, também está evidente que a grande crise das Fundações reside em seus débitos junto aos fornecedores e passivos trabalhistas e, neste caso, as Fundações, deixando de gerir os HUs, deixam automaticamente de ter receita, ficando um déficit para o Estado; e

Considerando que, pela leitura do PLC nº 79/2011 constata-se que o mesmo ainda determina que o quantitativo de pessoal da EBSEH será definido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e que esta Empresa poderá contratar a execução dos serviços, inaugurando no serviço público o modelo de gestão quarteirizada.

O Conselho Nacional de Saúde vem a público Repudiar à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSEH, de que trata o PLC nº 79/2011, ora em Tramitação no Senado Federal.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária.

ANEXO 14
MOÇÃO DE REPÚDIO Nº 013, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e:

Considerando que a precarização, resultante do processo de terceirização, é um mal para o serviço público, por se constituir, na maioria, um canal de corrupção, de clientelismo, de nepotismo, de baixa qualidade nos serviços públicos prestados à população;

Considerando que o processo de terceirização dos hospitais trazido pela EBSEH é inconstitucional, uma vez que se trata da terceirização de atividades-fim do Estado, como são as relacionadas à saúde, ao ensino e à pesquisa;

Considerando que, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, o capital continuará vindo diretamente do Tesouro, mas, as demais fontes continuarão sendo financiadas, inclusive com recursos do SUS, ficando evidente que a origem dos recursos continuará sendo a mesma: recursos públicos disponibilizados para o setor privado;

Considerando que as determinações contidas no Acórdão do Tribunal de Contas da União de 2006 precisam ser cumpridas, e, conseqüentemente, realizados concursos públicos, via Regime Jurídico Único, para substituição do pessoal terceirizado dos Hospitais Universitários - HUs, atualmente pagos com recursos de custeio designados por meio do SUS;

Considerando que o Ministério da Educação - MEC, ao editar a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012, delegou à EBSEH o exercício de algumas competências anteriormente atribuídas à Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, a saber: - coordenar, acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; - apoiar tecnicamente e elaborar instrumentos de melhoria da gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; - elaborar matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior, baseada nas informações prestadas pelos hospitais;

Considerando que a Portaria MEC/GM nº 442/2012 delega ainda à EBSEH as competências relativas ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, instituído pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde;

Considerando que ao delegar estas competências à EBSEH, o MEC se desobriga de funções administrativas públicas de planejamento, orçamento e avaliação cabíveis ao MEC, e não à EBSEH;

Considerando a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária “à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços (...)”; Considerando a Moção nº 015 aprovada por este Conselho, em 06 de outubro de 2011, que repudia a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH;

Considerando a deliberação da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011 - “Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSEH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais” (Relatório da 14ª CNS, Ministério da Saúde, 2012);

Considerando que a EBSEH representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, pois evidencia, mais uma vez, o debate acerca da concepção de Estado; e

Considerando que a EBSEH configura desrespeito ao Controle Social.

Este Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar: a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que instituiu a EBSEH, e a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012; qualquer forma de discriminação do MEC às universidades públicas federais que decidirem não contratar a EBSEH para gestão de seus Hospitais Universitários; qualquer iniciativa do Governo Federal de não abertura de concursos públicos por Regime Jurídico Único – RJU nas universidades públicas federais para o pleno funcionamento dos HUs, bem como o não repasse de recursos orçamentários como forma de retaliação, imposição e coação pela decisão de não contratar a EBSEH para gestão de seus Hospitais Universitários.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Sétima Reunião Ordinária.

