

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E
DIREITOS HUMANOS
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS**

CLÁUDIA REGINA PAESE

**PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA E CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE
SAÚDE EM MATO GROSSO**

**PELOTAS
2019**

CLÁUDIA REGINA PAESE

PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA E CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE
EM MATO GROSSO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas/UCPEL, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Política Social e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mara Rosange Acosta de Medeiros.

PELOTAS - RS
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P126p Paese, Cláudia Regina

Participação democrática e controle social na política de saúde em Mato Grosso / Cláudia Regina Paese. - 2019.

282 f.

Tese (Doutorado em Política Social e Direitos Humanos) - Universidade Católica de Pelotas, 2019.

Orientadora: Mara Rosange Acosta de Medeiros.

1. Política de saúde. 2. Organizações sociais em saúde. 3. Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso. 4. Controle social do SUS. 5. Participação democrática. I. Medeiros, Mara Rosange Acosta de. II. Título.

CDD 614

CLÁUDIA REGINA PAESE

PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA E CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE
EM MATO GROSSO

Tese apresentada à Banca Examinadora no Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Política Social e Direitos Humanos.

Pelotas/RS, 29 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mara Rosange Acosta de Medeiros — Presidente e orientadora
(PPGPSDH/UCPEL/RS)

Prof.^a Dr.^a Vini Rabassa da Silva 1º Examinador Interno
(PPGPSDH/UCPEL/RS)

Prof.^a Dr.^a Loiva Mara de Oliveira Machado 2º Examinador Externo
Departamento de Serviço Social
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Neiva Afonso Oliveira 3º Examinador Externo
Universidade Federal de Pelotas – (UFPEL- PPGE)

Dedico ao meu esposo, Joel.
(Um Espírito Indomável)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de enfatizar meu agradecimento a todos, pois este trabalho só foi possível a partir dos compartilhamentos oriundos de longas convivências com as mais variadas pessoas, o que denominarei de inúmeros atores visíveis e invisíveis.

A Deus, pela abundante generosidade, pelas bênçãos recebidas e a iluminação para escrever a tese;

A minha querida amiga Me. Licemar Vieira Melo, que em 2013 escrevemos juntas o artigo “As Organizações Sociais de Saúde e a Gestão de Hospitais Públicos no Mato Grosso: contexto e implicações”, na Revista Sociais E Humanas, mai/ago v.26 nº 2, na Edição Temática “Políticas Públicas”, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) do Centro de Ciências Humanas e Sociais, que gerou frutos nesta tese;

A Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), pela formação e por ter me recebido maravilhosamente durante estes 4 (quatro) anos de estudo;

Ao Governo Federal, especialmente à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), que durante todo o percurso deu-me suporte financeiro com bolsa para que vivenciasse esta experiência de pesquisa;

À Prof.^a Dr.^a Mara Rosange Acosta de Medeiros estimada orientadora, que se tornou uma amiga querida, cuja trajetória é um exemplo para todos os seus alunos, pois vai muito além da docência. Venho agradecer pelos anos dedicados à minha pesquisa, tornando o processo de construção desta tese um trabalho menos solitário. Pelas valiosas críticas e sugestões que enriqueceram esta tese. Pela confiança depositada em minha capacidade intelectual, pelo respeito à minha história de vida e pela amizade construída ao longo desta caminhada acadêmica. Por me fazer sentir capaz em realizar esta tarefa, e pela grande oportunidade que me deu ao tornar-se “minha” orientadora. Pelo afetuoso incentivo no “tempo certo”. O que mais posso dizer: pessoa incrível, ser humano maravilhoso!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, em especial meu afeto ao Prof. Dr. Cesar Augusto Soares da Costa, que durante suas aulas de segundas-feiras sempre se mostrou solícito e atento as nossas angústias pessoais auxiliando no que fosse necessário, e

principalmente nos ouvindo, acalmando-nos. Agradeço pelo pela competência, sensibilidade, empenho e dedicação devotados;

Em especial quero registrar a minha gratidão a Prof.^a Dr.^a Vini Rabassa da Silva memória viva do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas. E pela generosidade, a qual não esqueço de ter-me acolhido com alegria ainda quando era apenas uma candidata a seleção de doutorado em 2015.

A todos os entrevistados, pela disponibilidade em participar deste estudo, colaborando em disponibilizar as informações sempre que pedido, que gentilmente me concederam parte de seu precioso tempo;

Aos meus filhos Pedro e Júlia que sempre encorajaram minhas conquistas acadêmicas e são sem sombra de dúvidas “a melhor parte de mim”. Em especial a minha querida filha Júlia pelo auxílio na construção dos gráficos que compõe esta pesquisa;

E em especial ao meu querido esposo Joel Paese, agradeço pelos insights brilhantes, as leituras atentas, pelas suas palavras enriquecedoras nos bons e naqueles não tão bons momentos. Sem teu apoio este trabalho não seria possível, meu respeito e admiração!

Aos meus pais Jorge e Catarina que ficaram comigo em Pelotas/RS “um ano de nossas vidas”, pelo carinho, pela força e pelo apoio, fundamental para a chegada deste momento.

Sou imensamente grata aos membros da banca de qualificação de 2018: Prof.^a Dr.^a Mara (estimada orientadora), Prof.^a Dr.^a Vini, Prof.^a Dr.^a Neiva e Prof.^a Dr.^a Liliane pelo rigor na leitura de meu trabalho e pela generosidade das questões que despertaram o meu pensar e o meu desejo de aprimorar o resultado desta tese.

E agradeço também aos membros da banca de defesa 2019: Prof.^a Dr.^a Mara (estimada orientadora), Prof.^a Dr.^a Vini, Prof.^a Dr.^a Loiva e Prof.^a Dr.^a Neiva pela leitura atenta e minuciosa desta tese.

A todos, que contribuíram com este trabalho, minha eterna **GRATIDÃO!**

“Dê-me uma alavanca e um ponto de apoio e eu levantarei o mundo.” (Arquimedes).

RESUMO

O objeto desta tese é a atuação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na política de saúde de MT no período 2011-2018. Em termos metodológicos, o estudo é de natureza qualitativa, na perspectiva crítico-dialética, e explicativa, baseada em uma estratégia retrodutiva, conduzida *ex-post-facto*. O objetivo é averiguar como ocorre a intervenção de dois atores na política de saúde em Mato Grosso, as OSS, de natureza privada, e o Conselho Estadual de Saúde (CES), de natureza pública. Investigamos a influência da participação dos cidadãos na execução da política de saúde em Mato Grosso, como consequência do exercício do controle social que se realiza via conselhos de saúde por esses cidadãos. A técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada, aplicada aos conselheiros, e pesquisa documental, com análise de atas do CES. Também foi aplicada a pesquisa documental para as OSS. O protagonismo destes dois atores emergiu a partir de 1988, no âmbito dos novos mecanismos para a expressão e tratamento das novas demandas sociais para viabilizar mais participação política. A meta era aprofundar a democracia. A pesquisa testou a seguinte hipótese: quanto mais privada é a gestão da saúde, como no caso da administração de hospitais públicos pelas OSS, o grau de controle social executado pelo CES é menor e, assim, restringe a participação da sociedade. Resulta, então, o bloqueio da democracia. O estudo parte da premissa que a participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas de saúde é um avanço democrático, pois amplia a participação da sociedade. A transferência da administração de unidades de saúde, como hospitais, do Estado para organizações privadas como as OSS, pode ter como consequência tolher a democracia. Ancorados teoricamente em “Democracia e Participação”, de Pateman (1992), e “Comunidade e Democracia”, de Putnam (2000), pretendemos descortinar o processo de participação dos cidadãos na execução da política de saúde no Estado de Mato Grosso, no contexto de uma sociedade democrática. Os resultados da pesquisa sugerem que a atuação das OSS na política de saúde de MT não bloqueou a democracia, pois as organizações privadas não dispõem de meios para impedir o controle social. No caso investigado, foi o poder executivo, dado seu objetivo explícito de implantar as OS no Estado, que bloqueou o acesso do CES às OSS em MT.

Palavras Chave: Política de Saúde; Organizações Sociais em Saúde; Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso; Controle Social do SUS; Participação Democrática.

ABSTRATCT

The object of this thesis is the performance of the Social Health Organizations (OSS) in the health policy of MT in the period 2011-2018. In methodological terms, the study is qualitative, from the critical-dialectical perspective, and explanatory, based on a strategy. retroductive, conducted ex post facto. The objective is to find out how the intervention of two actors in health policy in Mato Grosso occurs, the OSS, of a private nature, and the State Health Council (CES), of a public nature. We investigated the influence of citizen participation in the implementation of health policy in Mato Grosso, as a consequence of the exercise of social control that takes place via health councils by these citizens. The technique used was the semi-structured interview, applied to the counselors, and documentary research, with analysis of CES minutes. Documentary research for OSS was also applied. The protagonism of these two actors emerged from 1988, within the scope of new mechanisms for the expression and treatment of new social demands to enable more political participation. The goal was to deepen democracy. The research tested the following hypothesis: the more private health management is, as in the case of the administration of public hospitals by the OSS, the degree of social control implemented by the CES is lower and thus restricts the participation of society. This results in the blockade of democracy. The study assumes that the participation of representatives of civil society in the management of health policies is a democratic advance, as it increases the participation of society. Transferring the administration of health facilities, such as hospitals, from the state to private organizations such as the OSS, may have the effect of undermining democracy. Theoretically anchored in Pateman's "Democracy and Participation" (1992) and Putnam's "Community and Democracy" (2000), we intend to unveil the process of citizen participation in the implementation of health policy in the state of Mato Grosso, in the context of a democratic society. The survey results suggest that the role of the OSS in MT health policy did not block democracy, since private organizations do not have the means to prevent social control. In the case investigated, it was the executive branch, given its explicit objective of deploying OS in the State, that blocked CES access to OSS in MT.

Keywords: Health policy; Social Health Organizations; State Council of Health of Mato Grosso; Social Control; Democratic Participation.

RÉSUMÉ

L'objet de cette thèse est la performance des organisations de santé sociale (OSS) dans la politique de santé de la TA entre 2011 et 2018. En termes méthodologique, l'étude est qualitative, du point de vue de la critique dialectique, et explicative, basée sur une stratégie rétroductif, réalisé ex post facto. L'objectif est de déterminer comment intervient l'intervention de deux acteurs de la politique de la santé au Mato Grosso, l'OSS, de nature privée, et le Conseil national de la santé (CES), de nature publique. Nous avons étudié l'influence de la participation des citoyens sur la mise en œuvre de la politique de la santé dans le Mato Grosso, conséquence de l'exercice du contrôle social exercé par le biais de conseils de santé par ces citoyens. La technique utilisée a été l'entretien semi-structuré, appliqué aux conseillers, et la recherche documentaire, avec analyse du compte rendu de la SCÉ. La recherche documentaire sur les logiciels libres a également été appliquée. Le protagonisme de ces deux acteurs est apparu à partir de 1988, dans le cadre de nouveaux mécanismes d'expression et de traitement des nouvelles demandes sociales afin de permettre une plus grande participation politique. L'objectif était d'approfondir la démocratie. La recherche a testé l'hypothèse suivante: plus la gestion de la santé est privée, comme dans le cas de l'administration des hôpitaux publics par l'OSS, le degré de contrôle social mis en place par la CES est plus faible et limite donc la participation de la société. Cela entraîne le blocus de la démocratie. L'étude suppose que la participation des représentants de la société civile à la gestion des politiques de santé constitue un progrès démocratique, car elle augmente la participation de la société. Le transfert de l'administration des établissements de santé, tels que les hôpitaux, de l'État à des organisations privées telles que l'OSS, peut avoir pour effet de saper la démocratie. Ancrés théoriquement dans «Démocratie et participation» de Pateman (1992) et «Communauté et démocratie» de Putnam (2000), nous avons l'intention de dévoiler le processus de participation citoyenne à la mise en œuvre de la politique de santé dans l'État de Mato Grosso, dans le contexte de d'une société démocratique. Les résultats de l'enquête suggèrent que le rôle de l'OSS dans la politique de santé de la TA n'a pas bloqué la démocratie, les organisations privées n'ayant pas les moyens d'empêcher le contrôle social. Dans le cas qui a fait l'objet de l'enquête, c'est le pouvoir exécutif, compte tenu de son objectif explicite de déploiement de système d'exploitation dans l'État, qui a bloqué l'accès CES aux logiciels libres dans MT.

Mots-Clés: Politique de Santé; Organisations Sociales de Santé; Conseil d'État de la Santé du Mato Grosso; Contrôle social; Participation Démocratique.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 - Sexo.....	146
Gráfico 2 - Cor.....	148
Gráfico 3 - Idade.....	149
Gráfico 4 - Escolaridade.....	150
Gráfico 5 - Formação dos representantes do CES de MT	151
Gráfico 6 - Participação em movimento ou organização social.....	223
Gráfico 7 - Movimento social/ Organização social que o conselheiro participa.....	225
Gráfico 8 - Frequência de participação no movimento social/organização social.....	229
Gráfico 9 - Função de direção em movimento social/organização social.....	230
Gráfico 10 - Tempo que exerce função de direção.....	231
Gráfico 11 - Segmento que representa no CES de MT.....	153
Gráfico 12 - Tempo é que é representante do CES de MT.....	231
Gráfico 13 - Recebeu algum tipo de capacitação.....	155
Gráfico14 - Objeto da capacitação.....	156
Gráfico 15 - A quanto tempo ocorreu a capacitação.....	157
Gráfico 16 - Quem promoveu a capacitação?.....	160
Gráfico17 - Atuação em outro conselho.....	161
Gráfico 18 - Outros conselhos em que o conselheiro atua.....	163
Gráfico 19 - Como o conselheiro define o CES/MT.....	164
Gráfico 20 - Como é definida a pauta de reuniões no CES de MT	166
Gráfico 21 - Os conselheiros são informados com antecedência a respeito da pauta.....	168
Gráfico 22 - De que modo são avisados da pauta.....	170
Gráfico 23 - Participou das eleições para prefeito ou vereador de sua cidade (2016).....	172
Gráfico 24 - Participou das últimas eleições brasileiras (2018).....	172
Gráfico 25 - Conhece os líderes comunitários de seu bairro ou região.....	173
Gráfico 26 - Participa do processo eleitoral para lideranças de seu bairro ou região.....	174
Gráfico 27 - Participou das últimas eleições para lideranças de seu bairro ou região.....	174
Gráfico 28 - Lê jornais, revistas, sites, blogs de notícia.....	175
Gráfico 29 - Frequência dessas leituras.....	176
Gráfico 30 - Procura de assuntos relacionados a sua cidade ou região.....	176
Gráfico 31 - Participação em associação desportiva ou cultural.....	177
Gráfico 32 - Frequência da participação em associação desportiva ou Cultural.....	177
Gráfico 33 - Em sua opinião, a participação cívica consolida a democracia no Brasil	235
Gráfico 34 - O que você quer dizer com isso.....	237
Gráfico 35 - Principais desafios em relação à participação cívica.....	239
Gráfico 36 - Como o conselheiro estadual entende a atuação das OSS na política de saúde de Mato Grosso.....	204
Gráfico 37 - Em sua opinião, o trabalho das OS dificulta o controle social na política de saúde de Mato Grosso.....	240

Gráfico 37.1 - Em sua opinião, o trabalho das OS dificulta o controle social na política de saúde de Mato Grosso - Motivação.....	242
Gráfico 38 - Quais os obstáculos que as OSS criam para o controle social da política de saúde ser exercido pelo CES.....	245
Gráfico 39 - Na atual (2018) condição da gestão da política de saúde de Mato Grosso há estímulo para o surgimento do conflito entre OSS e o Conselho.....	245
Gráfico 40 - Qual é o papel do CES referente à participação das OSS na política de saúde de MT?.....	178
Gráfico 41 - Em sua opinião a atuação das OSS bloqueia a participação democrática da sociedade na política de saúde?.....	248
Gráfico 41.1 - Por quê?.....	250
Gráfico 42 - Por que o protagonismo sobre o debate a respeito das OSS esteve com as Organizações Sociais de 2011 a 2015, e não com o CES que tem a prerrogativa de exercer o controle social sobre um meio da política de saúde?.....	180
Gráfico 43 - Como você avalia a importância do controle social exercido pelo CES para funcionamento da OSS?.....	199
Gráfico 44 - Qual é o lugar das OSS na política de saúde de MT?.....	200

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Resumo das privatizações no Brasil de 1990/2011.....	54
Figura 2 -	Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	74
Figura 3 -	A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde.....	99
Figura 4 -	Ciclo das políticas públicas.....	103
Figura 5 -	O Conselheiro sobre as OSS.....	188
Figura 6 -	Presidente do Sinpen.....	189
Figura 7 -	Representantes de entidades disseram não a implantação de OSS no PS de Cuiabá.....	190
Figura 8 -	Ativistas e conselheiros de saúde se reúnem e se posicionam contrários à parceria com OSS.....	191
Figura 9 -	Servidores da Saúde foram a Assembleia Legislativa pressionar os parlamentares para a criação de Lei de Iniciativa Popular.....	192
Figura 10 -	Mais de 21 mil assinaturas foram entregues aos parlamentares a fim de criar a Lei de Iniciativa Popular.....	193
Figura 11 -	Ambulâncias e motolâncias são usados em manifestação contra privatização do Samu.....	194
Figura 12 -	Sindicalistas entregaram na Assembleia Legislativa assinaturas contra contratos do OSS no setor público.....	194
Figura 13 -	Entidades sociais têm se mobilizado há um ano com coleta de assinatura para projeto de iniciativa popular.....	195
Figura 14 -	Protesto dentro da AL.....	196
Figura 15 -	Médicos têm feito protesto por causa das condições de saúde no Estado e contra OSS.....	197

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro comparativo das formas jurídico-institucionais.....	49
Quadro 2 -	Quadro da atuação das OSS de 2011-2018.....	119
Quadro 3 -	Hospitais Regionais em contrato de gestão OS, data de vigência do contrato e a situação atual.....	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Procedimentos Hospitalares do SUS (média e alta complexidade)	52
Tabela 2 - Procedimentos Hospitalares do SUS (média e alta complexidade)	55

LISTA DE SIGLAS

ABONG	Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACSC	Associação Congregação de Santa Catarina
ADERCO	Associação de Defesa do Rio Coxipó
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Assembleia Legislativa
AMDE	Associação Mato Grossense dos Deficientes
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CCJR	Comissão de Constituição, Justiça e Redação
CDPRE	Conselho Diretor do Programa de Reforma do Estado
CDSS	Determinantes Sociais da Saúde
CEADIS	Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Centro de Distribuição de Medicamentos de Cuiabá
CEMPRE	Cadastro Central de Empresas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES/MT	Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGE	Controladoria Geral do Estado
CIMS	Comissões Municipais de Saúde
CIS	Comissões Estaduais de Saúde
CISRTP	Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso
COREN/MT	Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso
COSEMS/MT	Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CREA/MT	Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Mato Grosso
CREF	Conselho Regional de Educação Física
CRF/MT	Conselho Regional de Farmácia de Mato Grosso
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRIS	Comissões Regionais de Saúde

CRM/MT	Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso
CRMV	Conselho Regional de Medicina Veterinária
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRP/MT	Conselho Regional de Psicologia de Mato Grosso
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CTCE	Controle Externo do Tribunal de Contas de Estado
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EPPGG	Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental
EUA	Estados Unidos da América
FAPS	Fundações de Apoio Privada
FASFIL	Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos
FCD	Representante da Fraternidade Cristã do Brasil
FE	Fundações Estatais
FEDP	Fundações Estatais de Direito privado
FEDPS	Fundações Estatais de Direito Privado
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FEMAB	Federação Mato Grossense das Associações de Moradores de Bairros
FETAGRI	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Mato Grosso
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIPLAN	Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças do Estado
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCP	Frente Nacional contra a Privatização
FSC	Fundação de Saúde Comunitária
FSE	Fundo Social de Emergência
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GIFE	Grupo de Institutos Fundações e Empresas
GSP	Grupo de Saúde Popular
HUs	Hospitais Universitários
IAPAS	Instituto de Administração Financeira
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBGP	Instituto Brasileiro de Governança Pública
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INDSH	Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPAS	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JCNS	Jornal do Conselho Nacional de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MP/MT	Ministério Público do Estado de Mato Grosso
MPE/MT	Ministério Público Estadual de Mato Grosso
MPOG	Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
MT	Mato Grosso
MT SAÚDE	Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores de Mato Grosso
NEGRA	Núcleo de Estudos sobre Educação, Gênero, Raça e Alteridade
NEOM	Núcleo de Estudos e Organização da Mulher
NGER/SES/MT	Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados/Secretaria de Estado de Saúde/ Mato Grosso
NOB	Norma Operacional Básica
NOBS	Normas Operacionais Básicas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSCS	Organizações da Sociedade Civil
OSS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PCB	Partido Comunista do Brasil
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PES/MT	Plano Estadual de Saúde/ Mato Grosso
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PL	Partido Liberal
PLC	Projeto de Lei Complementar
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMG	Programa de Modernização da Gestão
PMN	Partido da Mobilização Nacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica,
PNAFE	Programa Nacional de Apoio à Administração Fiscal para os Estados Brasileiros
PNP	Programa Nacional de Publicização
PP	Partido Progressista
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPA	Plano Plurianual