ANEXO 15
RECOMENDAÇÃO Nº 008, DE 11 DE AGOSTO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de agosto de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando que a Lei Complementar nº 1.131/2010, o Decreto nº 57.108/2011 e a Resolução 148/2011, do governo do Estado de São Paulo, tratam de duro e violento ataque ao SUS, pois fere os princípios da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e da Constituição do Estado de São Paulo;

Considerando que fica instituída a “dupla porta” de atendimento nos hospitais públicos geridos por OSs, pois os usuários dos planos de saúde e particulares terão atenção diferenciada e preferência na marcação e no agendamento de consultas, exames e internação, bem como melhor conforto de hotelaria, como já acontece em alguns hospitais universitários no Estado de São Paulo;

Considerando que retira-se do SUS 25% de sua capacidade já insuficiente, havendo fila de espera de atendimento e demanda reprimida;

Considerando que não haverá arrecadação de recursos significativos com a venda destes serviços do SUS, mas os planos de saúde irão agregar valor aos produtos que comercializam, sem nenhum custo ou investimento nessas unidades;

Considerando que não há acolhimento da legislação (Lei nº 9.656/98) que prevê o ressarcimento aos cofres públicos toda vez que um usuário da assistência suplementar é atendido em hospital público, pois o SUS já atende quem tem plano de saúde, sem distinção;

Considerando que cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cobrar o ressarcimento e à Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo contribuir para a identificação dos procedimentos e internações passíveis de cobrança. Da mesma forma é obrigação da ANS fiscalizar as coberturas obrigatórias e a conformação de redes próprias e particulares credenciadas capazes de suprir todo o atendimento dos clientes de planos de saúde; e

Considerando ainda que a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo, com pedido de liminar impede que o governo estadual celebre contratos de gestão, alterações e aditamentos entre organizações sociais e planos de saúde, em atenção à representação de diversas entidades, dentre elas Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP e o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.

Recomenda:

- Ao Ministério Público Federal, ao Poder Judiciário e a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo ações no sentido de garantir um SUS 100% público na gestão e na prestação de Serviços.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária.

ANEXO 16
RECOMENDAÇÃO Nº 007, DE 10 DE MAIO DE 2012.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando que a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, é clara no seu Art. 2º, ao afirmar que considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuidos no art. 7 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e que, dentre outras diretrizes, “sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.”. Já o Art. 4º da Lei Complementar nº 141 reafirma que “não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes dentre outras da “assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;”

Considerando a Resolução CNS nº 445, de 11 de agosto de 2011, que manifesta a posição contrária à Lei Estadual de São Paulo que reserva até 25% dos leitos de hospitais públicos do Estado de São Paulo, geridos por Organizações Sociais, para os planos de saúde e particulares;

Considerando que o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) julgará o agravo de instrumento proposto pelo governo do Estado de São Paulo contra as Decisões que concederam a liminar ao Ministério Público, por meio de Ação Civil Pública, impedindo a entrega de 25% dos leitos de Hospitais públicos para particulares e planos de saúde;

Considerando que a Lei Complementar nº 1.131/2010, aprovada pela Assembleia Legislativa e regulamentada pelo governador Geraldo Alckmin (PSDB), mediante o Decreto nº 57.108/2011, institui a prática de “dupla porta” de entrada, selecionando beneficiários de planos de saúde privados para atendimento nos hospitais públicos, promovendo, assim, a institucionalização da atenção diferenciada com preferência na marcação e no agendamento de consultas, exames e internação e melhor conforto de hotelaria;

Considerando a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo, contrária à venda de 25% dos leitos dos hospitais públicos, em atenção à representação de dezenas de entidades da sociedade civil, entre elas a do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP e a do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo;

Considerando que, por previsão da Lei nº 9.656/98 cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS cobrar o ressarcimento ao SUS, bem como fiscalizar as coberturas obrigatórias e a conformação de redes próprias e particulares credenciadas capazes de suprir todo o atendimento dos clientes de planos de saúde privados; e

Considerando que a população usuária exclusivamente do SUS perderá até 25% dos leitos públicos dos Hospitais estaduais de alta complexidade, que já são, notoriamente, insuficientes para o atendimento da demanda desta população.