PPP	Parcerias Público Privadas
PRB	Partido Republicano Brasileiro
PRTB	Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PS	Pronto Socorro de Cuiabá
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTC	Partido Trabalhista Cristão
PV	Partido Verde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAD	Secretaria de Administração
SAFs	Sistemas Agroflorestais
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SBSC	Sociedade Beneficente São Camilo
SECEX	Secretaria de Controle Externo
SEFAZ/MT	Secretaria de Fazenda de Mato Grosso
SEMA/MT	Secretaria de Meio Ambiente do Estado de Mato Grosso
SEPLAN	Secretaria de Planejamento e Coordenação-Geral
SES/MT	Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso
SINDESS/MT	Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SINPEN	Sindicato dos Profissionais da Enfermagem
SINTEP	Sindicato dos Trabalhadores no Ensino Público de Mato Grosso
SPD	Partido Social-Democrata da Alemanha
SISMA	Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde e do Meio Ambiente do Estado de Mato Grosso
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNE	União Nacional de Estudantes
UNEMAT	Universidade Estadual de Mato Grosso
UPA	Unidade pronto Atendimento

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	12
LISTA DE FIGURAS	14
LISTA DE QUADROS	15
LISTA DE TABELAS	16
LISTA DE SIGLAS	17
INTRODUÇÃO	24
1 A RELAÇÃO ENTRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICA SOCIAL.....	32
1.1 Algumas teorias que definem o Estado e o Estado Moderno.....	32
1.1.1 A crise fiscal brasileira a partir dos anos de 1970: o processo de Reforma do Estado que culmina com a descentralização das ações estatais.....	37
1.1.2 Ascensão do Estado Neoliberal e a reforma gerencial da administração federal: o início da administração pública indireta e a entrada das primeiras OS - as Fundações de Apoio Privada (FAPs).....	38
1.1.3 O governo de Fernando Henrique Cardoso e a proliferação das Organizações Sociais - a entrada de pessoas jurídicas de direito privado - na política de saúde.....	40
1.1.4 Governos Petistas e a Relação com as OS.....	43
1.1.4.1 O governo “Lula” (2002-2010) e a criação das Fundações Estatais de Direito privado (FEDP) e as Fundações de Apoio Privadas (FAPs): O fortalecimento da Administração Pública Indireta.....	44
1.1.4.2 O governo de Dilma: As OS e as Políticas Públicas Reformistas no Brasil.....	53
1.1.4.2.1 O governo de Michel Temer do (PMDB): um desdobramento do governo de Dilma Rousseff? O que mudou?.....	60
1.2 A Sociedade Civil.....	61
1.2.1. A conceituação de Sociedade Contemporânea.....	64
1.3 Definindo Política, Política Pública e Política Social.....	66
2. A SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.....	71
2.1 O que é saúde: conceito descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS).....	72

2.2 A Saúde pública no Brasil: um pouco de história, passando pelas Conferências de Saúde até a Constituição de 1988.....	75
2.3 Saúde é um direito social inscrito na nova constituição do país – 1988.....	82
2.4 A saúde como um direito social garantido pela luta pelos direitos: os movimentos sociais e o movimento de Reforma Sanitária.....	87
2.4.1 A origem do Movimento Sanitarista.....	87
2.4.2 Os atores.....	88
2.4.3 As principais idéias do Movimento Sanitarista.....	89
2.5 O modelo de saúde adotado pelo Estado Brasileiro a partir de 1980 e as implicações para as Políticas de Saúde: o surgimento das OSS.....	91
3. AS OSS E CES/MT E O PROTAGONISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE DE MT	102
3.1 Como ocorre a formulação de uma Política de Saúde?.....	104
3.1.2 O caso das OSS de Mato Grosso: o 1º passo na formulação da agenda neoliberal e a mudança organizacional no setor público.....	106
3.1.2.1 2º passo: formulação das alternativas e os primeiros anos do governo de Blairo Maggi (2002-2010)	109
3.1.2.2 3º passo: Tomada de decisão no governo Silval Barbosa e a implementação das OS.....	109
3.2 Como ocorre a implementação de uma Política de Saúde?.....	111
3.2.1 Implementação das OSS no Estado de MT.....	112
3.3. Como ocorre a avaliação de uma Política de Saúde?.....	123
3.3.1 Como ocorreu a fiscalização das OSS na política de saúde de MT.....	125
3.3.1.1 Fiscalização pelo Estado.....	125
3.3.1.2 Fiscalização pelo CES.....	133
4. O CES, OS CONSELHEIROS E AS OSS EM MT.....	145
4.1 Conhecendo o CES de MT.....	146
4.2 Analisando as OSS em MT.....	202

4.2.1 A presença das OSS como um meio de realizar a política de saúde: o que dizem os conselheiros estaduais de saúde de MT.....	202
5. DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS PARA PENSAR	
A DEMOCRACIA.....	208
5.1 Teoria Clássica: dos gregos.....	209
5.2 A Teoria das Elites: Pareto, Mosca e Michels, Schumpeter.....	211
5.3 Teoria Contemporânea da Democracia.....	213
5.3.1 Democracia Deliberativa de John Rawls e Jürgen Habermas.....	213
5.3.2 Democracia Participativa de Carole Pateman.....	217
5.4 Influência da Participação sobre a Democracia.....	222
5.5 Análise dos dados empíricos acerca das questões referentes à Participação dos Conselheiros no CES/MT.....	223
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	252
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	254
ANEXOS.....	274

INTRODUÇÃO

Dada a importância atribuída aos Conselhos de Saúde a partir do referido marco legal sobre a participação – a lei 8142/1990 –, o atendimento de saúde por entes não estatais torna-se controverso. Cria-se, assim, um ambiente propício à emergência de polêmicas, das quais o Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES/MT)¹ é um de seus principais protagonistas.

Aos olhos da sociedade civil organizada, a participação de atores sociais na esfera da gestão pública é primordial. A presença de agentes não suscetíveis, por natureza, ao controle social, gera espaços limitados para o aprofundamento da democracia no Brasil. Esses agentes se orientam pela lógica neoliberal “de mercado” no interior das ações do Estado. Isso ocorre quando a gestão de unidades de saúde pública é transferida para organizações privadas, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), pois se trata de um contexto de demanda de participação social que confronta interesses mercantis, com repercussão sobre a gestão pública. Abre-se, portanto, espaço para maior ou menor participação política e ação coletiva da sociedade quando estão em jogo bens públicos, e a saúde é um de seus exemplares mais formidáveis. Será esta, portanto, uma arena de permanente conflito, mais ou menos agudizado na proporção em que o interesse privado penetra a esfera pública.

A partir do objeto de estudo desta tese, a atuação das OSS na política de saúde de MT no período 2011-2018, faz-se também necessário investigar o CES/MT — de natureza pública, dada sua importância para o exercício do controle social. O objetivo é conhecer e analisar os efeitos da atuação de organizações privadas na área da política de saúde sobre a democracia. Sendo assim, os conceitos de participação e controle social permitirão explicar os dados a respeito das possibilidades de a sociedade civil — representada em nosso estudo pelo CES — conseguir ou não influenciar a política de saúde do Estado de MT, visto serem as OSS de direito privado e impermeáveis à ação das organizações sociais.

As OSS são concebidas como modelos de terceirização de serviços públicos, na condição de executoras da Política de Saúde, fiscalizadas pelo CES, inserido no âmbito do Estado. Esses serviços são executados a partir dos termos acordados em um contrato de gestão. As referidas Organizações são escolhidas

¹ A partir deste momento toda vez que nos referirmos na tese ao CES nos referimos ao CES de MT.

pelos Estados por licitação pública, de acordo com os artigos 11 e 12 da Lei Federal nº 9637/1998. Deve-se destacar ainda que a ação da OSS, por lei, está submetida a um controle social, tendo como regulador² dessa relação — OSS e CES — o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na lei Federal nº 8142/1990, que confere primazia à participação dos cidadãos na execução da política de saúde. O resultado é um processo tensionado e marcado por conflitos que emerge na gestão da política de saúde a partir da simultaneidade de atuação entre organizações de natureza distinta — uma privada e outra pública.

A saúde é parte do tripé da Seguridade Social, portanto um direito social, e inscrita na seguridade social como sistema de proteção social aos cidadãos. É preciso considerar que a política de saúde, entendida como uma ação dos governos que influencia o direito dos cidadãos ao bem-estar, pela prestação de serviços, está contemplada na Constituição Federal de 1988, que prevê um Estado Democrático de Direito³. As políticas de saúde daí advindas passaram a sofrer revezes importantes, causados pela reforma ou contrarreforma do Estado. Abre-se, então, a possibilidade de constituição de nosso tema de tese. Este é possível, pois a política de saúde apresenta particularidades que podem ser contempladas a partir de uma investigação de eventos observados na política de saúde no Estado de Mato Grosso.

Os dados analisados são obtidos por entrevistas com os porta-vozes do CES/MT e a partir de fontes relacionadas às OSS. O estudo é uma pesquisa *ex-post-facto*, pois se debruça, sobre dados gerados referentes ao período 2011-2018, quando se inicia a implementação⁴ das OSS em Mato Grosso e quando se deu a relação entre OSS e CES. Com relação às OSS serão analisadas apenas cinco que atuaram em MT e que correspondem aos oito hospitais.

A pesquisa empírica foi realizada em 2019, para testar a seguinte hipótese: quanto mais privada é a gestão da saúde — terceirizada, portanto, como no caso da administração de hospitais públicos pelas OSS — o grau de controle social executado pelo CES é menor e, conseqüentemente, a participação da sociedade é restringida. A hipótese se fundamenta na premissa de que a

² Utilizamos o termo “regulador”, pois a lei possui um dispositivo regulatório.

³ Art. 194 e 196.

⁴ 1. Ação de implementar; ato de colocar em execução ou em prática; 2. Realização, efetivação ou execução de um projeto ou de uma tarefa, entre outros. Disponível em: <https://www.lexico.pt/implementacao/> Acesso em: 23 nov. 2018.

participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas de saúde é entendida como um avanço democrático, pois amplia a participação da sociedade no Estado, ao torná-lo mais permeável à ação pública, porém a transferência da administração de unidades de saúde, como hospitais, do Estado para organizações privadas (OSS), pode ter como consequência um bloqueio à democracia.

A formalização do vínculo entre saúde e participação se dá a partir de 1988, com a descompactação e diferenciação do conceito de democracia em várias dimensões. Adquire proeminência o foco na participação pública na execução desta política pública, uma consequência do exercício do controle social que se realiza via conselhos de saúde pelos cidadãos. A definição de controle social que utilizamos na tese é a empregada pelo SUS, na lei nº 8142/90, já mencionada: trata-se da participação popular, ou seja, do controle social pela participação dos cidadãos.

Segundo Pateman (1992), a participação democrática pode aumentar o senso de eficácia política, reduzir o distanciamento do centro de poder, além de possibilitar aos indivíduos preocupar-se com problemas coletivos, além de formar cidadãos ativos. O conceito de participação de Pateman (1992) não é suficiente empiricamente, entretanto, para mensurar em que extensão esta participação se circunscreve a procedimentos ritualísticos — participação instrumental, ou seja, sem efetividade — ou se é uma participação substantiva — participação com efetividade e com potência suficiente para gerar, de fato, o aprofundamento da democracia. Preencher essa lacuna é um dos objetivos teóricos de nosso trabalho. Para isto se fez necessário utilizar outro autor, Robert Putnam (2000), com base em seu livro “Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna”. Nele, o autor emprega o conceito “capital social”, realizado pelo associativismo. É um conceito que contribui para entender o processo de participação dos cidadãos na execução da política de saúde no Estado de Mato Grosso.

Em nosso trabalho, o processo democrático é entendido como o modo pelo qual a sociedade civil organizada participa e exerce o controle social sobre as políticas do Estado na área de saúde. O objetivo da definição é formular um conceito operacional que possibilite a relação entre a teoria e a realidade da política social de saúde. O procedimento permitirá tanto explicar o processo de realização das políticas sociais, como testar o potencial explicativo das teorias em foco.

A análise incide sobre as OSS — “[...] pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica,

[...] à cultura e à saúde[...].⁵ E sobre o CES — “[...] um órgão colegiado, de decisão superior, de caráter permanente e deliberativo, constituído pelo Decreto nº 1055/88”.⁶

Estamos interessados em compreender a dinâmica e o processo em que se manifesta a participação política, ação coletiva. No caso analisado, a relação público e privado, a fim de captar a diversidade de modos de exercício do poder, para além dos modos convencionais. Para tanto, o caminho a ser percorrido vai em direção a uma crítica ao padrão emergente de intervenção social por parte do Estado. Referimo-nos aqui à mudança gradativa e, porque não dizer, “intencional” das funções do Estado de Bem-Estar Social⁷ pelo chamado Estado Mínimo. Levaremos em consideração o fato de que os ambientes sociais representam modelos políticos e econômicos e, portanto, expressam lutas e conflitos disseminados no cotidiano.

Entendemos que os direitos à saúde, bem como o acesso à bens e serviços sociais em saúde, tornam-se indissociáveis do direito à vida, e que a Constituição Brasileira de 1988 tem como princípio o valor da igualdade entre as pessoas. A importância dessa tese está ligada diretamente à questão da participação. Conforme a análise clássica de Pateman (1992) a respeito da democracia há três possibilidades de participação:

1. Pseudoparticipação;
2. Participação parcial;
3. Participação plena.

A teoria da democracia participativa, de imediato sugere uma questão básica: como podemos pensar a participação dos atores nos Conselhos de Saúde em vista do ideal democrático? É o que analisaremos.

Em termos metodológicos, a pesquisa terá uma abordagem qualitativa, conforme a perspectiva crítico dialética, de tipo descritivo. O estudo se vale de uma estratégia retrodutiva, por isto o recorte temporal de 2011-2018, pois busca descobrir os mecanismos subjacentes para explicar as regularidades observadas. Como a

⁵Lei Federal nº 9.637/98. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm Acesso em: 26 set. 2017.

⁶Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 28 jun. 2017.

⁷Cabe lembrar que a definição de Estado de Bem-Estar Social é aquela em que o Estado é agente da promoção social e organizador da economia. Considerando a realidade brasileira, este tipo de estado não se materializou conforme ocorreu nos moldes dos chamados países desenvolvidos.

pesquisa trata da participação social, analisamos a atuação das OSS e a atuação dos conselheiros do CES no referido período na política de saúde em Mato Grosso.

Será utilizado o método de pesquisa de campo, utilizando as técnicas de entrevistas semiestruturadas, apoiadas no quadro teórico, nos objetivos e nas hipóteses da pesquisa, e o método de pesquisa documental. A metodologia da pesquisa estará baseada nos seguintes procedimentos, de modo a permitir um diálogo consistente entre os dados e a teoria. Descreveremos, a seguir, as ações de natureza metodológica:

1. Revisão da literatura: esta centrar-se-á na teoria da democracia participativa, e a fim de aprofundar este entendimento, outros conceitos serão estudados: como controle social e capital social;
2. Planejamento da pesquisa de campo: no que diz respeito ao trabalho de campo, com vistas ao diálogo entre teoria e dados, as ações a serem executadas visam coletar informações que possibilitem a descrição da realidade e a identificação dos efeitos da ação das OSS sobre a participação da sociedade civil representada pelo CES/MT, tomada em nosso estudo como indicador do processo de democratização. Obtidos os dados, os efeitos serão explicados pela teoria da democracia como participação.

Descreveremos, a seguir, os procedimentos necessários à coleta e análise dos dados. As unidades de análise do estudo serão duas:

1. As OSS, representadas pelos seus porta-vozes, os gestores do(a):
 - i. O Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (IPAS), que administra;
 - ii. A Sociedade Beneficente São Camilo (SBSC);
 - iii. A Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC);
 - iv. O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH);
 - v. A Fundação de Saúde Comunitária.

Quanto a esta unidade de análise cabe salientar que, apesar de vários esforços realizados por esta pesquisadora em contatos por e-mail e telefone, por meses com os gestores dos referidos hospitais das OSS, não foi possível realizar a técnica de entrevistas devido as suas inúmeras negativas. Realizou-se então apenas o método da pesquisa documental.

2. O CES/MT nas gestões de 2011 a 2018 representados pelos seus porta-vozes, os conselheiros estaduais de saúde. Como a pesquisa trata da participação social, analisaremos a atuação dos conselheiros. Para tanto, foram escolhidos os

conselheiros titulares e suplentes de cada gestão, pois ambos atuam na instituição no referido período. Trata-se dos indivíduos aptos a fornecer os dados que permitam testar a hipótese de pesquisa. Além de entrevistas foi também realizada uma pesquisa documental no CES. Os documentos do CES analisados nesta pesquisa são as atas das reuniões plenárias do órgão. Como se trata de documento público, não demanda autorização para acessá-lo.

Após a escolha da unidade de análise, é preciso especificar qual é o conjunto de indivíduos e instituições para os quais os resultados da pesquisa são válidos. Nesta pesquisa, trata-se das OSS e CES. A seleção se deve ao fato de que o estudo dessas organizações torna possível observar como a ausência ou a presença de controle social influencia na participação da sociedade civil e seus efeitos sobre a democracia.

Dentre os vários atores do universo selecionado, as fontes do estudo são os porta-vozes das organizações investigadas — as OSS e o CES. A opção resulta do fato de que a posição que ocupam nas instituições analisadas permite-lhes ter uma visão profunda e abrangente da atuação dessas organizações. Trata-se de um atributo fundamental para gerar os dados necessários à nossa investigação sobre as interfaces democracia, participação e controle social. Como já mencionado com relação às OSS foi efetuada a pesquisa documental sendo a coleta de dados sobre o período de 2011 a 2018. A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2018.

Em relação ao CES, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas em 18 de março de 2019, sob o número de registro CAAE: 02861218.3.0000.5339. O encaminhamento a este Comitê, se deve à técnica de entrevistas, que foram realizadas com os atores que participam do controle social da política de saúde de MT. Foram entrevistados 17 conselheiros de um total de 30 conselheiros. A justificativa para não participação para as entrevistas foi devida a várias razões, dentre elas: não terem sido conselheiros titulares no período demarcado, não quererem se envolver com a temática proposta, não se encontrarem em Cuiabá/MT no momento da entrevista. Entrevistamos conselheiros dos três segmentos: a) Governo, b) Trabalhador/Prestador de serviços, c) Usuário. Também foi realizada pesquisa documental onde foram utilizados leis, artigos, documentos e sites de internet. A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2019.

A partir da definição da amostra, sorteamos do universo investigado alguns conselheiros para realização do pré-teste. Após a correção do instrumento, iniciamos as entrevistas. Pelos contatos telefônicos com os conselheiros, foi possível agendar as entrevistas, de acordo com os horários e a disponibilidade de cada um dos entrevistados. Após a realização das entrevistas, cujos depoimentos foram gravados, passamos para a etapa de transcrição, que totalizou 40h de gravação.

Esta tese está assim dividida:

O capítulo 1 trata da relação entre Estado, Sociedade e Política Social. Com relação ao Estado, abordaremos algumas teorias que o definem, a crise fiscal brasileira dos anos 70, o processo de Reforma do Estado que culmina com a descentralização das ações estatais, a ascensão do Estado Neoliberal e a reforma gerencial da administração federal, a entrada das primeiras Organizações Sociais na política de saúde, e, por fim, a análise dos governos de FHC, Lula e Dilma. Quanto à Sociedade Civil, trazemos a discussão acerca de sua gênese e da Sociedade Civil Contemporânea, esta última dialogando com o Estado e os Movimentos Sociais. Seu contexto é a efetivação de direitos - a democratização na saúde conforme texto o Constitucional de 1988 -, que instituiu o exercício do controle social por parte da sociedade e que trouxe a conquista de espaços de exercício da democracia, como o CES/MT. Também estimulou o debate acerca da qualidade dos serviços em saúde. Em seguida, elencamos os conceitos de Política, Política Pública e Política Social. A meta é conhecer os critérios que permitem retratar diretrizes e princípios norteadores da ação do poder público estatal, fazendo com que uma política de saúde seja preferível a outra.

O capítulo 2 aborda a Saúde como expressão da questão social. Consideraremos inicialmente o aspecto conceitual da “saúde” descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para, em seguida, trazer um pouco da história da Saúde Pública no Brasil, passando pelas Conferências de Saúde até a Constituição de 1988, para então chegarmos a Saúde como um direito social inscrito na nova constituição do país – 1988. Traremos à discussão o Movimento sanitarista, seus atores e as principais ideias para refletirmos sobre o modelo de saúde adotado pelo Estado Brasileiro a partir de 1980 e as implicações para as Políticas de Saúde, bem como o surgimento das OSS.

O capítulo 3 discute as OSS e CES/MT, bem como dos seus protagonismos na política de saúde. Apresentamos o surgimento das OSS enquanto

estratégia neoliberal, iniciada no governo de Blairo Maggi. Na sequência, apresentamos o CES e suas ações desenvolvidas, com ênfase nos atores e movimentos sociais.

O capítulo 4 versa sobre os dados coletados nas entrevistas, na pesquisa documental, e nas atas, sobre as OSS e o CES. As OSS são analisadas como um meio de realizar a política de saúde de MT.

O capítulo 5 disserta sobre as diferentes concepções teóricas de democracia e de participação. Posteriormente trazemos os dados referentes a pesquisa sobre democracia e participação no CES.

1. A RELAÇÃO ENTRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICA SOCIAL

O objeto de análise deste capítulo é a relação entre Estado e Sociedade, mediada pela Política Social compreendida enquanto dispositivo de resolução de problemas sociais. Investigamos, ao mesmo tempo, as diferentes demandas e necessidades oriundas dessa relação, partes de uma dinâmica que faz emergir contradições, muitas vezes políticas. Entendemos que é impossível analisar a questão social — enquanto direitos sociais realizados pelas políticas sociais — dissociados do contexto capitalista em que se encontra o Estado Brasileiro.

A partir da reflexão proposta, o capítulo abordará a estrutura do Estado, pois se constitui das instituições – ministérios, secretarias, promotorias, legislativo – responsáveis pela concepção e implementação das políticas públicas, ao mesmo tempo em que formula a base legal que as regulamenta. É da natureza da organização estatal a permanência.

Em um segundo momento abordamos a estrutura da Sociedade Civil organizada. Podemos afirmar que em uma sociedade democrática ocorre o controle social das ações do Estado, como estratégia política, exercida pela participação e assumida enquanto um dos fundamentos da democracia.

Em seguida, tratamos da Política Social, pois é da relação Estado/Sociedade que emergirão os movimentos sociais, criados para garantir direitos, bem como a consolidação de uma política pública de saúde, por exemplo. A política de saúde é entendida neste estudo como parte das políticas sociais, que correspondem à ação dos governos para viabilizar o direito ao bem-estar dos cidadãos, pela prestação de serviços. Dentro dessa prestação de serviços à população analisamos as OSS, terceirizadas executoras da política de saúde no Estado de Mato Grosso (MT).

1.1 Algumas teorias que definem o Estado e o Estado Moderno

Em primeiro lugar, afirma Dallari (2003 apud CASTRO, 2007, p.3), o Estado é uma instituição que há muito acompanha o homem, sempre integrado a uma organização social e com autoridade para coordenar os diferentes grupos de uma sociedade. Em segundo lugar, como sugere o autor Dallari (2003 apud CASTRO, 2007, p.4), embora devamos reconhecer a antiguidade do Estado, ele não foi pré-condição para as sociedades existirem. Estas, pelo contrário, o antecedem, e o engendram conforme suas necessidades. Por último, de acordo com Schmitt

(1994) “[...] o conceito de Estado não é conceito geral válido para todos os tempos, mas conceito histórico concreto surgido quando nasceu a ideia e a prática de soberania.” (apud CASTRO, 2007, p.4).

Ao longo da história humana vários estudiosos se dedicaram à árdua tarefa de conceituar, descrever e destacar características do Estado:

I - Teoria do direito divino sobrenatural - Jacques Bossuet (1627-1704); II Teoria do direito divino providencial - São Crisóstomo, Santo Agostinho, São Tomás de Aquino, Suarez, Soto, Molina, Mariana (defensores da escola espanhola); III - Teoria contratualista – Hobbes, Locke e Rousseau. (MALUF, 2018, s/p).⁸

A chegada do Estado moderno é uma consequência da própria modernização da sociedade iniciada no séc. XV e culminando com a Revolução Industrial do século XVIII. Historicamente o Estado Moderno é marcado pela ascensão da burguesia, detentora do poder econômico, e pelo novo modo de legitimação de poder a democracia.

O Estado Moderno apresenta algumas características, a saber:

- i. Autonomia, isto é, plena soberania do Estado, que não permite que sua autoridade dependa de nenhuma outra;
- ii. Distinção entre o Estado e a sociedade civil;
- iii. Diferença entre o Estado moderno e o modelo de Estado Medieval. (SCHLICKMANN; KOCH, 2013).

O Estado Liberal, que emerge no século XVIII, é consequência direta das Revoluções Liberais na França e na Inglaterra. Neste, o homem passa de súdito a “[...] cidadão, ante as garantias de direitos individuais de que passou a ser detentor, principalmente dos direitos inerentes à igualdade e à liberdade. [...]. (CORREIA, 2010, p. 28). Os “contratualistas” também se preocuparam em identificar a nova ordem institucional. De acordo com essa, produz-se um pacto social entre os indivíduos e o Estado. Para Locke, “[...] o Estado aparece como árbitro imparcial acima das partes, que impede a degeneração da sociedade natural, dirigida pelas leis da natureza e da razão [...]” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000 apud SANTOS; IRMÃO, 2011, p.76).

⁸ Disponível em:

<https://forumdeconcursos.com/wp-content/uploads/wpforo/attachments/2/1659-Teoria-Geral-do-Estado-Sahid-Maluf-2018.pdf> Acesso em: 17 jan. 2017.

O Estado liberal é identificado por Polanyi (1957) como um “[...] período de alta ebulição social, política e econômica [...] predominância do mercado como principal instituição política e econômica e [...] progressiva internacionalização da economia e do comércio.” (apud MORAES, 2014, p.271). Esse modelo Estatal entra em crise no início do séc. XX, e faz emergir o conflito entre ordem espontânea⁹ e ordem planejada¹⁰. “A relação entre Estado e mercado/economia é balizada por duas compreensões antagônicas desse fenômeno, quais sejam, o liberalismo e o intervencionismo”. (CENCI; BENDIN; FISCHER, 2011, p. 78). Respectivamente surgem o Estado Liberal e Social.

O primeiro teve como princípio a intervenção mínima na esfera econômica, deixando aos atores puramente econômicos a atuação no mercado – apostando na existência de uma “mão invisível” reguladora da economia, tal como se esta fosse capaz de se “autorregular” –, ao passo que o segundo entende ser imprescindível a intervenção do Estado com o intuito primordial de assegurar a prática dos direitos sociais. (CENCI; BENDIN; FISCHER, 2011, p. 78).

Os marxistas e suas teorias sobre o Estado surgem no século XX, como crítica ao Estado liberal. Sua resposta é o Estado Social¹¹ que surge, “[...] como consequência do clamor das massas e dos desafios econômicos postos a seu cargo [...]” (MORAES, 2014, p. 275). No Estado Social o adjetivo “social”, refere-se “[...]à correção do individualismo clássico liberal pela afirmação dos chamados direitos sociais e realização de objetivos de justiça social.” (SILVA, 1999 apud MORAES, 2014, p. 275).

Para entender a crítica ao Estado Liberal, nos valemos de Marx pela sua capacidade de apresentar os limites do liberalismo como fundamento da concepção de Estado. A escolha deste pensador se deu em função do seu método histórico-crítico de análise. Com isto queremos dizer que para Marx o mercado não se autorregula de modo a evitar crises, pois é um ente histórico social. Nesse sentido Marx lança as bases do que virá ser a crítica ao mercado autorregulado característico da concepção liberal. Esse é o ponto de partida para emergência do Estado de bem-estar social no século XX.

⁹Ordem que emerge na sociedade sem nenhum planejamento e que é coordenada pelas ações dos indivíduos, racionais embora na sua gênese não esteja presente uma intencionalidade.

¹⁰Trata-se da ordem que resulta da intencionalidade dos agentes realizada por um órgão de planejamento central, situado na burocracia do Estado na maioria dos casos.

¹¹A proposta marxista de Estado é do estado planejador, pela ferramenta da planificação econômica centralizada.

Marx e Engels, críticos da ordem liberal, consideram o Estado como

[...] a forma pela qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer seus interesses comuns e na qual se resume toda a sociedade civil de uma época, conclui-se que todas as instituições comuns passam pela mediação do Estado e recebem uma forma política. (MARX; ENGELS, 2007 apud MACHADO, 2010, p. 53).

Perpassando através da análise de Carnoy (1990), encontramos dois momentos em que Marx define o Estado:

[...] I. ele colocou o Estado em seu contexto histórico e o submeteu a uma concepção materialista da história. Não é, portanto, o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado e, essa por sua vez, se molda pelo modo dominante de produção e das relações de produção inerentes a esse modo. II. [...] defendia que o Estado emerge das relações de produção, não representando o bem-comum, antes é a expressão política da estrutura de classe inerente à produção. (CARNOY, 1990 apud SANTOS; IRMÃO, 2011, p.76).

O Estado Social se instalou na Europa, mais especificamente na Alemanha, onde foi estabelecida

[...] uma “solução de compromissos” ou “compromisso constitucional”, com o objetivo de impedir as aspirações revolucionárias de uma parte do operariado alemão, mesmo depois da derrota do movimento Spartakista, em 1918, que desejava instalar na Alemanha um Estado Socialista nos moldes da Revolução Russa de 1917. (CENCI; BENDIN; FISCHER, 2011, p. 85).

O Estado Social tinha como características:

- i. Garantir aos cidadãos os direitos mínimos necessários a uma existência digna;
- ii. Situa-se no plano do ser;
- iii. Seu conteúdo é econômico e social;
- iv. Visa aperfeiçoar as condições de vida do cidadão, pela imposição ao Estado de uma conduta positiva de modo a garantir-lhe direitos básicos como, trabalho, saúde, educação e moradia, entre outros. (CORREIA, 2010).

A queda da bolsa de Nova York marcou a crise de 1929. Como emergência vários países sofreram com “[...] a falência de empresa, gerando desequilíbrio econômico, altas taxas de inflação, desemprego, tensões sociais e diminuição da confiança no sistema, [...]” (STRECK; MORAIS, 2003 apud CORREIA, 2010, p. 32). Itália e Alemanha dão respostas diferentes à crise: a primeira passa pela experiência do fascismo e a segunda pelo nacional-socialismo.

Enquanto isso Estados Unidos, respondem ao colapso pelo New Deal, um programa de investimento massivo em obras públicas.

O Estado-Providência ou Estado de Bem-Estar Social, emergiu a partir do final da II Guerra Mundial principalmente na Europa, onde seus princípios foram defendidos pela social democracia. O Estado-Providência é um tipo de

[...] organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população (SCHUMPETER, 1908, p. 213-232)¹².

São três os modelos de Estado de Bem-Estar:

- i. Residual, em que a política social intervém *ex post*;
- ii. Meritocrático-particularista, segundo o qual todos devem estar aptos a prover suas próprias necessidades, por seu próprio mérito. Neste, cabe à política social intervir somente para corrigir as ações do mercado;
- iii. Institucional redistributivo, em que o sistema de bem-estar é parte integrante da sociedade e volta-se à distribuição de bens por meios “extra mercado”, garantindo acesso universal a esses bens (DREIBE, 1989 apud MORAES, 2014, p. 276).

As tentativas de implementação do Estado de Bem-Estar no Brasil, por sua vez sempre se depararam com uma crise fiscal crônica. Nossa análise considera o período a partir dos anos de 1970, pois gerou profundas consequências para os serviços de saúde prestados à população, desde então.

1.1.1 A crise fiscal brasileira a partir dos anos de 1970: o processo de Reforma do Estado que culmina com a descentralização das ações estatais

Os anos de 1980 iniciam uma grave crise fiscal. Demarcamos, para fins de análise o período de governo do general Figueiredo (1979 a 1985). A crise apresentou-se em três frentes

Crise econômica: não só brasileira, mas mundial, que fragilizou a aliança do regime militar com o empresariado nacional. Em conjunto com as pressões das reivindicações populares, sindicais e de

¹² Disponível em: <http://socserv.mcmaster.ca/econ/ugcm/3ll3/schumpeter/socialval.html> Acesso em: 23 out. 2016.

entidades de oposição liberal, acirrou uma crise política.; Crise social: a concentração de renda que já vinha da época do 'milagre econômico' somada ao arrocho salarial e ao desemprego, desencadearam uma série de tumultos ('quebra-quebra' e saques).; Crise moral: perda de legitimidade do regime, denúncias de corrupção e crimes do colarinho branco. (ESCOREL apud GIOVANELLA et al., 2008, p. 6).

A “abertura política” não foi capaz de tirar o foco da crise fiscal.

[...] Estados e governos em diferentes níveis de desenvolvimento passam a rediscutir qual o papel que o Estado deve ter na economia e na vida política dos cidadãos, e qual deve ser a forma que o aparato governamental e administrativo deve assumir. (SCHMIDT, 2016, p. 3).

É chegada a hora de repensar o modelo de Estado. Esta discussão “[...]ganhou novos contornos a partir da década de 1980, quando se iniciou um processo de reformas no Estado, inicialmente nos países desenvolvidos e depois nos países em desenvolvimento.” (COSTA, 2000, p. 49). Ainda para o autor, existem algumas razões para se fazer a reforma do Estado, “Ela expressa uma nova composição das forças sociais, a concretização de um movimento conservador que buscou suprimir os avanços construídos, a partir do modelo do Estado de Bem-Estar Social. (COSTA, 2000, p. 51-52).

Com a morte de Tancredo Neves¹³, em 1985, assume o vice José Sarney do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), entre 1985-1990¹⁴. Ao iniciar o mandato, José Sarney enfrentaria uma “[...] crise econômica, cujo início remonta aos idos de 1974, prosseguiu desdobrando-se, adquirindo um contorno ainda mais dramático.” (MACARINI, 2009, p. 1). A reforma adotada pelo Estado Brasileiro, envolvia a restrição de gastos públicos, o que culminou na adoção do neoliberalismo na década de 1990.

O Estado brasileiro foi sendo influenciado por uma tendência mundial em direção à descentralização de suas ações. No período de Sarney “Já nos primeiros meses de governo foram tomadas várias medidas para restaurar a ordem

¹³ Tancredo de Almeida Neves foi eleito em 1984 “[...]o grande arquiteto da transição democrática brasileira dos anos de 1980, quando abandonou-se, sem grandes traumas, a ditadura militar para a retomada da democracia sólida, como se pode comprovar 25 anos depois. As bases da estabilidade institucional foram lançadas pela sua ação conciliadora”. Disponível em www.db.camara.gov.br.

¹⁴ Nascido José Ribamar Ferreira de Araújo Costa adotou o nome de "Sarney" oficialmente em 1965, em homenagem ao pai, Sarney de Araújo Costa, mas, muito antes disso, ele já era conhecido como "Zé de Sarney", isto é, José, filho de Sarney, e desde 1958 vinha se utilizando do nome para fins eleitorais. Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Sarney Acesso em 18 de set de 2017.

democrática que possibilitaram, em 1988, a aprovação de uma nova Constituição.” (ESCOREL apud GIOVANELLA et al., 2008, p. 7). A partir da construção do Estado Moderno Brasileiro, e com a Constituição Federal de 1988 teremos dois grandes movimentos: 1) o redesenho das políticas de saúde, introduzindo um modelo privatista de atendimento à população, no caso específico desta tese, as OSS, que vieram a atuar em MT; 2) e a participação dos cidadãos nas políticas de saúde pelo controle social, garantido pela lei 8.142/90 da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1.2 Ascensão do Estado Neoliberal e a reforma gerencial da administração federal: o início da administração pública indireta e a entrada das primeiras OS - as Fundações de Apoio Privada (FAPs)

O novo presidente brasileiro, Fernando Collor de Melo, filiado ao Partido Trabalhista Cristão (PTC) e seu vice, Itamar Augusto Cautiero Franco, tomam posse em 1990, em meio a uma crise fiscal pela qual passavam muitos países latino-americanos.

O governo é pressionado por mecanismos internacionais como Banco Mundial (BM), Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI), que exigiam mais controle da dívida pública, para mais empréstimo. O conjunto de medidas de maior impacto adotadas por Fernando Collor “[...] buscava atacar dois graves problemas: a inflação e a crise fiscal do Estado”.¹⁵ Apesar do grande embate entre forças conservadoras e liberais nos aspectos econômicos, sociais e culturais, é na saúde que se vê o futuro desmonte em relação à prestação de serviços e um olhar privatista. Esta inclui a terceirização de serviços em saúde no governo de Collor, com a Lei nº 8.031, que criou o Programa Nacional de Desestatização “Dentro desse programa, a privatização adquiriu um novo sentido e passou a ser vista de uma forma muito mais abrangente”.¹⁶ As ações do governo vão ficando cada vez mais explícitas.

A clara intenção de gerir o desmonte de serviços prestados à população aparece quando é aprovado o Projeto de Lei Orgânica da Saúde (LOS) em setembro

¹⁵Disponível

http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiiisemanaderelacoesinternacionais/o-projeto-da-reforma_thais-caroline.pdf Acesso em: 23 jan. 2018.

¹⁶Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/viewFile/7986/7374> Acesso em: 23 jan. 2018.

de 1990 (Lei 8080/90). E este processo se intensifica “[...], a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - a Norma Operacional Básica (NOB) 1/91[...]”. (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 49). Contrariando o movimento sanitaria e os ideais propostos no SUS, essa lei proporciona a entrada das Organizações Sociais (OS), pois, aborda a assistência à saúde exercida pela iniciativa privada como complementar as ações do próprio SUS.

§ 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.¹⁷

Em 1992, Collor de Melo – como ficou conhecido - sofreu um processo de impeachment e no seu lugar assume o vice-presidente o senhor Itamar Franco¹⁸, que governaria de 1992-1994. Para Ramos continuam “As privatizações, o corte de verbas públicas para as áreas sociais, a flexibilização das leis trabalhistas, dentre outras ações, faz parte do processo de legitimação da política neoliberal[...]” (RAMOS, 2010, p. 144). O governo de Itamar Franco, para estabilizar a economia brasileira, criou, com o Plano Real, o “[...] Fundo Social de Emergência (FSE), instituído pela Emenda Constitucional de Revisão 01/1994”.¹⁹ Ainda em seu último ato como presidente, sanciona a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, que trata das relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as Fundações de Apoio (FAPs)²⁰. Estas atuavam juntamente nos hospitais escolas das universidades federais. Surgem as primeiras OS na esfera federal, na atuação de serviços públicos à população.

¹⁷Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf Acesso em: 23 fev. 2018.

¹⁸Itamar Augusto Cautiero Franco governou de 1992 e 1994 após seu antecessor, Fernando Collor, ter sido afastado da presidência por um processo de impeachment.

¹⁹Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/ECR/ecr1.htm Acesso em: 23 jan. 2018.

²⁰As Fundações de Apoio são instituições de direito privado instituídas pelo Código Civil – Lei 10.406/2002, veladas pelos Ministérios Públicos Estaduais, credenciadas pelo MEC e MCTI, e integram o Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico, Tecnológico e de Inovação do País. A lei que rege as Fundações, é a Lei 8.958 de 20 de dezembro de 1994, regulamentada pelo Decreto Nº 7.423 de 14 de dezembro de 2010. Disponível em <http://confies.org.br/institucional/as-fundacoes-de-apoio-e-as-instituicoes-de-ensino-superior-uma-relacao-que-precisa-ser-entendida-pela-sociedade> Acesso em: 23 fev. 2018.

1.1.3 O governo de Fernando Henrique Cardoso e a proliferação das OS – a entrada de pessoas jurídicas de direito privado – na política de saúde

Fernando Henrique Cardoso (FHC) do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) assume à presidência do Brasil em janeiro de 1995. Em seu primeiro mandato, “[...]atento à cartilha de ajustes estruturais com vistas ao alívio da pobreza [...] reorganizou o setor público com vistas ao crescimento econômico e à modernização do País.” (RAMOS, 2010, p. 144). O processo de enxugamento do Estado, desestatização²¹ juntamente com as privatizações, terceirizações que ocorreram já no primeiro período do governo de FHC. Foi gestado desde o governo de Collor de Mello, com a edição do Programa Nacional de Desestatização - Lei nº 8.031/90.²² No governo de FHC, já no primeiro mandato, foi feita a troca da administração direta a qual

[...] foi apontada como incapaz de atender as necessidades atuais, em especial no que refere à capacidade de funcionamento dos hospitais, o que demandaria outro modelo jurídico-institucional que atuasse no sentido contrário à burocratização, atendendo efetivamente as necessidades dos cidadãos, de forma ágil, participativa e pautada em resultados. (BRASIL, 2007 apud SILVA, 2012, p. 50).

Para a administração indireta se observam atributos de descentralização das ações do Estado, segundo Decreto-Lei 200/1967.²³ Na administração Federal as duas maneiras de administrar são aceitas. É este decreto Decreto-Lei 200/67, que propõe que a administração pública também se torne indireta, ou seja, com características de descentralização, desoneração por parte do Estado, que FHC utilizou para a reforma da administração pública no período que governou. No governo de FHC “O setor privado passou a ser considerado o mais eficiente na gestão dos recursos, em uma relação de oposição ao funcionamento burocrático do Estado.” (SANTOS 1999 apud SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p. 146).

Com a intenção de aliviar as despesas do governo com a saúde, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Um imposto cobrado por todas as movimentações financeiras feitas por pessoas jurídicas e

²¹ Desestatização é a venda de ativos públicos ou a transferência da prestação de serviço público à iniciativa privada por prazo determinado. Disponível em: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/transparencia/desestatizacao>

²²Disponível em: <http://www.irbcontas.org.br/site/index.php/2014-11-07-12-36-15/publicacoes/item/686-artigo-o-novo-marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-por> Acesso em: 29 jan. 2018.

²³Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm acesso em: 29 jan. 2018.

físicas. A alíquota inicial era de 0,25%²⁴. A reforma do Estado ficou a cargo do Ministro Bresser Pereira e da nova pasta criada, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Para Costa

A crise do Estado foi associada à crise fiscal. O Estado perdeu a capacidade de tornar positiva a poupança pública, perdeu a capacidade de investimento e de promover o processo de desenvolvimento econômico. A partir de uma crise fiscal colocou-se uma crise gerencial. (2000, p. 62).