RECOMENDA:

1. Reiterar o apoio à Ação Civil Pública do Ministério Público Estadual questionando a entrega, para planos de saúde e particulares, de 25% da capacidade dos hospitais públicos administrados por Organizações Sociais no Estado de São Paulo.
2. Apoiar as respeitáveis decisões que acataram a Ação do MPE do juiz Marcos de Lima Porta, da Quinta Vara da Fazenda Pública Estadual de São Paulo, que conclui pela “evidente afronta ao Estado de Direito e ao interesse público primário da coletividade”; e do desembargador José Luiz Germano, da Segunda Câmara do Tribunal de Justiça de São Paulo, ao concluir que “a institucionalização do atendimento aos clientes dos planos particulares, com reserva máxima de 25% das vagas, nos serviços públicos ou sustentados com os recursos públicos, cria uma anomalia que é a incompatibilização e o conflito entre o público e o privado, com as evidentes dificuldades de controle”;
3. Apelar ao Tribunal de Justiça de São Paulo que posicione-se no sentido de impedir que o governo estadual celebre contratos de gestão, alterações e aditamentos entre organizações sociais e planos de saúde, e que declare a ilegalidade do Decreto Estadual nº 57.108, de 6 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 1.131, bem como a ilegalidade da Resolução da Secretaria de Estado da Saúde nº 148 (DOE de 06/08/11 – Seção 1 - p.30), que autoriza os primeiros hospitais a ofertar até 25% de sua capacidade a particulares e aos usuários de planos de saúde privados: o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira; e o Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini; e
4. Advertir que, conforme a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes da assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; cabendo, portanto o entendimento da suspensão de recursos.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária.

ANEXO 17
RECOMENDAÇÃO Nº 025, DE 10 DE OUTUBRO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que versam sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando as disposições da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se referem à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando que a saúde e educação são bens públicos, que não podem e não devem se submeter aos imperativos do mercado;

Considerando que o processo de terceirização dos hospitais trazido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH é inconstitucional, uma vez que trata-se da terceirização de atividades-fim do Estado, como são as relacionadas à saúde, ao ensino e à pesquisa;

Considerando o flagrante desrespeito à autonomia universitária definida constitucionalmente e à característica específica dos HU de serem instituições de ensino vinculadas às universidades;

Considerando que, na prática, a gerência da EBSEH, com amplos poderes para firmar contratos, convênios, contratar pessoal, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão, acaba com a vinculação dos HUs às Universidades;

Considerando a ameaça ao caráter público dos serviços de educação e saúde, visto que a EBSEH, como prevista na Lei, poderá constituir subsidiárias integrais e, posteriormente, alienar parte de suas ações ao setor privado, permitindo que empresas particulares operem no ensino público e na prestação de serviços do SUS no âmbito da administração pública;

Considerando que a flexibilização dos vínculos de trabalho trazida pela EBSEH é abertura de precedente para a não realização de concursos públicos e viola o princípio da moralidade na contratação pública, já que o artigo 12º da Lei 12.550/2011 permite a celebração de contratos temporários de emprego, mediante processo seletivo simplificado, burlando a exigência constitucional de realização de concurso público;

Considerando a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária “à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços [...]”;

Considerando a Moção de Repúdio nº 015 e a Moção de Repúdio nº aprovadas por este Conselho, em 06 de outubro de 2011 e 12 de setembro de 2012, respectivamente, que repudiam a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH;

Considerando a deliberação da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011 - “Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSEH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais” (Relatório da 14ª CNS, Ministério da

Saúde, 2012); considerando os debates ocorridos em Reuniões Ordinárias do Conselho Nacional de Saúde, inclusive a 237ª Reunião Ordinária; e Considerando que a EBSEH configura desrespeito ao Controle Social.

Recomenda:

- 1) Ao Poder Executivo e ao Congresso Nacional que revogue a Lei 12.550/2011 que cria a EBSEH;
- 2) Ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde a firmarem contratos de gestão diretamente com as Universidades, visando dotar os Hospitais Universitários de Autonomia Administrativa e Financeira com recursos financeiros adequados ao seu funcionamento e imediata recomposição de seu quadro funcional através de Concursos Públicos pelo Regime Jurídico Único.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 2012.