A justificativa estava assim descrita no documento que foi submetido a Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995. “[...], a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais”.²⁵ Em 1995, quando sai o documento de Reforma de Estado²⁶, Bresser-Pereira já propunha a ideia do SUS descentralizado, a chamada “competição administrada” entre os fornecedores de serviços de saúde. Assim

[...] legalizando o processo de privatização, direta e indireta das políticas públicas, com o programa de publicização e com a criação de novos modelos de gestão como as Organizações Sociais (OSs) ou pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). (SANTOS, 2013, p. 2).

A criação e a publicização do projeto, chamado “Organizações Sociais” pelo MARE, ficou a cargo do Programa Nacional de Publicização (PNP), com a finalidade de “[...]com o discurso de obtenção de maior eficiência, eficácia e racionalidade dos gastos públicos, além de desburocratizar as ações estatais.” (XIMENES; SCHMALLER; BEZERRA, 2018, p.114). A publicização é [...] a transferência da execução de atividades, [...], para entes privados sem fins lucrativos, a partir da concessão de equipamentos estatais, recursos humanos e financeiros. (BRASIL, 1995 apud SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p.146). A proposta

²⁴Criada para arrecadar verbas destinadas à Saúde Pública, durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, através da Emenda Constitucional nº 12, 16 de agosto de 1996. Disponível em: <https://www.significados.com.br/cpmf/> Acesso em: 26 jan. 2018.

²⁵Disponível em: http://bresserpereira.org.br/_wp/wp-content/uploads/2018/05/planodiretor.pdf Acesso em: 26 jan. 2018.

²⁶O Plano Diretor da Reforma do Estado foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado e, depois de ampla discussão, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida foi submetido ao Presidente da República, que o aprovou na forma ora publicada. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 26 jan. 2018.

de Bresser- Pereira era que os serviços [...] na área da saúde, [...] “serviços competitivos ou não-exclusivos”, seriam transferidos para entidades do setor público não estatal, qualificadas como Organizações Sociais (OS). (BRASIL, 1995 apud SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p.146).

O que Bresser - Pereira propõe no MARE era também atingir os hospitais escolas das universidades federais “[...] a autonomia dos administradores hospitalares, no caso dos hospitais estatais, só será viável através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não estatais – as OS.” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p.19). Ele também reativa a lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, que dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as FAPs, lei sancionada pelo ex-presidente Itamar Franco. Estas Fundações estarão ligadas aos hospitais escolas das universidades federais. Em 1997, o Governo Federal, do então presidente FHC, editou a Medida Provisória nº1.591/1997, que

[...] dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.²⁷

No segundo mandato de FHC (1998-2002), as ações neoliberais estão direcionadas para os esforços na busca da racionalidade econômica e do enxugamento do Estado, e as OS fazem parte dessas ações. A entrada das OS tinha como objetivo “[...] melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro, sem dúvida, os recursos são escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de geri-los.” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 19). Estas OS visavam abranger diversos setores, dentre eles o ensino, a pesquisa científica, o desenvolvimento tecnológico, a cultura, a proteção e preservação do meio ambiente e a saúde. Segundo Costa (2000, p. 61) “O Presidente FHC, colocou a reforma do Estado como condição imprescindível para a retomada do crescimento econômico e melhoria do quadro social do país.”

Na busca por mais orçamento ou de uma “folga” para o planejamento e execução das finanças públicas, FHC desenterrou o Fundo Social de Emergência (FSE), do período de Itamar Franco, e que passou a ser chamado de Fundo de

²⁷Disponível em:
<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/b110756561cd26fd03256ff500612662/c3d924babb8f60f3003256a03006772f1?OpenDocument> Acesso em: 2 mar. 2018.

Estabilização Fiscal (FEF), pela Emenda Constitucional (EC) nº 10 de 1996. “[...] sob o nome de Fundo de Estabilização Fiscal, recursos arrecadados para a Seguridade Social poderiam ser utilizados pelo Governo em “despesas orçamentárias associadas a programas de relevante interesse econômico e social”.²⁸

A partir da EC 27/2000, passa a ser chamado Desvinculação de Receitas da União (DRU). A nova sigla significava nada mais do que o governo federal, utilizar de recursos públicos destinados a saúde, educação e previdência, para o fechamento de gastos com o setor filantrópico/privado – as OS –. Esta EC dava liberdade ao governo federal de aplicar 20% da arrecadação livremente onde bem entendesse, e este o fez nas OS. Este recurso aplicado mais no setor filantrópico/privado soou como um processo de privatização de dentro do SUS, “[...]visto que o montante de recursos repassados a este setor para a prestação dos serviços de saúde, vem crescendo em relação ao que é destinado ao SUS, [...]” (SANTOS, 2013, p. 3). Os governos que sucederam a FHC continuaram com as OS e a se utilizarem do fundo público para financiamento do setor filantrópico/privado.²⁹

1.1.4 Governos Petistas e a Relação com as OS

O governo de Luís Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores (PT) de (2002-2010), o “Lula” e de Dilma Vana Rousseff (PT) de (2010-2016) fortaleceram a Administração Pública Indireta e terceirizaram as políticas de saúde. Houve com isto, uma expansão das OS nesses dois governos. Um exemplo disso foi a continuidade de muitas dessas organizações, e também a criação de outras com o mesmo modelo e função como: as Fundações Estatais de Direito privado (FEDP) e as Fundações de Apoio Privadas (FAPs), Fundações Estatais (FE) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), este no governo de Dilma Rousseff em 2010.

No século XXI o populismo é muito mais que um “[...] fenômeno predominantemente urbano e alicerçado no recrutamento das massas [...]” (WEFFORT, 1980 apud NERVO, 2014, p.196). O governo de Lula foi identificado por muitos estudiosos da academia como “populista.” Para Nervo, os [...] *populistas*, comungam a busca pela diferenciação pessoal, [...]. A pretensa sensação de contato direto com o povo é a premissa central que os une, [...]”(2014, p.194). Contudo

²⁸Disponível em: <http://www.previdenciacomentada.com/dru-previdencia/> Acesso em: 30 jan. 2018.

²⁹ Acesso aos recursos do SUS pelos setores privados e filantrópicos da saúde por meio da complementaridade dos serviços.

outros estudiosos acatam a ideia de que o governo de Lula é neopopulista, pois “[...] o *neopopulismo* emerge em um contexto de investidas neoliberais bem-sucedidas contra o estabelecido percurso desenvolvimentista estatal e o *populismo* clássico.” (NERVO, 2014, p.198).

Mas precisamos nos perguntar: o que mudou com a chegada do governo petista de Lula, e depois com a petista Dilma? E a relação público-privado — as OS, tema de nossa investigação — e os mecanismos de controle social, o que mudou em governos considerados populistas em quase 14 anos? A trajetória de Lula e Dilma — governos petistas e as políticas de saúde — serão analisados a seguir.

1.1.4.1 O governo “Lula” (2002-2010) e a criação das Fundações Estatais de Direito privado (FEDP) e as Fundações de Apoio Privadas (FAPs): O fortalecimento da Administração Pública Indireta

“Lula” foi eleito presidente do Brasil em 2002, representando o PT, juntamente com seu vice, José Alencar Gomes da Silva (este já falecido), do Partido Liberal (PL), em 2002, e depois do Partido Republicano Brasileiro (PRB). Os partidos que se coligaram em 2002 ao PT para governarem foram Partido Liberal (PL), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido da Mobilização Nacional (PMN), e o Partido Comunista do Brasil (PCB).

Para o primeiro mandato em 2002, Lula, como é conhecido, articulou seu partido o PT a uma campanha esmagadora de popularidade indicada pelo jargão “Agora é Lula”. (ALMEIDA et al., 2007, p. 4). Empossado sua equipe econômica trabalha para “[...] enfrentar os dois grandes problemas da atualidade brasileira – a crise fiscal e a má focalização – era necessário realizar um ajuste fiscal e centrar a política social na pobreza extrema.” (CASTRO, 2005, p. 1-2). As mudanças necessárias no Estado, começam a aparecer: a primeira é a reforma tributária³⁰, pois precisa de recursos para honrar os programas sociais prometidos em campanha.

E as EC seguiram aliviando despesas com relação a gastos sociais do governo Lula. A de nº 42 de 2003, “[...] foi antes de tudo falaciosa e casuística, tendente a assegurar essencialmente o ajuste fiscal do governo federal e o

³⁰ “[...] não foi tarefa difícil para o governo Lula reunir os governadores de todos os estados e do Distrito Federal em torno da ideia de reforma do sistema tributário nacional – ou simplesmente reforma tributária –, cujo compromisso político foi firmado na Carta de Brasília, em 23 de fevereiro de 2003.” (NETO, 2012, p. 154) Disponível em: http://univille.edu.br/community/revista_rdu/VirtualDisk.html?action=readFile&file=artigo13.pdf¤t=/Volume_2 Acesso em: 29 jan. 2018.

incremento de receitas tributárias em favor da União.”³¹ No governo o processo de descentralização das ações do Estado se acelera, disfarçado na chamada “revitalização do Estado”, que ocorreu através do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Este elencou mudanças significativas, pois dentro do “[...] contexto político, econômico e social havia a necessidade de mudanças macroestruturais que promovessem repercussões no papel do Estado.” (SILVA, 2012, p. 44). Os novos mecanismos institucionais que estavam ainda “em processo”, ou seja, ainda faziam parte de estudos do MPOG, foram colocados à prova na greve dos hospitais federais no Rio de Janeiro em 2004, quando foram apresentadas as “Fundações Estatais de Direito Privado” (FEDP).³² Era projeto do governo Lula, introduzido pelo MPOG, com a intenção de dar agilidade à gestão estatal e com finalidade de “[...] responder aos impasses identificados.” (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p.147).

Lula introduziu as Parcerias Público Privadas no Brasil denominadas (PPP) a partir da lei nº11079 de 2004.³³ Essa lei “[...] garante as empresas privadas o lucro sem risco, e engessa o governo na obrigação de priorizar o pagamento das empresas “parceiras” em detrimento de outras necessidades.” (LINS, s/p, 2006 apud ANDRADE, 2013, p.136). Estes mecanismos institucionais criados no governo de Lula, e conseqüentemente seu favorecimento ou podemos dizer “benesses”, não são novos, são velhos com roupagem de novo, são as OS do governo de FHC. Tais mecanismos, juridicamente, estão disponíveis através da constituição do próprio SUS pela Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, e pela Lei nº 9.637/98, que dispôs sobre a qualificação de entidades como OS.

O Poder Público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, [...] para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição.³⁴

³¹Disponível

em: http://univille.edu.br/community/revista_rdu/VirtualDisk.html?action=readFile&file=artigo13.pdf¤t=/Volume_2 Acesso em: 29 jan. 2018.

³² Só mais tarde foi criado um Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07, em 13/7/2007, que dá legalidade as Fundações Estatais de Direito Privado.

³³Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm Acesso em 2 mar. 2018.

³⁴Disponível em: http://www.sinsprev.org.br/documentos/Leon/fundacoesestatais_sara.pdf Acesso em: 1 mar. 2018.

O movimento reformista do Estado tem continuidade no governo Lula, quando “[...] em 2005 o governo Federal iniciou análises e estudos sobre as formas jurídico-institucionais da Administração Pública, tendo como objetivo propor adequações a mesma.” (SILVA, 2012, p. 50). A mudança da administração direta para a indireta iniciada nos anos de 1985 facilitou muito a entrada de OS na administração federal. Praticamente todos os governos após esta data se utilizaram desta manobra para descentralizar ações, recorrer à diminuição de gastos do Estado, e atender a população: “[...] o Projeto FUNDAÇÃO ESTATAL surgiu da eminente necessidade de dotar o Governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas sociais do País [...]” (BRASIL, 2007, p. 3).

As OS são um exemplo dessas ações. No governo petista receberam outra denominação, “[...] institucionalizado por meio do Plano Diretor da Reforma do Estado de Fernando Henrique Cardoso e atualizado no modelo das chamadas fundações estatais de direito privado do Governo Luiz Inácio Lula da Silva [...]” (RAMOS, 2010, p. 138). O projeto das FEDP acendeu no governo Lula em 2009. Criado pelo MPOG, estava dentro da estratégia de “[...]realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais.”³⁵ A FEDP é caracterizada como “[...] instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado. (BRASIL, 2007, p. 5).

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG) e o Grupo de Institutos Fundações e Empresas, (GIFE)³⁶, que realizaram uma série de estudos entre 2002 a 2005, a presença da OS já mostrava um avanço substancial quanto ao seu número e atuação na sociedade brasileira nos “[...] períodos de 2002 e 2005, observou-se um acréscimo de 22,6% no número de associações e fundações sem fins lucrativos, que passaram de 275,9 mil em 2002 para 338,2 mil em 2005.” (MONSER et al., 2016, p.10).

³⁵Disponível em: http://www.sinsprev.org.br/documentos/Leon/fundacoesestatais_sara.pdf Acesso em: 2 mar.2018.

³⁶ Disponível em: <https://gife.org.br/> Acesso em: 3 mar. 2018.

O governo Lula também desengavetou o projeto das Fundações de Apoio Privadas (FAPs), editada sobre a Lei nº 8.958/94³⁷, editada pelo ex-presidente Itamar Franco, e mais utilizada na época de FHC. Estas são mantidas pela União, o controle social é feito através de contrato e atuam sobre os hospitais-escola das universidades federais. A FAPs “[...] passa a ser a interface da Universidade com os órgãos de fomento e a comunidade em geral, reproduzindo para a sociedade o conhecimento gerado na universidade.” (COÊLHO; COÊLHO, 2006 apud BAIZ; EMMENDOERFER, 2015, p. 78).

Em 2006, Lula e seu vice José Alencar do Partido Republicano Brasileiro (PRB), com uma coligação de vários partidos e o lema de campanha “A Força do Povo” é reeleito para a presidência do Brasil para mais 4 (quatro) anos em segundo turno. Após sua reeleição, o governo Lula estava preocupado com o desenvolvimento social.

Em termos filosóficos, o governo Lula foi marcado pela adoção de teses econômicas denominadas como novo desenvolvimentismo. Estas teses se baseiam na defesa de um estado Liberal-Social como pressuposto para consolidação das políticas econômicas e sócias voltadas ao Novo desenvolvimentismo. (ANDRADE, 2013, p.137).

Apesar de já estarem atuando na administração pública estatal do presidente Lula desde 2005 como já falamos, de modo indireto, como processo de descentralização das ações estatais, as Fundações Estatais instituídas pelo MPOG, apenas em 2007 aparecem como “Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007, com o objetivo de regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, [...]” (BRASIL, 2007, p.3). Enquanto o governo de Lula tentava regulamentar outras OS, contava com recursos para a saúde oriundos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, (CPMF), criada no governo de FHC em 1994. Foi utilizada no governo de Lula (2002-2008) para aliviar as contas do governo, financiar alguns setores, e principalmente aliviar o orçamento da União, para não infringir a Lei de Responsabilidade Fiscal.

No histórico da utilização de recursos a CPMF, foi entregue de início, no governo de FHC: primeiro para o Fundo Nacional de Saúde, mas, “[...] não havia essa obrigação na lei, e R\$ 33,5 bilhões foram usados para financiar outros

³⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8958.htm Acesso em: 2 mar. 2018.

setores.”³⁸ Depois ela foi usada para estancar as contas da Previdência Social, ainda no governo de FHC, e, por último até sua extinção no governo de Lula, seu destino foi amparar o Fundo de Combate à Pobreza

De 1997 a 2007, a CPMF arrecadou R\$ 223 bilhões. Em 2007, último ano de vigência da contribuição, foram recolhidos R\$ 37,2 bilhões, segundo balanço divulgado pela Receita Federal. O crescimento da receita gerada pela CPMF entre 1998 e 2006 foi de 216,1%, enquanto o montante de tributos administrados pela Receita Federal evoluiu 78,4% no mesmo período, em termos reais.³⁹

É preciso que se faça, a esta altura do texto, um quadro comparando todas essas pessoas jurídicas de direito público ou privado, no intuito de mostrar que todas pertencem ao mesmo ideário neoliberal, e que são representantes da expansão dos serviços privados — do setor privado-mercado — no setor público.

³⁸ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf> Acesso em: 2 mar. 2018.

³⁹ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf> Acesso em: 2 mar. 2018.

Quadro 1 – Quadro comparativo das formas jurídico-institucionais

Descrição	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	Organizações Sociais (OS),	Fundações de Apoio Privadas (FAPs) e outros	Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP)	Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil - Fasfil
Relação com a Administração pública	Indireta	Indireta	Indireta	Indireta	Indireta
Personalidade Jurídica	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado ⁴⁰
Normas de Direito Público	Não observa	Não observa	Não observa	Regime Administrativo Mínimo	Auto administradas ou capazes de gerenciar suas próprias atividades ⁴¹
Financiamento/ Fomento	Contrato de Gestão/ Termo de Parceria	Contrato de Gestão/ Termo de Parceria	Convênio	Contrato de Gestão	Possibilidade de recebimento de recursos públicos, subvenções sociais e doações.
Autonomia de Orçamento e Financeira	Orçamento e Financeira	Orçamento e Financeira	Orçamento e Financeira	Orçamento e Financeira	Auto administradas

⁴⁰ “As associações, de acordo com o Art. 53 do novo Código regido pela Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002, e as fundações são criadas por um instituidor, mediante escritura pública ou testamento, a partir de uma dotação especial de bens livres, especificando o fim a que se destina, e declarando, se quiser, a maneira de administrá-la.”(Brasil, 2012, p.13).

⁴¹ Registradas no Cadastro Central de Empresas - Cempre do IBGE. E no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ, da Secretaria da Receita Federal

Descrição	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	Organizações Sociais (OS),	Fundações de Apoio Privadas (FAPs) e outros	Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP)	Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil - Fasfil
Supervisão Ministerial	Do Contrato de Gestão ou Termo de Parceria	Do Contrato de Gestão ou Termo de Parceria	Do convênio	Das atividades da entidade	Associações: Obrigatoriedade de prestação de contas ao órgão cedente do título ou certificação estatal. Fundações: Obrigatoriedade de prestação de contas anual ao órgão curador e ao Ministério Público até o último dia útil do primeiro semestre do ano subsequente ao exercício financeiro da entidade. ⁴²
Lei de Responsabilidade Fiscal ⁴³	Não observa	Não observa	Não observa	Não observa	Não observa

⁴² Fonte: Adaptado de OAB/SP, 2005, apud GIMENES, 2010, p.61.

⁴³ "A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000) estabelece, em regime nacional, parâmetros a serem seguidos relativos ao gasto público de cada ente federativo (estados e municípios) brasileiro." Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/lei-de-responsabilidade-fiscal> Acesso em 23 jan. 2018.

Descrição	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	Organizações Sociais (OS),	Fundações de Apoio Privadas (FAPs) e outros	Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP)	Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil - Fasfil
Controle Interno e Externo	Da aplicação dos recursos do Contrato de Gestão/Termo de Parceria	Da aplicação dos recursos do Contrato de Gestão/Termo de Parceria	Da aplicação dos recursos do convênio	Da gestão e dos resultados da entidade	Implicam na obrigatoriedade de prestação de contas aos órgãos concedentes dos títulos no caso das associações e ainda ao Ministério Público no caso das fundações

Fonte: Quadro adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2007, p. 10).

Em 2008, o governo de Lula sofre no setor econômico, com a crise internacional. Estamos falando da crise⁴⁴ que começou nos Estados Unidos da América (EUA) a partir dos empréstimos realizados pelos bancos americanos a quem não tinha condições de pagá-los (política Obama – de crédito fácil e a disseminação de investimentos). As Bolsas do mundo todo despencaram, por consequência. Indiferente à crise internacional, o governo Lula tenta, a todo custo, manter as aparências, apesar de também ter sido atingido pela crise internacional, com reforço da propaganda de seu lema, consolidado no primeiro mandato “tudo pelo social”. Segundo Castro o país busca [...] qualificar suas históricas políticas compensatórias na tentativa de responder às orientações dos organismos multilaterais (BID, BIRD e FMI) e configurar-se como uma potencial economia desenvolvida. (2013, p.2-3). As EC trouxeram alívio às despesas do governo, que podia continuar gastando com o social. É possível perceber na tabela abaixo que o valor repassado para a saúde ao setor privado, foi bem maior do que repassado ao setor público.

Tabela 1 – Procedimentos Hospitalares do SUS (média e alta complexidade)

Período	Rede Pública (%)	Rede Privada (%)
2008	40	60
2009	42	58
2010	43	57

Fonte: DATASUS⁴⁵ (Ministério da Saúde s/d apud Santos, 2013, p.7).

Dentro desta análise da relação público-privado, o que o quadro apresenta, é o reflexo da política macroeconômica do governo que foi a mesma utilizada no governo de FHC, e que continuou contribuiu para a difusão das OS “Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social.”⁴⁶

⁴⁴ “[...]a crise não ficou só no setor financeiro. Os Estados Unidos e outros países, incluindo o Brasil, entraram em recessão. O desemprego disparou, sobretudo entre os mais jovens, e muitas empresas faliram. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2016/02/27/entenda-o-que-causou-a-cri-se-financeira-de-2008.htm> Acesso em: 20 jan. 2018.

⁴⁵ É o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em: 20 jan. 2018.

⁴⁶ Bravo, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. (2001). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros> Acesso em 23 jan. 2018.

O governo Lula encerra oito anos de mandato com ações que enfatizam a focalização e o desfinanciamento de políticas de saúde⁴⁷, mas se perpetua no poder ao eleger uma sucessora para o governo do mesmo partido Dilma Vana Rousseff (PT). O que mudou na passagem de poder? Como ficam a utilização da DRU, fundo público, e a desoneração das ações estatais no que tange a serviços à população, dentre elas as OS? É o que veremos a seguir.

1.1.4.2 O governo de Dilma: as OS e as políticas públicas reformistas no Brasil

Dilma Vana Rousseff foi eleita sucessora de Lula. Era filiada ao Partido Democrático Trabalhista (PDT) do Rio Grande do Sul. Assumiu a chefia do Ministério de Minas e Energia e, posteriormente, da Casa Civil. Para as eleições de 2010, filiou-se ao PT e foi eleita no mesmo ano, juntamente com seu vice Michel Temer do PMDB. Em 2018 a sigla passou a se chamar Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

O processo de desestatização iniciado em 1990 com FHC, continua com o de Dilma, e agora, com a utilização de fundo público para financiamento de instituições privadas como as OSS, Oscips etc. Segundo Ximenes (2015, p. 55) “[...] as áreas privatizadas foram as que eram mais lucrativas para o Estado, ou seja, a privatização ocorreu para servir ao capital e não aos interesses do cidadão brasileiro.” Em 2010, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, juntamente com os institutos IBGE e IPEA, conduziram um estudo publicado em 2012 sobre as Fundações Privadas. Até aquele momento

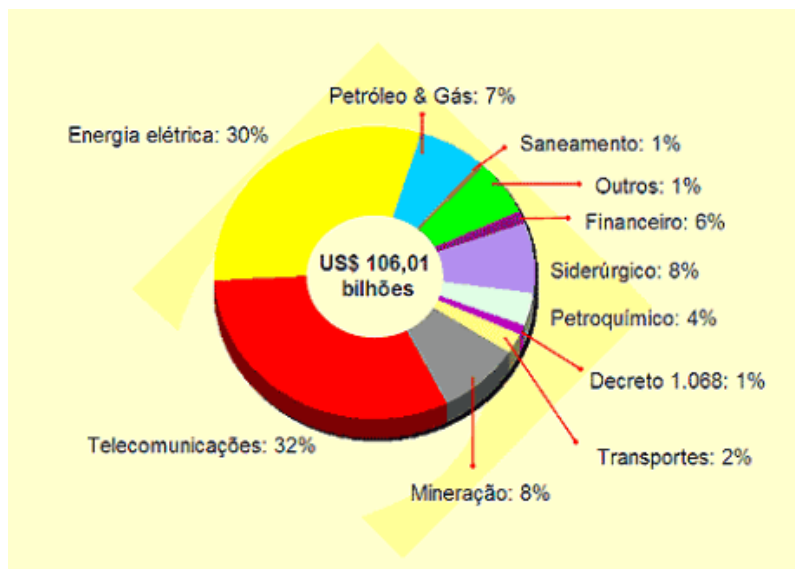
Existiam oficialmente no Brasil, em 2010, 290,7 mil Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos – Fasfil. Sua importância é revelada pelo fato de este grupo de instituições representar mais da metade (52,2%) do total de 556,8 mil entidades sem fins lucrativos e uma parcela significativa (5,2%) do total de 5,6 milhões de entidades públicas e privadas, lucrativas e não lucrativas, que compunham o Cadastro Central de Empresas – Cempre, do IBGE. (IBGE, 2012, p. 26).

A Fasfil, criada no governo de FHC, permaneceu até 2010, passando pelos dois governos petistas, Lula e Dilma. Neste estudo “Apresenta-se, na análise dos resultados do estudo, um retrato das Fasfil para o ano de 2010, bem como a magnitude do crescimento dessas organizações nos anos de 2006, 2008 e 2010.”

⁴⁷Bravo, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. (2001). Disponível em:<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros> Acesso em 23 jan. 2018.

(IBGE, 2012, p. 23). Nessa linha, a figura abaixo apresenta um resumo de setores privatizados no Brasil de 1990 a 2011.

Figura 1 - Resumo das privatizações no Brasil de 1990/2011



Fonte: BNDES apud Ximenes, 2015, p. 55.

A DRU continua a ser usada para aliviar despesas do governo agora no governo de Dilma.

[...] assinalamos que é somente olhando para o movimento histórico e para a base produtiva em que se assentam as relações sociais, que poderemos compreender a razão de ser do Estado, do fundo público e das políticas sociais. (SANTOS, 2011 apud DAVI; MARTINIANO; PATRIOTA, 2011, p. 56-57).

A EC 56/2007 deu quatro anos de sobrevida ao próximo governo, no caso o de Dilma. Em 2011 foi aprovada outra EC para aliviar as despesas do novo governo. A EC 68/2011 vigorou até 2015, com alíquota de 20%. Na EC de nº 68 de 2011

Art. 76. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2015, 20% (vinte por cento) da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais.⁴⁸

O fundo público foi criado pela Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. O fundo público (recursos financeiros), também foi utilizado pelos governos de Lula e na continuidade por Dilma. Para Oliveira (1985), o fundo público

⁴⁸Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc68.htm Acesso em 27 fev. 2018.

[...] passou a ser um pressuposto do financiamento tanto da acumulação do capital quanto da reprodução da classe trabalhadora, atingindo globalmente toda a população por meio dos “gastos sociais”. (apud DAVI; MARTINIANO; PATRIOTA, 2011, p. 43).

Segundo Silva (2011) o fundo público é utilizado para financiar as OS,

[...] está sendo utilizado também outro tipo de transferência do fundo público para o capital, a exemplo da área da saúde, por meio da ampliação da atuação da iniciativa privada – via planos de saúde e a entrega de atividades administrativas e financiadas pelo Estado às organizações sociais. (apud SANTOS, 2013, p. 7).

Vejamos abaixo o quadro, que retrata a aplicação de dinheiro público federal para as OS.

Tabela 2 – Procedimentos Hospitalares do SUS (média e alta complexidade)

Período	Rede Pública (%)	Rede Privada (%)
2010	43	57
2011	43	57
2012	43	57

Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde apud Santos, 2013, p.7).

Esta tabela deixa claro que “[...] as verbas que sustentam o setor público são insuficientes para o tamanho da tarefa.”⁴⁹ Cabe destacar que a transferência de responsabilidades do Estado para a iniciativa privada se traduz em disputa para além da dimensão econômica, uma vez que se traduz em posicionamento político de gestão das políticas públicas, inserido num modelo de Estado pautado pela ordem do capital. “No capitalismo contemporâneo o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais.”⁵⁰

As ideias propostas por Bresser-Pereira, que acabaram não se concretizando, passaram pelo governo Lula, e se expandiram nos hospitais escolas das universidades federais no governo de Dilma. Em 2011, com o objetivo de dar mais autonomia aos administradores de hospitais — escolas das universidades federais, ou seja, entregá-las as OS — a mesma proposta foi renovada no governo da petista, com a criação da EBSEH “[...] uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 com estatuto social

⁴⁹Disponível em: http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401%20-%20fevereiro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_fevereiro_2014_internet.pdf Acesso em: 26 fev. 2018.

⁵⁰Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/Palestra%20MDS%20abril%202015%20-%20Evilasio%20Salvador.pdf Acesso em: 26 fev. 2018.

aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011”.⁵¹ Para Santos (2013, p. 8) “[...]uma empresa de direito privado com a finalidade de privatizar os 46 hospitais universitários do país.”

Para Ximenes a manutenção de ações políticas do governo anterior – o governo Lula – propiciaram a continuidade das ações no governo de Dilma, um exemplo disto são

[...] as inserções das parcerias público-privadas e as novas formas de privatização dos serviços públicos através das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). (XIMENES, 2015, p. 57).

Dilma é reeleita em 2014 quando ocorreu a regulamentação da lei nº 13019, de 31 de julho de 2014, conhecida como a lei do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC). A lei “[...] define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.”⁵² Existem atualmente, segundo o IPEA,

[...] 323 mil OSCs no Brasil, entre fundações e associações sem fins lucrativos, segundo dados da pesquisa Organizações da Sociedade Civil e suas Parcerias com o Governo Federal, que originou o Mapa das Organizações da Sociedade Civil. (LOPES; SANTOS; BROCHARDT, 2016, p.15).

Percebe-se a tendência de agregar estas formas de organizações privadas, independente que tenham qualificação, o que antes era exigido, e quanto menos burocracia prévia mais organizações irão participar. O MROSC

[...] criou dois modelos de parceria entre o Estado e as entidades do terceiro setor: o ‘Termo de Colaboração’ e o ‘Termo de Fomento’. Essas duas modalidades de parceria foram criadas para substituir os convênios, que a passarão a ser usados apenas em parcerias celebradas entre duas ou mais entidades públicas. (MÂNICA, 2014, p.3).⁵³

Com a lei, as seguintes modalidades de parceria passam a existir entre a Administração Pública e o terceiro setor:

- Contratos de Gestão, celebrados com entidades qualificadas como Organizações Sociais, nos termos da Lei federal n. 9.637/98; •

⁵¹ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares> Acesso em: 27 fev. 2018.

⁵² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm Acesso em: 26 fev. 2018.

⁵³ Disponível em: http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2015/09/cartilha_do_marco_regulatorio_terceiro_setor.pdf Acesso em: 26 fev. 2018

Termos de Parceria, celebrados com entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), nos termos da Lei federal n. 9.790/99; • Termos de Colaboração e Termos Fomento, celebrados com organizações da sociedade civil em geral, nos termos da nova Lei n. 13.019/14.(MÂNICA, 2014, p.3).⁵⁴

Segundo reportagem de 27/08/2014, intitulada “Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei n.º 13.019/2014”⁵⁵, são citados pontos negativos sobre a lei

a) a grande preocupação da lei em criar procedimentos burocráticos que poderiam ser minimizados; b) no âmbito da prestação de contas, a manutenção do foco no controle formal ao invés do controle de resultados, embora este também tenha sido contemplado; c) o total desprestígio às certificações e qualificações já existentes, especialmente a Lei das OSCIPs; d) a sobreposição e possível conflito com a Lei das OSCIPs, que não foi revogada; e e) a outorga de desnecessários poderes de ingerência à Administração Pública sobre as atividades das instituições em determinadas situações.⁵⁶

E positivos

a) a previsão de capacitação dos gestores públicos e demais atores sobre o tema das parcerias; b) a criação de ferramentas de transparência e controle das parcerias firmadas, tanto para o Poder Público quanto para as organizações da sociedade civil; c) a possibilidade de criação do Conselho Nacional de Fomento e Colaboração no âmbito federal, órgão de apoio para o tema; d) a previsão de possibilidade de atuação das organizações em rede na execução dos Termos; e) a possibilidade de remuneração, pela organização, da equipe de trabalho vinculada ao Termo; e f) a possibilidade de pagamento de despesas indiretas com o recurso do Termo, limitado a 15% do valor total da parceria.⁵⁷

Quanto ao controle sobre as ações das OS, esse é exercido pelo Estado, o qual pode quebrar o contrato de gestão. O MROSC, em sua cartilha chamada “Entenda o MROSC: Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei

⁵⁴Disponível em: http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2015/09/cartilha_do_marco_regulatorio_terceiro_setor.pdf Acesso em: 26 fev. 2018

⁵⁵Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vozes/giro-sustentavel/marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-lei-n-o-13-0192014/> Acesso em: 26 fev. 2018

⁵⁶ Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/blogs/giro-sustentavel/marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-lei-n-o-13-0192014/> Acesso em: 26 fev. 2018.

⁵⁷ Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/blogs/giro-sustentavel/marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-lei-n-o-13-0192014/> Acesso em: 26 fev. 2018.

13.019/2014”⁵⁸ retrata o Estado como regulador destas ações. Ainda segundo essa cartilha, o controle pelo Estado pode

[...] contribuir com a implementação da Lei 13.019/2014 ao aprimorar procedimentos, uniformizar entendimentos e solucionar controvérsias [...]. Também poderão exercer um novo olhar sobre as relações de parceria, que possa fortalecer, sobretudo, a avaliação dos resultados efetivamente alcançados, consolidando o modelo denominado “controle por resultados. (LOPES; SANTOS; BROCHARDT, 2016, p. 39).

Observa-se a cartilha trata de controle de resultados para a ação das Organizações da Sociedade Civil (OSCs), segundo a qual o controle pelo Estado influencia as OSCs nos seguintes aspectos:

- i. [...] fundamental para que se reconhecesse a importância das OSCs para as políticas públicas e, ao mesmo tempo, fosse promovida uma cultura de transparência e efetividade na aplicação dos recursos públicos;
- ii. [...] no reconhecimento das organizações como legítimas para acessar recursos públicos em razão de seu histórico, acúmulo técnico e político;
- iii. [...] o controle deverá levar em consideração os impactos gerados nos beneficiários das parcerias, utilizando-se dos resultados indicados, por exemplo, em pesquisas de satisfação e outros mecanismos que possam demonstrar a efetividade das ações. (LOPES; SANTOS; BROCHARDT, 2016, p. 39).

Segundo o MROSC

[...] competência originária para decidir sobre a prestação de contas apresentada pela OSC recai sobre a figura do administrador público que assinou o termo de parceria, e que representa o órgão repassador dos recursos.⁵⁹

O Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) “[...] é uma agenda política ampla que tem o objetivo de aperfeiçoar o ambiente jurídico e institucional relacionado às Organizações da Sociedade Civil (OSCs) e suas relações de parceria com o Estado.” (LOPES; SANTOS; BROCHARDT, 2016, p.4). O MROSC versa sobre a relação entre Estado e Organizações da Sociedade Civil.

⁵⁸ Lopes, Laís de Figueirêdo.; Santos, Bianca Dos.; Brochardt, Viviane. Entenda o MROSC: Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei 13.019/2014 Brasília: Presidência da República, 2016.

⁵⁹Disponível em: <http://www.irbcontas.org.br/site/index.php/2014-11-07-12-36-15/publicacoes/item/686-artigo-o-novo-marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-por>
Acesso em: 26 fev. 2018

A incorporação das OSCs no ciclo de políticas públicas está na base de um projeto de transformação da democracia exclusivamente representativa em democracia participativa, além de colaborar para que o país dê o salto necessário da igualdade formal garantida em nossa constituição – na qual todos são iguais perante a lei – para uma sociedade efetivamente livre, justa e solidária.⁶⁰

O MROSC é considerado “uma conquista social” capaz de orientar “parceiras importantes para as políticas públicas,” segundo a Secretaria de Governo da Presidência da República. (LOPES; SANTOS; BROCHARDT, 2016, p. 8-12). Na cartilha do governo federal, esse contrato afirma que,

[...] parcerias entre o Estado e as Organizações da Sociedade Civil qualificam as políticas públicas, aproximando-as das pessoas e das realidades locais e possibilitando o atendimento de problemas sociais específicos de forma criativa e inovadora.⁶¹

Deve-se observar que as futuras parcerias feitas pelo MROSC no governo de Dilma se referem a entidades da sociedade civil de natureza popular, como as Organizações não Governamentais (Ongs). OSS não são abarcadas pelo MROSC,

[...] especificamente para essas atividades complementares ao SUS (atendimentos hospitalares e outros procedimentos na área da saúde), desenvolvidas por essas OSCs, não são aplicáveis os regramentos contidos na Lei nº 13.019/2014, devendo as contratações com essas entidades se submeterem às regras estabelecidas na Lei de Licitações. (Lei nº 8.666/93).⁶²

O quadro da presença da OS não se altera no governo de Dilma Roussef. Para finalizar esta seção, podemos afirmar que as medidas tomadas por FHC nos anos de 1990 para diminuir a ação do Estado diante dos problemas sociais foram

[...] medidas adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que não romperam com essa lógica, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, cumprindo um papel funcional ao capitalismo no Brasil. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.10).

⁶⁰Disponível

em:http://portal.convenios.gov.br/images/manuais/Marco_Regulatorio_Das_relacoes_entre_Estado_e_Sociedade_Civil_1.pdf Acesso em: 26 fev. 2018

⁶¹Disponível

em:http://portal.convenios.gov.br/images/manuais/Marco_Regulatorio_Das_relacoes_entre_Estado_e_Sociedade_Civil_1.pdf Acesso em: 26 fev. 2018

⁶²Disponível

em:<http://www.irbcontas.org.br/site/index.php/2014-11-07-12-36-15/publicacoes/item/686-artigo-o-novo-marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-por> Acesso em: 26 fev. 2018

Como vimos, os governos de Lula e Dilma investiram mais em OS do que os governos anteriores, principalmente em áreas chave para o Estado, nos referimos aqui em especial a saúde.

1.1.4.2.1 O governo de Michel Temer do (PMDB): um desdobramento do governo de Dilma Rousseff? O que mudou?

Temer do PMDB, vice-presidente eleito na chapa de Dilma Rousseff, assume o governo em 12 de maio de 2016, após o impeachment de Dilma Rousseff. O governo de Temer,

Segundo Kliass (2017), os integrantes do governo Temer receberam um mandato do financismo para [...] concluir o desmonte do Estado Brasileiro [...] (KLIASS, 2017, s/p), e para isso faz-se necessário acabar rapidamente com todas as *barreiras* dos direitos sociais presentes na Constituição. (KLIASS, 2017 apud SOARES, 2018, p. 25).

A desvinculação de receitas é considerada essencial para o ajuste fiscal do governo Temer. Em 2016, o governo consegue sua primeira vitória, conforme reportagem realizada em 25 de agosto de 2016 intitulada “Senado aprova PEC que prorroga DRU até 2023: texto vai à promulgação.”⁶³ A proposta permite que o governo federal utilize livremente parte de sua arrecadação para livrar o orçamento do engessamento de gastos vinculados por determinação da Constituição e fechar as contas públicas. Outra vitória do governo de Michel Temer segundo reportagem de 15 maio 2018, intitulada “Presidente reúne, nesta terça-feira, a equipe ministerial e parlamentares da base aliada para fazer um balanço dos dois anos de seu governo”⁶⁴ foi “[...] aprovar, em dezembro de 2016 no Senado, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Teto de Gastos. Por 20 anos, ficará limitado o crescimento das despesas dos três Poderes”.⁶⁵

O governo também foi marcado pelo número grande de terceirizações/privatizações, incluindo a manutenção e expansão das relações com as OS. Para uma análise final do

⁶³ Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/08/senado-aprova-em-primeiro-turno-pec-que-prorroga-dru-ate-2023.html> Acesso em: 25 jan. 2018.

⁶⁴ Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/veja-fatos-que-marcaram-os-dois-anos-do-governo-temer/> Acesso em: 25 jan. 2018.

⁶⁵ Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/veja-fatos-que-marcaram-os-dois-anos-do-governo-temer/> Acesso em: 25 jan. 2018.

[...] PNP, os governos subsequentes apresentaram diversas iniciativas de Parceria Público Privado (PPP), entre as quais destacam-se: as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entidades privadas consideradas “sem fins lucrativos”, iniciadas ainda durante o primeiro mandato de FHC; as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), regulamentadas durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva; e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), implantada em 2011, no governo Dilma Vanna Rousseff, segundo a Frente Nacional contra a Privatização (FNCP, 2013), para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico. (XIMENES; SCHMALLER; BEZERRA, 2018, p. 115).

Algumas análises preliminares sobre este capítulo conceitual se fazem necessárias: o que percebemos é que no governo FHC houve uma resposta gerencial à crise de áreas chave do Estado, dentre elas a saúde e as OS são vistas pelo governo como uma resposta eminentemente neoliberal.

Os defensores do modelo das Organizações Social da Saúde (OSS) se contrapõem as críticas dos defensores da Reforma Sanitária e da saúde pública estatal, [...]. A terceirização dos serviços de saúde, por meio das Organizações Sociais, conforme seus defensores, tem como princípio a competição, para que o Estado contrate serviços externos e propague a ilusão que, por meio dessa transferência, os recursos públicos serão melhores aproveitados e gastos e, além disso, ocorrerá o estímulo aos agentes privados, incluindo as organizações não-governamentais sem fins lucrativos, a competir entre si e, com isso, o dinheiro do contribuinte servirá para pagar o melhor preço possível pelo máximo de qualidade disponível. (XIMENES; SCHMALLER; BEZERRA, 2018, p. 119).

Como vimos no texto produzido, os governos de Lula e Dilma investiram mais na proliferação de OS que os governos anteriores, principalmente em áreas chave para o Estado, acima citadas. Nos governos petistas há tensão entre a solução gerencial e uma solução política. Acaba vencendo a solução política que irá atender aos movimentos sociais, mas essa solução não elimina a proliferação das OS. O governo Temer continua com a tensão estruturada nos governos petistas.

1.2 A Sociedade Civil

Esta seção versará sobre o tema da “Sociedade Civil”. Dialogando com o Estado e Movimentos Sociais constituídos em uma democracia, esta será capaz de conquistar espaços de formulação, implementação e avaliação de políticas sociais. Faremos a seguir algumas primeiras aproximações sobre o assunto

delimitado por nós como sociedade, para, em seguida elencarmos uma série de autores que constroem o tema proposto. Nossa abordagem do tema começará pelo seu significado.

“Sociedade civil” termo utilizado “[...] por Hobbes e posteriormente por Locke, Rousseau e Kant – para demarcarem as novas relações sociais que surgiram com a superação do “estado de natureza” [...]. (LOCKE, 1991 apud MARTINS, 2008, p.77). Adam Ferguson (1767) em “Ensaio Sobre a História da Sociedade Civil” “[...] nega a separação entre sociedade civil e sociedade política, logo, a sociedade civil supera o suposto estado de natureza dos contratualistas. [...]” (MENDES, 2006, p. 18). Para Nogueira (2003, p.187), o termo sociedade civil,

[...] remonta ao mundo clássico e medieval, a partir do qual, após longa maturação, ressurgiu colado à progressiva afirmação do pensamento liberal. Chegou ao século XIX, passando pelo Iluminismo, por Ferguson, Adam Smith e Rousseau, e infiltrou-se com destaque nas formulações de Hegel e Marx, mediante os quais se incorporou à cultura teórica contemporânea, penetrando particularmente os universos socialista e comunista. (apud NASCIMENTO, 2008, p.17).

O tema da Sociedade Civil é abrangente e tratado a partir de diversas metodologias. Segundo Giustina e Luz (2013, p. 72), existem

[...] três principais concepções sobre a categoria sociedade civil: a sociedade civil liberal-democrática, conforme Simionatto (2010) ou sociedade civil social, conforme Nogueira (2003); a sociedade civil neoliberal (SIMIONATTO, 2010) ou sociedade civil liberal (NOGUEIRA, 2003); e a concepção gramsciana de sociedade civil (SIMIONATTO, 2010) ou sociedade civil democrático-radical (NOGUEIRA, 2003).

Para citar autores que trabalham com a categoria sociedade, dentre eles destacamos: Nogueira (2003), Hegel (1997), Marx (1845-1846), Gramsci (in BOBBIO, 1982), Bobbio (1982), Arato; Cohen (apud MOTTA, 2008), Cohen (apud NOGUEIRA, 2003). Iniciaremos pela definição de Hegel (1997) onde a sociedade civil

[...] é a passagem da sociedade pré-política para sociedade política. Como a sociedade civil é a antítese da família (a comunidade), o Estado é a síntese espiritual da sociedade pré-política — “natural” — (família/comunidade), com a sociedade civil — “artificial”. (HEGEL, 1997 apud NETO, 2010, p. 41).

Marx também trará um conceito para a categoria sociedade. Segundo Neto (2010, p.41), a partir de 1837, com o amadurecimento de suas leituras, “[...] Marx conceituará a sociedade civil não mais como o predicado do Estado e sim como o sujeito.” Marx deixa claro o significado de sociedade civil, ligado à estrutura, na Ideologia Alemã, escrita entre 1845-1846 com Engels. Segundo Nascimento (2008, p.19), “[...] em Marx, a sociedade civil é pré-estatal, mas não no sentido de ser superada pelo Estado, e sim, de determinar o mesmo. Dessa forma a sociedade civil, para Marx, é *estrutural*, sendo o Estado *superestrutural*.”

A sociedade civil não está ligada à estrutura para Gramsci. Segundo ele a sociedade civil compreende “[...] dois grandes planos superestruturais: o que pode ser chamado de sociedade civil, ou seja, o conjunto de organismos habitualmente ditos privados, e o da sociedade política ou Estado.” (BOBBIO, 1982, p.32). Para Cohen

Gramsci foi o primeiro e o mais importante marxista a refutar a redução economicista do conceito de sociedade civil e a insistir em sua autonomia e em seu destaque do Estado, ou seja, da sociedade política. (1999 apud NOGUEIRA, 2003, p.191).

De acordo com Bobbio (1982), a definição do termo sociedade civil vai além, quando se reporta à questão da arena onde os vários tipos de conflitos, inclusive os conflitos sociais, se encontram. O autor trabalha com a ideia de que o Estado se apresenta com papel fundante de interventor na mediação desses conflitos advindos dessa sociedade. Em 1992, Bobbio, com outros autores, retorna a origem do conceito onde a

[...] sociedade civil” torna-se sinônimo da evolução política do homem, da conquista da “civilização” alcançada graças ao abandono do “estado de natureza” e a consequente constituição da sociedade política mediante um acordo “para racionalizar a força e alicerçar o poder no consenso” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1992 apud MARTINS, 2008, p.78).

A partir deste momento, faz-se necessário avançarmos para o conceito mais contemporâneo de sociedade, a fim de buscarmos a associação com os movimentos sociais, também contemporâneos, que irão traçar novos caminhos para as políticas sociais.

1.2.1. A conceituação de Sociedade Contemporânea

Segundo Arato (1995, p. 21), em uma definição mais contemporânea, a sociedade civil representa

[...] a esfera da interação social entre a economia e o Estado. No entanto, ela não engloba toda a vida social fora do Estado e da economia, sendo assim é preciso distinguir a sociedade civil tanto de uma sociedade política de partidos e organizações políticas, quanto de uma sociedade econômica – empresas, cooperativas, redes de produção, etc. O âmbito específico da sociedade civil seria o das associações e grupos sociais estabilizados por direitos fundamentais – de associação de reunião, de expressão, de imprensa e de privacidade –, que funcionam baixo a lógica normativa de coordenação da ação comunicativa, no sentido de Habermas.

Segundo Motta (2008, p. 4), a conceituação de sociedade civil de Arato e Cohen é “inspirada no conceito de espaço público de Habermas.”

Para estes autores, a sociedade civil é o lugar no qual o mundo da vida estabelece novas formas de sociabilidade em oposição às estruturas sistêmicas da economia (mercado) e da burocracia (administração estatal), onde impera a reificação.

Neste trabalho, por escolha metodológica, utilizaremos o significado de sociedade civil de Nogueira (2003), pois traz o termo sociedade civil social em que

[...] a política está presente e tem lugar de destaque, mas nem sempre comanda: a luta social muitas vezes exclui a luta institucional e com ela se choca, impossibilitando ou dificultando o delineamento e a viabilização de estratégias de poder e hegemonia. Sua expressão poderia estar na fórmula $SC - SP \neq Estado? \neq Mercado$, quer dizer, a sociedade civil surge como uma esfera isolada dos demais âmbitos. (2003, p. 193).

Para o autor

Estruturando-se como um sistema independente e que se auto referencia, a sociedade civil poderia moderar os excessos do Estado e do mercado e estabelecer-se como um campo onde a composição social se recriaria. Impregnada da função de intermediar o sistema político e os grupos sociais, a sociedade civil criaria condições para que se formasse uma “vontade pública” dotada da capacidade de se institucionalizar nos corpos parlamentares e nos tribunais, para falar num tom não muito distante do léxico de Habermas. (NOGUEIRA, 2003, p. 194).

De acordo com Motta (2008, p. 3), “Deve-se ressaltar que, historicamente, foi nas democracias ocidentais onde a sociedade civil tornou-se o principal palco (ou

locus) da formação dos direitos.” Para Gohn no caso do Brasil a participação da sociedade civil organizada tem destaque na “[...]construção da cidadania dos brasileiros, em especial entre os setores populares via movimentos sociais, ONGs e outras formas de associativismo como os fóruns e as plenárias populares e os conselhos de gestão pública.” (2013, p. 238).

A categoria sociedade civil exposta aqui elenca uma contribuição importante, “a participação cidadã” (GOHN, 2013) para estruturarmos mais adiante a categoria democracia. A participação cidadã que corresponde “[...] a do conjunto de indivíduos, grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal” (CARVALHO, 1995 apud GOHN, 2013, p.240).

Essa sociedade civil organizada ocupará espaços públicos e privados, ou seja, será o novo *locus*, ou até mesmo arena de debate, canalizando soluções para problemas, que em muitos espaços considerados tradicionais não são abordados. Um destes problemas é a utilização de serviços de saúde.

As relações entre Estado e Sociedade no Brasil passaram por grandes desafios a partir da década de 1980, devido a “[...] um cenário global de crises econômicas e de legitimidade do modelo de intervenção estatal, são propagadas propostas de reformas destinadas a redefinir o papel do Estado e suas margens de atuação.” (SILVA, 2012, p. 8).

A entrada de movimentos sociais originários de movimentos pela efetivação de direitos e pela democratização da saúde muda o cenário brasileiro entre os anos de 1970 e 1980.

Toda esta movimentação foi articulada pelo Movimento Sanitário que formulou o projeto de Reforma Sanitária brasileira, que tem como característica central a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado, bem como a politização da saúde com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária (Berlinguer, 1987) e a análise da saúde (incluindo a saúde do trabalhador), no contexto mais amplo das desigualdades sociais, com o conceito de determinação social do processo saúde e doença.(BRAVO; RAICHELIS; MARSIGLIA, 2015, p. 398).

Estes movimentos, em especial o Movimento Sanitarista, que permearam a sociedade serão de fundamental importância para o entendimento do processo que se construirá com a Carta Magna de 1988, e que são categorias elencadas nesta

tese, dentre eles: A participação da população na formulação e execução das políticas públicas de saúde a Lei 8.142 de 28/12/1990, a participação da comunidade na gestão do SUS, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde, esta lei permite o controle social sobre as ações do Estado na gestão da saúde. O controle social é um dos novos mecanismos que surgiram a partir de 1988 para a expressão e o tratamento das novas demandas sociais visando mais participação política e ação coletiva, consequentemente fortalecendo a democracia; a descentralização por parte do Estado, do acesso a bens e serviços sociais em saúde permitiu a entrada das OSS. As OSS, como executoras da Política de Saúde fiscalizadas pelo Conselho Estadual de Saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso, influenciaram o direito sobre o bem-estar dos cidadãos, pela prestação de serviços.

Entendemos que em uma sociedade democrática o controle sobre as ações do Estado, e aqui entendemos Controle Social, foi definido como princípio da gestão do SUS- lei 8.142/90, exercido através da participação assumida como estratégia política, é fundamental ao exercício da democracia. Para Lopes (2004, p.57) “[...] no plano da administração pública, esta nova ordem remete necessariamente ao princípio, ao planejamento e à execução da gestão das políticas sociais públicas.”

Na próxima sessão, analisamos como a relação Estado e Sociedade é mediada pelas Políticas Sociais, compreendidas enquanto dispositivo de mediação para resolução de problemas sociais.

1.3 Definindo Política, Política Pública e Política Social

Para Hannah Arendt “[...]a política [...] baseia-se no fato da pluralidade dos homens [...] O sentido da política é a liberdade”. (2002, p. 3). A política apresenta três dimensões a

[...] dimensão institucional “*polity*” se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo. No quadro da dimensão processual “*politics*” tem-se em vista o processo político, freqüentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição. A dimensão material “*policy*” refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas. (FREY, 2000 apud PAESE; AGUIAR, 2012, p. 66).

Como se pode perceber, essa diferenciação teórica da política fornece categorias que na realidade cotidiana se encontram entrelaçadas e se influenciam mutuamente. Para Frey (2000 apud PAESE; AGUIAR, 2012), a ordem política concreta constitui o quadro em que se efetiva a política material, pelas estratégias políticas de conflito e de consenso.

Se é por estratégias políticas que se compõem conflito e consenso é necessário, para tanto, estabelecer critérios de avaliação que nos permitam dizer se e porque uma política é preferível a outra. Portanto,

[...] na medida em que envolve princípios políticos, cuja relevância é dada por sua conexão com alguma concepção de Bem-Estar humano, e as prioridades a serem observadas entre eles, a análise de avaliação terá sempre um caráter complexo e controverso. (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, apud PAESE; AGUIAR, 2012, p. 67).

Nesse debate – que envolve interesses privados –, destacamos o “neopluralismo”, uma corrente que, compartilhando a proposta de competição entre os grupos de interesse nos processos de formulação e implementação das políticas públicas, reconhece:

- i. As grandes empresas contam com recursos extras na esfera política;
- ii. O chamado pluralismo reformado que desenvolveu uma série de interpretações fundadas no conceito de comunidade de política pública e de rede de problemas;
- iii. O corporativismo. Este implica uma comunidade de atores estreitamente coesa, composta pelo Estado e pelos grupos de interesse que representam o capital e o trabalho. (PAESE; AGUIAR, 2012, p.68). A política

[...] desenvolve um modo para entender as políticas públicas, como um processo, baseado:

- i. Na argumentação;
 - ii. No debate em torno das idéias;
 - iii. Nas formas distintas em se entender e interpretar os problemas.
- Para tanto — no processo que compõe a implementação e formulação de uma política pública — devem estar envolvidos os seguintes processos:
- i. Construção da agenda;
 - ii. Especificação de alternativas;
 - iii. Escolha de uma alternativa;
 - iv. Implementação;
 - v. Avaliação e reajuste (KINGDON, 1995, VIANNA; QUEIROZ, 1988 apud PAESE; AGUIAR, 2012, p. 66).

Os processos políticos, sociais e econômicos que acompanharam a transformação do Estado a partir da segunda metade do século XX resultaram na emergência de um novo campo de investigação social, que podemos denominar de análise das políticas públicas. (PAESE; AGUIAR, 2012, p.65). Vários fatores contribuíram para isso, entre eles estão:

As políticas restritivas de gasto (equilíbrio entre receita e despesa) [...]; As novas visões sobre o papel dos governos, em substituição às políticas keynesianas, (restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais); Os países em desenvolvimento não conseguiram unir esforços (interna e externamente) a fim de diminuir as desigualdades sociais e com isso promover a inclusão de grande maioria da população mais pobre. (SOUZA, 2006, p. 20).

Nessa discussão sobre políticas públicas utilizaremos, para tanto, a definição de Hofling (2001, p. 30), segundo a qual são “[...]formas de interferência do Estado, visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social.” Se políticas públicas são o “Estado em ação”⁶⁶, então vale dizer que é o Estado implantando um projeto de governo, viabilizando programas através de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Algumas características das políticas públicas se referem a um meio de concretização dos direitos que estão codificados nas leis de um país. Também entendemos que as políticas públicas resultam do processo de decisão surgido no interior do governo com a participação da sociedade civil organizada em espaços determinados, e em que são estabelecidos os meios e as ações a serem realizadas para que atinjam os objetivos estabelecidos.

Tomando de exemplo o Brasil, nos permitimos retratar as principais diretrizes e princípios norteadores da ação do poder público estatal, identificadas por três marcos históricos para as políticas públicas, quais sejam:

- i. Governo Juscelino Kubitschek: nesse período, com o plano de metas, visa-se intensificar o processo de industrialização. Ao mesmo tempo em que contribuía para a inserção da economia brasileira no cenário internacional a partir de da diversificação da base produtiva nacional, as políticas públicas incluíam no mercado consumidor, pelo incentivo ao emprego industrial, as populações que migravam do campo para a cidade.
- ii. Governo civil-militar: impulsionado pelas políticas de Juscelino Kubitschek, o Brasil conhece o chamado “milagre econômico”, que

⁶⁶Termo cunhado por Jobert e Muller, 1987. JOBERT, Bruno.; MULLER, Pierre. L'Etat en action. Paris: PUF, 1987.

foi importante para aprofundar o processo de modernização da sociedade brasileira, com políticas públicas que elevavam o bem-estar material da população pela sua inserção no mercado de trabalho nas áreas urbanas que se industrializavam rapidamente.

- iii. Constituição de 1988: criou marcos institucionais para que a política pública se distanciasse do modelo tecnocrático do período civil-militar. Os governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2001) e de Luís Inácio “Lula” da Silva implementaram políticas públicas com forte viés de participação popular e controle social do Estado. (PAESE; AGUIAR, 2012, p. 65).

Quanto ao tipo de política pública, podemos ressaltar a existência de diferentes modelos ou tipologias desenvolvidas para facilitar o entendimento sobre como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos. As políticas públicas podem ser de diferentes tipos, como:

Política social: saúde, educação, habitação, previdência social;
Política macroeconômica: fiscal, monetária, cambial, industrial;
Política administrativa: democracia, descentralização, participação social;
Política específica ou setorial: meio ambiente, cultura, agrária, direitos humanos etc. (DIAS; MATOS, 2012, p. 17).

Considerando as políticas públicas, como ferramentas utilizadas pelos governos com o objetivo de alcançar determinados fins e metas, podemos identificar, no caso brasileiro, três níveis distintos de políticas governamentais⁶⁷ associadas a três esferas de competências: da União, dos Estados e dos municípios. Entendemos, assim, a Política Social como uma Política Pública, a qual se refere a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais, no intuito de diminuir as desigualdades estruturais geradas pelo desenvolvimento socioeconômico.

Segundo Marshall (1967, p. 7), política social é a “[...] política dos governos relacionada à ação que exerça um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, ao proporcionar-lhes serviços.” As políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu, mecanismos de participação da sociedade civil organizada como espaço de discussão sobre as políticas sociais, no

⁶⁷ Os três níveis se referem a: federal, estadual e municipal.

caso estudado as políticas de saúde, e em específico uma política de saúde mais próxima da população que incorpora as OSS no rol dos agentes.

Ao entender a relação entre Estado, Sociedade e Política Social e o que essa relação tem gerado em termos de implicações para as políticas de saúde, a análise inicial é que a relação ocorre com avanços, tensões e limites. Com relação às políticas de saúde, estas surgem em uma fronteira cujas ações são focalizadas e/ou compensatórias. Um exemplo é o caso do nosso tema de pesquisa as OSS em MT, em que o Estado terceiriza, ou seja, atribui uma ação governamental a outro agente. Analisamos as OSS como executoras da Política de Saúde de MT, no contexto da relação Estado e Sociedade.

A partir deste momento empregaremos o termo “política de saúde” ao invés de política social, em vista da delimitação do objeto de pesquisa deste estudo. E é nesta direção que iremos tratar o 2º capítulo da tese.

2. A SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.

O objetivo aqui é analisar a saúde como expressão da questão social. Entendemos a saúde como um direito, bem como seu acesso, e à bens e serviços sociais em saúde, a qual tornam-se indissociáveis do direito à vida. Este direito está inscrito na Constituição Brasileira de 1988, que prima como princípio o valor da igualdade entre as pessoas.

A saúde encontra-se no contexto do Sistema de Proteção Social e torna-se tema importante na discussão pois, cada vez mais, os cidadãos são chamados a participar da implementação de políticas sociais, de garantia de direitos e da promoção da cidadania. O controle social - no caso específico desta tese, aquele exercido pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) sobre as OSS em MT- é um dos meios pelo quais cidadãos participam da regulação dessas políticas.

Nesse sentido, apresentamos uma discussão sobre o referido tema, tendo como pano de fundo:

- i. O que é saúde conceito descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948;
- ii. A Saúde pública no Brasil: um pouco de história, passando pelas Conferências de Saúde até a Constituição de 1988. Tratamos do reconhecimento da saúde no tripé da proteção social, como direito do cidadão e dever do Estado, e a abertura de canais de participação aos cidadãos na gestão pública do Estado;
- iii. Saúde é um direito social inscrito na nova constituição do país – 1988. A presença do movimento transformador da sociedade civil, os conselhos gestores, dentre eles o Conselho de Saúde, lançam mão de um discurso articulador em torno da democratização do processo com eficácia demarcando a relação entre as agências estatais e os beneficiários das políticas sociais de saúde;
- iv. A saúde como um direito social garantido pela luta pelos direitos: os movimentos sociais e o movimento de Reforma Sanitária. O movimento sanitaria foi importante ação popular, pois agregou à saúde um valor buscado como princípio da vida, da reivindicação da saúde como um direito social que deve atingir a todos;
- v. Política Social e as implicações para as políticas de saúde – Aqui a proposta é demonstrar como se dá relação Estado e Sociedade, e as novas práticas econômicas e políticas que surgem no século XX por parte dos gestores públicos (governantes). Uma delas é a diminuição do tamanho do Estado, que acarretou

modificações nas políticas de saúde, como o surgimento das OSS – braço do Estado – e que intermediam (operacionalizam) a realização das políticas de saúde.

2.1 O que é saúde: conceito descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

Desde os primórdios da humanidade, o conceito de saúde se associou a uma dupla relação: saúde/doença onde encontramos “[...] uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.” (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002, p. 2).

A Idade Moderna, período que se estende do final do século XV até à Idade das Revoluções no século XVIII, foi atingida pela revolução Industrial, em que eram encontrados os ambientes insalubres para os trabalhadores, e “[...] O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, torna-se objeto de políticas, práticas e normas, surgindo as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas.”⁶⁸ A idade moderna traz um desmembramento do conceito saúde/doença.

Para Canguilhem (1978), chegando ao século XIX, duas teorias interpretativas da relação saúde/doença avançam: a vertente ontológica e a vertente dinâmica. Ao final desse século, “[...] aparece a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico que poderia ser combatido com produtos químicos ou vacina.” (BACKES et al., 2008. p.113). No século XX,

A multicausalidade aparece [...]. Os fatores causadores das doenças eram relacionados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Entretanto, as causas agiam separadamente. Ainda nesse século, passa-se a considerar os fatores psíquicos como causadores de doenças. O homem então começa a ser visto como ser bio-psico-social. (BACKES et al., 2008. p. 113).

No século XXI o

[...] conceito de saúde perpassa a exaltação do indivíduo, do privatizado, do singular. Desse modo, inserida em lógica moderna e neoliberal, a saúde passa a ser compreendida como bem de consumo, algo que se deseja consumir e que possui, além de seu valor de uso, também valor-signo conquistado no seio das relações de consumo (BAUDRILLARD, 1995 apud ARAUJO; XAVIER, 2014, p. 6).

⁶⁸Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

A partir destas reflexões sobre o entendimento da dupla relação entre saúde-doença, em 1948 a OMS passa a adotar um conceito para a saúde, que será seguido por muitos estudiosos da área como “[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”⁶⁹ Para Scliar (2007, p.30) a definição de saúde

[...] reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças.

Com o passar dos anos surgiu uma teoria que forneceu uma discussão mais intensa sobre o processo saúde/doença, a de seus determinantes sociais: “Os paradigmas sócio-ambientais predominavam como forma de explicação para a origem das doenças. (OLIVEIRA; EGRY, 2000, p. 11). Determinantes Sociais de Saúde (DSS) é um termo novo, que “[...]ganhou especial importância apenas recentemente, mais precisamente no século XX, a partir do momento em que as ciências da saúde começam a ser entendidas como essencialmente sociais.” (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p. 46). O que se entende por determinantes sociais da saúde? Segundo a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), “[...] os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Reconhecermos, enquanto país, que o conjunto de DSS possibilita construirmos políticas públicas, ações governamentais que possam apoiar ações maiores, atingindo objetivos mais amplos com relação à saúde. A partir da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde,

[...]os comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde são influenciados por fatores como a cultura e economia, todavia estes são entendidos como “determinantes sociais proximais”, por serem mais passíveis de controle e modificação por parte do indivíduo. (CNDSS 2008 apud BRITO, 2010, p. 6).

O modelo de Dahlgren e Whitehead “[...] os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma

⁶⁹ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf> Acesso em: 28 jan. 2018

camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83).



Figura 2 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead
Fonte: Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 84.

Na tentativa de determinar quais são os causadores de saúde e inibidores de doenças, pode-se notar que os termos mais específicos sobre o conceito saúde enfocam a promoção de saúde⁷⁰ que envolve, segundo Cerqueira (1997),

[...] duas dimensões: a conceitual – princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde – e a metodológica – que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico. (apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102).

O Informe Lalonde, de 1974, “[...] foi tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.103). Lalonde propôs então “[...] ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida.” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.103). Promoção em saúde e prevenção à saúde

⁷⁰ A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist. (PEREIRA et al., 2000).

fornece “[...] subsídios para sermos atores transformadores da nossa própria saúde e da saúde dos indivíduos, família e da população atendida através da nossa prática profissional, [...]” (BACKES et al., 2008. p. 113). Esse enfoque

[...] busca analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o processo de associação entre indivíduos e grupos, trabalhando em torno da coesão social, solidariedade e confiança entre as pessoas, no que alguns autores chamam de “capital social”. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007 apud SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p. 47).

A partir da teoria dos DSS, escrevemos um novo capítulo sobre a saúde, qual seja, desbravamos novas concepções e práticas em saúde, bem como alargamos a possibilidade da organização em serviços de saúde — público x privado. O que faz pensar em outro ator transformador da nossa saúde, os gestores públicos. Estes têm

[...] destaque nas escolhas de políticas públicas e na implementação de decisões superiores, os gestores públicos como um todo tendem a assumir uma grande parte do escrutínio público, e da culpa, por falhas resultantes de processos de políticas públicas fragmentados. (WU et al., 2014, p. 16).

Essa formulação e implementação de políticas públicas será responsabilidade dos gestores do Estado e de cidadãos, em que a participação está garantida na gestão do SUS pela Lei 8.142/90. Devido à reforma do Estado e, em consequência de uma mudança no modo da administração pública. A “governança” será a melhor maneira de gerir. O Estado lança mão da tríade neoliberal: produtividade, rentabilidade e eficácia na qualidade dos serviços prestados pelo Estado.

2.2 A Saúde pública no Brasil: um pouco de história, passando pelas Conferências de Saúde até a Constituição de 1988

Historicamente, percebemos que a saúde do cidadão/trabalhador brasileiro durante um longo tempo esteve atrelada/associada ao trabalho/mercado ou, melhor dizendo, à carteira de trabalho assinada. Vários governos instituíram programas de atendimento à saúde ao trabalhador com o mínimo necessário em relação a serviços de saúde, a fim de desonerar o Estado de gastos.

A privatização de serviços de saúde não é mero projeto neoliberal, como vamos perceber durante o processo histórico brasileiro. Os serviços em saúde se

tornaram caros, com pouca qualidade e sujeitos a várias intervenções estatais durante sua vigência, como é o caso estudado por nós, o das OSS em MT.

Nesta caminhada histórica pelo Brasil, percebe-se que a saúde sempre foi objeto luta dos trabalhadores, e de movimentos sociais, que exigiam saúde pública de qualidade e realmente pública, sem a necessidade de o trabalhador pagar por convênios para ter seu direito atendido. No Brasil colônia, até o período Imperial,

[...] a ciência médica foi praticada por um pequeno quantitativo de médicos, cirurgiões e boticários, todos membros da elite, formados nas universidades européias. Concentrados nas grandes cidades do país, basicamente no Rio de Janeiro, Salvador e algumas outras capitais de províncias, e atendiam exclusivamente às famílias mais ricas. [...] mais pobres e a escrava, contavam apenas com a solidariedade das Santas Casas de Misericórdia, instituições religiosas e curandeiros, porém, existiam algumas instâncias oficiais de saúde nos grandes centros.⁷¹

Com o país em desenvolvimento e com o aumento da população, no governo do presidente do Brasil, Rodrigues Alves (1902 e 1906),

[...] desencadearam-se ações que tiveram como vertente a chamada "Higienização". Através da figura de Osvaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política. [...] com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 383).

A Fundação Rockefeller⁷², a partir de 1916, trouxe uma contribuição significativa ao Brasil, com a primeira definição de saúde pública, embasada "na educação sanitária e na formação de profissionais na área de saúde pública" (FARIA, 2006 apud TAMANO, 2017, p. 109). Em 1923 ocorre

A primeira iniciativa do Estado brasileiro na construção do que poderia se aproximar da noção de proteção social data de 1923, com a edição da Lei Eloi Chaves e a criação das Caixas de Pensão e Aposentadoria, que também garantiam a assistência médica aos contribuintes.⁷³

⁷¹Disponível em: http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-6-EcoUFJF.pdf Acesso em: 23 jan. 2018.

⁷²Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. KOBAYASHI, E.; FARIA, L.; COSTA, M. da C.C. Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul./dez. 2009, p. 314-351.

⁷³Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/08/O-sistema-de-sa%C3%BAde-brasileiro.pdf> Acesso em 29 jan. 2018.

Foi no governo de Washington Luís (1926-1930), que a questão social virou “caso de polícia” (PEREIRA, 2002). “Isso porque a polícia era chamada para enfrentar a questão social e essa utilizava-se, muitas vezes, da violência.” (SANTINI et al., 2014, p. 128). O governo Vargas⁷⁴ (1930-1945) criou uma política de saúde, em que esse direito estava atrelado ao dever do trabalho. O direito a saúde aparece “[...]através da categoria profissional, e da ocupação exercida no âmbito do mercado, sendo a carteira de trabalho o certificado legal da cidadania”. (SIMIONATTO, 1997, p. 16 apud SANTOS, 2013, p.235).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) aproveitaram-se da nova relação com o Estado de Vargas que “[...] dispunham de recursos financeiros, construíram seus próprios hospitais e introduziam, assim, os primeiros serviços privados contratados por empresas.” (SANTOS, 2013, p.235). Com o Estado Novo⁷⁵, decretado por Vargas, “[...] o governo assumiu uma feição mais “humanizada” e “preocupada” com o povo, principalmente com o trabalhador e sua família. É importante enfatizar que os anos quarenta foram anos de grande movimentação na área social.⁷⁶ Vargas “[...] estabeleceu políticas sociais frente as novas relações de trabalho que estavam surgindo com o processo de industrialização.” (SANTINI et al., 2014, p.128). Em 1937, no primeiro ano do Estado Novo, surgem “[...] as primeiras conferências nacionais de educação e de saúde como mecanismo do governo federal articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde.” (BRASIL, 2009, p. 11). As conferências “foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde.” (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451 apud BRASIL, 2009, p. 11). Tratava-se de

[...] espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre. Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941, foram convocadas. (BRASIL, 2009, p. 11).

⁷⁴ Getúlio Dornelles Vargas. Era Vargas é o período da história do Brasil entre 1930 e 1945(primeira vez que governou) A segunda de 1951 – 1954.

⁷⁵ Foi o regime político brasileiro instaurado por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937, que vigorou até 31 de janeiro de 1946.

Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/vargas.htm> Acesso em: 29 jan. 2018.

⁷⁶Disponível em: https://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_enps%20-%20fam%edlias%20e%20quest%e3o%20social.pdf Acesso em 29 jan. 2018.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde realizou-se em novembro de 1941, a pedido de Gustavo Capanema, então Ministro da Educação (1937 a 1945), tinha como objetivo ilustrar um quadro da saúde do país através das seguintes ações

- i. Organização sanitária estadual e municipal;
- ii. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose;
- iii. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
- iv. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941 apud BRASIL, 2009, p. 12).

A partir do novo pacto social, estruturado no governo do General Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), do Partido Social Democrático (PSD), formula-se o Plano SALTE (SAÚDE, ALIMENTAÇÃO, TRANSPORTE E ENERGIA). O governo de Dutra, em relação a saúde [...] elevada à condição de "questão social", mas nunca esteve verdadeiramente entre as opções prioritárias da política de gastos do governo." (ALENCAR et al., 1985 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385). Em seu governo foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde em 1950, e teve como temas de discussão "[...] a malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há relatório conhecido da 2ª conferência". (BRASIL, 2009, p.13). Vargas teve mais um mandato de 1951-1954, agora pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Neste período,

[...] a assistência médica se estendeu a todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões, que buscavam a uniformização dos direitos e procedimentos. Isto foi garantido através da realização do I Congresso Nacional de Previdência Social que abriu espaço para a posterior aprovação da estatização do seguro contra acidentes de trabalho. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385).

Em 25 de julho de 1953 foi criado o Ministério da Saúde. Também foram definidas as "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde", com a aprovação da Lei n. 2.312, de 03/09/54. Em 21/01/61 instituiu-se o Código Nacional de Saúde. (BRASIL, 2009, p. 13). No período 1954-1955 essa uniformização foi revogada, "[...] apesar de conciliar duas tendências: aquela que atendia aos trabalhadores

prejudicados pela diferenciação dos regimes previdenciárias e, aquela que respondia aos interesses políticos dos IAPs”. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385). O Ministério da Saúde foi criado com “uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385).

Entre 1956 e 1961, no governo Juscelino Kubitschek de Oliveira (PSD), a economia abriu-se ao capital estrangeiro, e ocorreu por parte da classe empresarial grande pressão no que tange à eficiência das indústrias. Os empresários se referiam ao sistema de saúde pública como algo que não era bom e que, de alguma maneira, os empresários arcavam com as despesas de saúde dos operários. Foi neste momento que

[...] o Congresso de Hospitais, ocorrido nessa época, respondeu a essas demandas, instituindo os serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, através da emergência da medicina de grupo, que se constituiu em um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade. (BRAGA; PAULA, 1987 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385-886).

Em 1963 ocorreu a 3ª conferência Nacional de Saúde

[...] com o objetivo de oferecer orientações sobre as políticas de saúde. Essa Conferência definiu como ideologia da saúde, a do desenvolvimento econômico, baseada que estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. (ROSSI, 1980 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 886).

O período de ditadura militar (1964-1985)

[...] inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta. (BRASIL, 2009, p. 13).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966, e “[...]foi nesse momento que o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 888). Em 1967 é realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde e contou com um “painel internacional sobre a política e realizações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e as experiências sanitárias da Venezuela e da Colômbia. (BRASIL, 2009, p. 13). No mesmo ano o regime militar procurou alterar o

funcionamento da máquina administrativa através da publicação do decreto-lei nº 200/1967 – que trazia uma novidade com relação aos gastos da máquina pública – o chamado “orçamento da união” era um projeto de descentralização administrativa. Para Bresser Pereira, foi a primeira tentativa de se instaurar uma administração gerencial. (LEITE, 2007, p. 101). Segundo Pereira, uma administração pública gerencial

[...] é orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de um grau real ainda que limitado de confiança; como estratégia, serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; o instrumento mediante o qual se faz o controle sobre os órgãos descentralizados é o contrato de gestão. (1997, p. 12).

Para Doimo e Rodrigues (2003, p.96-97), em meados da década de 1970,

[...] ainda sob forte pressão e controle da ditadura militar, tinha início a formação de inúmeras iniciativas de organização em torno da melhoria das condições de saúde. Tratava-se de uma multiplicidade de ações comunitárias as locais relativas a procedimentos “médicos” alternativos e naturais, ou de movimentos reivindicativos pontuais nos grandes centros urbanos em torno de equipamentos sanitários, postos de saúde, melhorias no atendimento médico, culminando, em muitos bairros, na criação de “conselhos de saúde”, com vistas ao controle e à fiscalização dos serviços de saúde.

Em 1974, no governo do general Geisel, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social “[...] do Conselho de Desenvolvimento Social e do Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento.” (SANTOS, 2013, p. 235). Em 1975, a partir da 5ª Conferência Nacional de Saúde,

[...] foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 888).

Em 1976 é criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento ligado ao Ministério da saúde, o PIASS (SCOREL, 1999) era “[...] uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior.” (SCOREL, 1999; PIRES-ALVES;

PAIVA, 2006 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21). Seus dois objetivos principais foram:

- i. Aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais;
- ii. Viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. (ESCOREL, 1999; PIRES-ALVES; PAIVA, 2006 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.21).

Em 1977 ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde, que assegurava, em suas propostas, “[...] a participação da comunidade na formulação, fiscalização e implementação da política de saúde.” (SANTOS, 2013, p. 235). Também em 1977 ocorreu mais um movimento burocrático administrativo, para reordenar o sistema de saúde. Foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que reunia diversas entidades previdenciárias: Instituto de Administração Financeira (IAPAS), o INPS, o INAMPS além da Fundação Legião Brasileira de Assistência, a Central de Medicamentos (CEME) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), dentre outras. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 888).

De 1974 a 1979 as transformações realizadas na Política Nacional de Saúde não contavam com a participação de trabalhadores, como havia sido acordado a 6ª Conferência. Em 1979 o movimento sanitaria conseguiu novamente se tornar ativo na questão da luta pela saúde pública. João Figueiredo (1979-1985) foi responsável pela abertura democrática no país.

[...] até o final de 1980, o que pode ser reconhecido como sistema de saúde se pautava majoritariamente pela noção de seguro social (garantia de acesso apenas a quem contribui) e se caracterizava por uma miríade de instituições públicas e algumas privadas, sem nenhuma articulação entre si. Nesse período, a assistência médica se vinculava à Previdência Social, e as ações coletivas de saúde eram de responsabilidade do Ministério da Saúde.⁷⁷

Nos anos 80, o movimento sanitaria se insurgirá contra o modelo privatizante, associado à crise da seguridade social. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 890). A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1980, tendo como eixo central “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Ela propunha

⁷⁷Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/08/O-sistema-de-sa%C3%BAde-brasileiro.pdf> Acesso em: 29 jan. 2018.

[...] a extensão da cobertura, a integração dos serviços existentes dos diversos níveis de complexidade e a regionalização do atendimento por área definida, assim como, a participação da comunidade. (SANTOS, 2013, p. 236).

Neste período, “[...] a sociedade brasileira vivenciou o fim do regime militar e passou pelo processo de redemocratização.” (COHN, 2008, apud XIMENES, 2015, p. 49), associado à crise fiscal do Estado. Com alguns ganhos em termos de espaço de discussão nas Conferências de Saúde, já na década de 1980, o movimento sanitário volta a delinear seu espaço de luta em favor de uma saúde pública. O movimento sanitário

[...] difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica". (TEIXEIRA. 1988 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 11).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986 e “[...] marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema”. (BRASIL, 2009, p.16). Essa Conferência teve como temas de discussão 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor.⁷⁸ Foi um marco, pois “[...] apresentava os objetivos políticos da conferência em relação à Constituinte, que foram alcançados no texto da Constituição, com redação muito semelhante, e num sentido até mais abrangente.” (BRASIL, 2009, p. 17). As discussões e reivindicações dessa conferência se fizeram presentes na redação da Constituição de 1988, o que veremos a seguir.

2.3 Saúde é um direito social inscrito na nova constituição do país - 1988

A Constituição Federal de 1988 trouxe muitas mudanças para a saúde, dentre elas:

i. A saúde passou a fazer parte do chamado tripé da Seguridade Social conforme

[...] em seus artigos 194 e 196, ao adotar a Seguridade Social como modelo de proteção social que integra um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, reconhece esta integração como um desafio e

⁷⁸Disponível em:http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf Acesso em: 29 jan. 2018.

legitima os esforços para se alcançar a saúde como direito universal, [...]. (BRASIL, 2002, p. 19).

- ii. A saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado, de acordo com o Art. 196;
- iii. A Carta Constitucional de 1988 consagrou o Sistema Único de Saúde (SUS), que pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”. (PINTO; TEIXEIRA, 2011).
- iv. A Constituição Federal aprovou o SUS e a Lei Federal Nº 8.080 de 1990 o definiu como um “[...] o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (Lei 8080/90, TÍTULO II DO SUS, DISPOSIÇÃO PRELIMINAR, ART 4).
- v. O SUS manteve os objetivos reivindicados pelos grupos que lutaram pela melhoria da qualidade da saúde em sua estrutura jurídica, as quais “[...] referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.” (BRASIL, 1990, p. 4);
- vi. A participação do cidadão na gestão (formulação e implementação de políticas de saúde) do SUS está prevista pela Lei nº 8.142/90, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Aqui o controle social em sua dimensão jurídica, assegurando a democracia participativa e na gestão do SUS como princípio doutrinário garantindo a universalidade, integralidade e equidade a população brasileira.
- vii. A Carta Cidadã também abriu as “portas” para a iniciativa privada – as OSS – um dos atores de nossa pesquisa, como prevê o Art. 199.
- viii. Os serviços em saúde privados serão fiscalizados, segundo o, Art. 197.

Para Carvalho, Santos e Campos (2012), “[...] a existência de um poderoso mercado de serviços de saúde anterior ao SUS foi um dos fatores decisivos para acomodar os interesses privados da área da saúde na Constituição.” (apud PASSOS; KRÜGER, 2013 p.2). Segundo Santos a criação do SUS e a abertura para a participação de forma complementar trouxe “o projeto do grande capital” que

[...] aponta a saúde não como direito universal, mas como um serviço que pode ser comprado no âmbito do privado. A saúde torna-se mercadoria, vista como fonte de lucro e acumulação de capital.

Nesse sentido, vivencia-se um processo de privatização do SUS com os chamados novos modelos de gestão. (SANTOS, 2013, p. 238).

Por outro lado, a partir da constituição do SUS, segundo Lobato; Fleury (2009, p. 248), instaura-se “nova institucionalidade na área social, expressa na democratização e ampliação do acesso a políticas, programas e serviços sociais”. Segundo eles, emergem, a partir daí, estruturas de participação e controle social. O SUS foi realmente uma ponte entre a “maneira velha de ver a saúde” e a chegada de “novas formas de ver a saúde”, pois apenas uma pequena parcela da população podia pagar por esses serviços. (BRASIL, 2003, p.14). Mas o que mudou com o novo sistema de saúde? O SUS é para todos? Tem as características descritas na constituição de 1988? A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) redesenhou a atenção à saúde no país?

O SUS foi um marco importante para a implementação de políticas de saúde em favor da população brasileira. O SUS foi o reconhecimento também da luta de movimentos e trabalhadores em saúde comprometidos com a qualidade de serviços na área dirigidos à população brasileira. A criação ocorreu no governo José Sarney (1985-1990), em plena consolidação da abertura política. Suas bases doutrinárias foram geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.⁷⁹ A Constituição de 1988, por sua vez, validou e instituiu o novo sistema, fruto, em grande parte, de reivindicações de movimentos sociais. Seu objetivo é “[...] promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população.” (BRASIL, 2011, p. 3) e redefine “[...] as responsabilidades e competências de cada nível do governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde.” (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007, p. 272). A criação e implementação do SUS trouxe um novo olhar para a saúde pública brasileira, dentre eles o de justiça social e de redesenho das políticas de saúde. Mas, afinal, o que é o SUS? Elencamos algumas definições.

- i. Política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania. (BRASIL, 2011, p. 3);
- ii. O resultado de décadas de luta do Movimento da Reforma Sanitária⁸⁰;

⁷⁹Disponível

em: http://www.cremese.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20986:sus-completa-20-anos-mas-nao-implanta-seus-principios-fundamentais&catid=3 Acesso em: 29 jan. 2018.

⁸⁰ Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/08/O-sistema-de-sa%C3%BAde-brasileiro.pdf> Acesso em: 29 jan. 2018.

- iii. “[...] ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” que garante, também, “[...] a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde.” (LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)⁸¹;
- iv. Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990, p. 4);
- v. O SUS é “[...] o sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, e que começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988.” (NEGRI, 2002, p. 7);
- vi. Sistema completamente moldado de acordo com os anseios e necessidades sociais. Trata-se de um sistema em processo contínuo de adequação à realidade social existente.

Os princípios que constituem o SUS são estes:

- i. A universalidade — artigo 196 da Constituição Brasileira —, a equidade no acesso — artigo 196 —, e a integralidade da assistência — artigo 198 — e;
- ii. Os chamados princípios operacionais de caráter pragmático, em que a hierarquização e a municipalização estão presentes, correspondendo à descentralização — artigo 198, inciso I — e a participação social — artigo 198, inciso III. (BRASIL, 1988).

São atribuições do SUS:

- i. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias;
- ii. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- iii. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- iv. Participar na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- v. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- vi. Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

⁸¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 29 jan. 2018.

- vii. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- viii. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.⁸²

As duas leis que complementaram o SUS são a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. (BRASIL, 2003, p. 25-26). As duas leis, promulgadas no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), consolidaram o marco legal do SUS.

O processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais Básicas (NOBs), instituídas por meio de portarias ministeriais. Regulamenta-se

[...] o SUS no final de 1990, mas o processo de descentralização da saúde se inicia, de forma mais concreta, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do INAMPS - a Norma Operacional Básica 1/91 (BRASIL, 1991) - à qual se seguiram a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL, 1992), a NOB 1/93 (BRASIL, 1993) e a NOB 1/96 (BRASIL, 1996), estas últimas emitidas pelo próprio Ministro da Saúde. (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 49).

Para os autores, as NOBs editadas neste período constituíram-se “[...] como os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil.” (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 47), que, segundo alguns estudiosos, (ABRUCIO; COSTA, 1998; BARROS, 1997; MEDICI, 1991; VIANA, 1997; MENDES, 1998 apud SCATENA; TANAKA, 2001, p. 49), está associado à “[...] revisão do papel do Estado” e “ao avanço da descentralização das ações.” Entre 2011 e 2014, já no governo de Dilma Rousseff (PT), foram publicados alguns decretos que modificaram a essência do SUS, de acordo com a qual foi idealizado. O Decreto n. 7.508/2011 versa sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2015, p. 8), e a Emenda Constitucional n. 29/2000, pela Lei Complementar nº. 141/2012, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito

⁸²Disponível
http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf
 em: 26 jan. 2018.

Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e para estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. (BRASIL, 2015, p. 8).

Estas duas novas normas que causam muita polêmica em torno do tema da organização e da gestão do SUS e seu financiamento tripartite, desoneram a união e sobrecarregam estados e municípios com a questão de gastos em saúde e podem ter influenciado a entrada das OSS na saúde. O SUS foi sendo posteriormente regulamentado pelas leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90. O direito Constitucional à saúde como uma nova expressão da questão social é demarcado pela relação entre a sociedade civil e a organização dos movimentos sociais, que se converterá na luta por direitos civis. Já o Estado converterá os direitos civis exigidos pela sociedade civil em direitos sociais. O direito deve estar sempre associado à realização da justiça social e, em seguida, associado às políticas de proteção de direitos — individuais ou coletivos.

A próxima seção se faz indispensável para entendermos o movimento que o Brasil fez em direção aos novos caminhos para a saúde. O processo de redemocratização política do país, os movimentos sociais envolvidos na luta por condições de trabalho em saúde, o processo de informação e diálogo do Estado com a Sociedade, a participação dos cidadãos na formulação e implementação de políticas de saúde.

2.4 A saúde como um direito social garantido pela luta pelos direitos: os movimentos sociais e o movimento de Reforma Sanitária

O movimento de reforma trouxe uma série de contribuições para a saúde pública brasileira, como veremos agora. Esse movimento foi tão importante que todos que pesquisam ou estudam a saúde pública no Brasil retomam a década de 1970 para reconstruir os passos dados na direção da construção de um sistema de saúde público que se tornou referência para outros países. Tentaremos mapear o movimento de Reforma Sanitária através dos subitens abaixo.

2.4.1 A origem do Movimento Sanitarista

O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por

um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde.⁸³

A origem do Movimento Sanitarista coincide com “[...] a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).” (SCOREL, 1999; RODRIGUEZ NETO, 1997; PAIM, 2008 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21). Aqui é importante uma ressalva sobre o movimento sanitário na época da ditadura e sua importância, como aponta Teixeira (1989)

O movimento sanitário que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica"⁸⁴

O movimento de Reforma Sanitária expressa-se durante o período de ditadura no Brasil através de seus atores sociais. Organizou-se através de grupos de estudos, aos quais retorna mais ativamente na década de 1980, em uma luta pela qualidade da saúde pública no Brasil.

2.4.2 Os atores

Os atores do movimento Sanitarista são constituídos no âmbito do modelo de saúde vigente da época, no processo de formação de instituições profissionais e de organizações sindicais, e em grupo de estudo frutos das reflexões sobre a realidade. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

São três os principais movimentos de Reforma Sanitarista que participaram ativamente da construção de uma saúde pública para os brasileiros, dentre eles destacamos:

[...] a) o Movimento Sanitarista, que denunciava os efeitos do modelo econômico na saúde da população, buscava sua defesa pela reforma sanitária, e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. b) O Movimento Popular de Saúde privilegiava a organização de redes de movimentos locais. Era originário dos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas dentro

⁸³ Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em 2 fev. 2018.

⁸⁴ Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/356/body/v30n3a04.htm> Acesso em: 2 fev. 2018.

dos grandes centros urbanos, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Eram compostos por médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes. Reivindicavam a implantação de mecanismos que deveriam compor a própria gestão e organização da política de saúde. O objetivo do c) O Movimento Médico era levar o Estado a privilegiar a ação institucional, com a elaboração de uma proposta de reformulação de todo o sistema de saúde, o que culminaria em uma grande reforma sanitária (SOARES; MOTTA⁸⁵ apud PAESE, 2011, p. 22-23).

Para Escorel (2008, p. 5) a luta por uma saúde pública de qualidade destaca-se de outras frentes como

[...] o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira construiu o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco.

Esses movimentos contribuíram para estruturar uma Política Pública de Saúde para o país e para consolidar uma política de proteção social. De acordo com Negri (2002, p. 7),

O Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, curante e centralizador, surge nos anos 80, congregando acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e setores da sociedade. A Constituição incorpora sua visão de saúde como direito social e dever do Estado.

A dinâmica e a conscientização de luta vêm do aprimoramento da participação que toma forma quando estes movimentos sociais, pelas suas experiências e reivindicações, aparecem relacionados a diferentes fenômenos sociais (PAESE, 2011, p. 23). A partir desse movimento – o sanitarista - que teve em sua gênese um processo forte de conscientização político – social, as políticas de saúde irão se tornar parte da questão social, e emergem como bandeira da proteção social e da constituição de direitos sociais.

2.4.3 As principais ideias do Movimento Sanitarista

⁸⁵ Disponível em: http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html Acesso em: 2 fev. 2018.

Dentre os objetivos do movimento de Reforma Sanitária podemos destacar:

- i. “A ideia de prevenir doenças no Brasil teve seu grande marco inicial com o movimento sanitarista.” (TAMANO, 2017, p. 103);
- ii. [...] a busca do movimento pela construção da identidade nacional passava também pela construção do poder público, que, por meio dele, integraria todo o país.” (HOCHMAN, 2001, apud TAMANO, 2017, p. 104);
- iii. A participação da população na formulação e execução das políticas públicas de saúde;
- iv. “[...] Reforma Sanitária, a qual incorporaria os ideais de um sistema de saúde único, estatal e descentralizado às estruturas das políticas de saúde vigentes [...]” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21).

Esta nova esfera pública comporta um espaço de “[...] interação entre grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais etc. A natureza desta esfera é essencialmente política e argumentativa.” (GOHN, 2003, p. 36). O movimento encontrou na Carta Cidadã de 1988 o momento ideal para se fortalecer e instituir suas principais reivindicações. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde.⁸⁶

As seguintes diretrizes do novo modelo nacional de saúde foram então dispostas

[...] 1) a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; 2) a reformulação das Ações Integradas de Saúde (AIS), de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (CIS, CRIS E CIMS); 3) a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. (BRASIL, 1987, p. 17-18).

⁸⁶ Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/08/O-sistema-de-sa%C3%BAde-brasileiro.pdf> Acesso em: 2 fev. 2018.

Aproveitando-se da chegada do processo de abertura democrática. A partir de 1985, o movimento sanitaria organiza-se para apresentar suas propostas advindas das conferências, na nova constituição brasileira.

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16).

Para Doimo e Rodrigues (2003, p. 93), as forças ímpares que se juntaram ao movimento sanitaria culminaram

[...] na formulação de uma nova política no sistema de saúde, representada pelo Sistema Único de Saúde, adveio de uma articulação ímpar entre diferentes forças organizadas da sociedade civil: a) aquelas vinculadas a uma estratégia estatista de propor transformações pela inserção político-institucional, hegemônica, junto aos segmentos médico-sanitaristas, e consoante aos padrões políticos da tradicional esquerda comunista; b) aquelas vinculadas à chamada nova esquerda e ao trabalho de base da Igreja Católica (não sem o compromisso, também, de inúmeros profissionais da saúde) identificadas com o Partido dos Trabalhadores e que convergem para a criação do MOPS – Movimento Popular de Saúde, orientado por uma concepção societal de atuação política.

Ainda para os autores, foi

[...] precisamente por terem existido enquanto tal e atuado juntas, cada qual a seu modo, que se tornou possível a inclusão, na Constituição de 1988, de um novo modelo público, integrado e descentralizado de política de saúde. (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p. 93).

A saúde foi reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado. O reconhecimento de um SUS com garantias de universalização do acesso foi uma de suas consequências, graças à mobilização desse movimento, que se tornou símbolo de resistência, luta e reflexão a respeito das políticas de saúde desde sua origem nos anos de 1960.

2.5 O modelo de saúde adotado pelo Estado Brasileiro a partir de 1980 e as implicações para as Políticas de Saúde: o surgimento das OSS

Analisaremos, a construção de políticas de saúde a partir de 1980, visto que “A estrutura da Saúde Pública brasileira tem sido construída na inter-relação

Estado e Sociedade, passando por inúmeras transformações para atingir a configuração que hoje se nos apresenta.” (SCHMIDT, 2006, p. 1). Essa reflexão se faz necessária, uma vez que “Representantes do governo, instituições de saúde e sociedade civil organizada têm feito representar seus interesses perante o Estado que aparece como mediador, executor e/ou financiador das políticas públicas sociais.” (SCHMIDT, 2006, p. 1). A escolha pela década de 1980 é devida às mudanças significativas que ocorreram nas diretrizes da proteção social da população brasileira. Esse movimento acontece

[...] graças ao término do regime ditatorial em 1984, tornando possível a abertura do Congresso Nacional e a elaboração de nova Constituição para o país, em 1988, pautada por princípios de cidadania segundo os quais todo cidadão tem garantido direitos de bem-estar social e segurança, independentemente de qualquer mérito. (BATICH, 2004, p. 35-36).

O período abordado é marcado por transformações neoliberais que influenciaram as políticas sociais e trouxeram novas diretrizes para as finanças estatais, para o planejamento, a gestão e o orçamento do Estado. Percebe-se uma nova relação entre Estado e Sociedade, baseada na transparência da gestão pública e, em consequência, emerge a transparência da formulação e implementação, bem como avaliação das políticas sociais. Entendemos que existem especificidades na realidade brasileira, e compreendemos as novas dinâmicas de poder que constituem as relações entre o Estado e Sociedade a partir desse período. As relações entre Estado, Sociedade Civil e política de saúde tem o foco na participação dos cidadãos na execução da política de saúde. E consequência do exercício do controle social, que se realiza via conselhos de saúde, pelos cidadãos.

Como se sabe, o processo de redemocratização do Brasil, a partir de 1985, contribuiu para o processo de democratização das políticas de saúde. Essas carregaram em suas lutas sociais um elemento importante — o controle social —, convertido em princípio doutrinário e estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Entendemos que os direitos à saúde, bem como o acesso a bens e serviços sociais em saúde, tornam-se indissociáveis do direito à vida, e que a Constituição Brasileira de 1988 tem como princípio o valor da igualdade entre as pessoas. Nesse contexto, “[...] não devemos esquecer que as políticas sociais, mais do que simplesmente garantir acesso a bens e serviços, são importantes mecanismos de realização de direitos de cidadania [...]” (BOSCHETTI, 2007, p. 13). Nesse sentido, a Constituição

Federal (CF) de 1988 é o marco histórico para as políticas de saúde. A participação da população na formulação e execução das políticas de saúde foi uma luta advinda das possibilidades abertas pela nova Carta Magna, que vai além “[...], a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde.”(PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16).

Nossa intenção neste capítulo é compreender o papel das políticas de saúde e como nelas se inserem as OSS a partir de 1998, configurando um novo relacionamento entre Sociedade e Estado, uma nova organização, uma nova prática social em saúde, um novo modelo de proteção de saúde. Segundo Lopes (2004, p. 57) “[...] no plano da administração pública, esta nova ordem remete necessariamente ao princípio, ao planejamento e à execução da gestão das políticas sociais públicas.” Segundo Pereira (2002) os períodos políticos, podem ser definidos através do contexto social que refletem as políticas sociais adotadas pelo Estado Brasileiro.

Período anterior a 1930: política social do *laissez-faire*; de 1930 a 1964 política social populista/desenvolvimentista; 1964 a 1985: política social de regime tecnocrático-militar, incluindo a fase da abertura política; 1985 a 1990: política social do período de transição para o democrático liberal; a partir dos anos 90: política neoliberal. (apud SANTINI et al., 2014, p. 129).

A política de saúde é entendida nesta pesquisa como um elemento constitutivo das políticas sociais, que correspondem à ação dos governos que impactam o direito sobre o bem-estar dos cidadãos, pela prestação de serviços. Consideramos aqui a participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas de saúde à partir da Constituição de 1988, entendida como um avanço democrático, pois amplia a participação da sociedade no Estado. A crise fiscal que ocorreu no Brasil à partir de 1980, trouxe duras implicações as políticas de saúde, ou seja, no modelo assistencial, conseqüentemente no redesenho das políticas de saúde. Entendemos, assim, que a reforma do Estado Brasileiro, influenciada, primeiramente, por uma forte crise fiscal, trouxe para as políticas de saúde uma modificação dos modelos de proteção social. O movimento sanitarista foi muito importante para que na nova Constituição estivessem as demandas da sociedade no que tange à saúde pública. O movimento sanitário foi responsável por buscar “[...] a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde

e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.” (SCOREL apud GIOVANELLA et al., 2008, p. 5). Nesse sentido a Constituição Federal de 1988

[...] institucionaliza diretrizes que marcam a ascensão de um novo modelo de gestão das políticas públicas baseado na descentralização política e administrativa da União para as demais unidades federadas, na responsabilidade do Estado, na participação da população, na formulação e controle em todos os níveis de governo (SCHMIDT, 2006, p. 3).

Os anos de 1990, trarão o avanço do ideário neoliberal e um cenário de profundas contradições passa a condicionar a definição das políticas sociais. Exemplo disso foi o lento processo de privatização da saúde, com o avanço do capital na área, e entrada das OSS. Ambas as situações são parte do processo de desestruturação da proteção social. De acordo com Arretche (2004, p. 22),

No início dos anos 90, a distribuição federativa dos encargos na área social derivava menos de obrigações constitucionais e mais da forma como historicamente estes serviços estiveram organizados em cada política particular. A capacidade de coordenação das políticas setoriais dependeu em grande parte destes arranjos institucionais herdados.

Segundo Mattos (2015)

Ao longo dos anos noventa, as diretrizes do Consenso de Washington⁸⁷ foram implementadas em todos os países latino-americanos, exceto Cuba. [...] tais diretrizes também foram adotadas pelo governo brasileiro, principalmente sob o governo de Fernando Collor de Mello.⁸⁸

De acordo com Travagin (2017, p. 98), o Banco Mundial também se preparava para a década de 1990 e focou seus interesses sobre a saúde e

Nesse contexto, foram produzidos três documentos importantes para a discussão, são eles: ‘Brasil: novo desafio à saúde do adulto’ (1991); o relatório anual de 1993, dedicado à saúde, ‘World Development Report 1993: Investing in Health’ (1993); e ‘A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90’ (1995). A preocupação do Banco com o

⁸⁷ “De acordo com a abordagem de Washington as causas da crise latino-americana são basicamente duas: a) o excessivo crescimento do Estado, traduzido em protecionismo (o modelo de substituição de importações), excesso de regulação e empresas estatais ineficientes e em número excessivo; e b) o populismo econômico, definido pela incapacidade de controlar o déficit público e de manter sob controle as demandas salariais tanto do setor privado quanto do setor público.” (Bresser-Pereira, Luiz Carlos. Pesquisa e Planejamento Econômico, 21 (1), abril 1991: 3-23.

⁸⁸Disponível

em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiiisemanaderelacoesinternacionais/o-projeto-da-reforma_thais-caroline.pdf Acesso em: 19 jan.2017.

sistema de saúde brasileiro não se deu por acaso: o país acabava de adotar um sistema de saúde único, universal, público e gratuito.

Segundo Arrretche (2004, p. 22), as políticas de saúde dos anos de 1990 estavam atreladas sobre uma

[...] distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial.

Quanto à saúde, o governo de Collor mantinha a ideia de descentralização das ações do Estado e, com isso,

[...] apontava-se a possibilidade de uma retomada de políticas racionalizadoras pelo novo governo e de um sanitarismo de resultados, capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, uma medicina simplificada para pobres e “descamisados”, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto. (PAIM, 1991 apud PAIM, 2008, p. 184).

Collor, em relação à saúde, acreditava que

[...] grupos orgânicos às políticas racionalizadoras poderiam aderir ao projeto conservador em saúde, atuando numa faixa paralela à privatização do setor, ainda que utilizando a retórica da Reforma Sanitária. (PAIM, 2008, p. 184).

No governo de Itamar, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), considerado um movimento municipalista, conseguiu que a Lei 8142/90 apresentasse como membros natos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) “[...] Conass e Conasems,[...] não como convidados, mas como partes integrantes.” (PAIM, 2008, p. 187). O Conasems obteve mais uma vitória, já no governo de Itamar Franco, ao introduzir

[...] a NOB 93 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com espaço assegurado de participação permanente do Conasems e dos Cosems, não sem conflitos com as atribuições dos conselhos de saúde. (MIRANDA, 2003 apud PAIM, 2008, p. 187).

Apesar da aparente vitória dos municipalistas,

[...] as negociações que resultaram na promulgação da Lei nº 8142 em 28/12/1990 não foram capazes de impedir que, dias depois, o Presidente do Inamps publicasse a NOB 01/91, subvertendo as definições da referida lei. (PAIM, 2008, p.188).

FHC, em sua primeira entrevista coletiva, depois de eleito “[...] declarou que iria priorizar educação e saúde.” (DIMENSTEIN, 1994 apud PAIM, 2008, p. 203). O governo de FHC como depois seria reconhecido, deixou um legado para o Brasil nos anos de 90 “[...] as políticas sociais, entre elas a saúde, passaram a ser alvo dos ataques da onda neoliberal, [...] com a proposta da Reforma Administrativa do Estado.” (SANTOS, 2013, p.6). Santos (1999 apud SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015, p. 146),

[...] aponta que os governos de concepção neoliberal diante do cenário de crise econômica optaram por um processo de privatização dos serviços sociais, incluindo áreas como a saúde e a educação, o que caracterizou um momento de inflexão do Estado de Bem-Estar Social.

Para Bering (2008 apud SANTOS, 2013, p. 6), o processo de publicização “[...] atinge diretamente as políticas sociais. Assim o Estado deixará de ser o executor direto das políticas sociais, tornando-se apenas coordenador e financiador.” O novo discurso, de cunho neoliberal, acerca da governança democrática, focaliza a descentralização das ações do Estado, pela transparência, eficiência e qualidade. As principais estratégias neoliberais são:

- i. Prevalência de um Estado Social residual: centralidade, organizações voluntárias, família e outros grupos informais.
- ii. Substituição dos direitos sociais universais e incondicionados por “direitos” seletivos e condicionados ao mérito ou à contraprestação dos cidadãos.

No governo de FHC, “[...] na área social se evidenciou a tentativa de dar novos contornos à implementação de políticas sociais, instituindo as OS como instrumento para efetivação dessa reforma no campo social. [...] diferentes dispositivos de gestão e execução de serviços, que interferem diretamente no processo de organização do sistema de saúde, em bases mais próximas ou menos próximas às diretrizes do SUS.” (SILVA, 2012, p. 39). Ainda para a autora, “[...] as OS são apresentadas pelo governo FHC, como um projeto de governo sem grande permeabilidade em sua formulação do controle e da participação social.” (SILVA, 2012, p. 43). Para Behring e Boschetti “[...]O documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira [...]”(2011, p. 148 apud MACIEL, 2017, p. 2). Sem dúvida o tema das OSS, no que tange à dominação da área econômica pela perspectiva neoliberal, levou os movimentos sociais da saúde organizados em

oficinas de discussão em 1997, a questionar “[...] a consistência das “organizações sociais” propostas pelo MARE e as evidências que comprovassem os resultados que a agenda hegemônica preconizava.” (PAIM, 2008, p. 204).

Para Travagin o Banco Mundial pressionou o governo de FHC para que se realizasse o ajuste fiscal: “O BM recomendava políticas sociais consonantes com o ajuste neoliberal e a austeridade fiscal [...]. Ou seja, políticas sociais residuais.” (2017, p. 98). A saúde tornou-se uma pauta importante para o Banco e “[...] e foi introduzida no Brasil justamente nesse momento de crítica aos sistemas de proteção social. (TRAVAGIN, 2017, p.98). Para o Ministério da Saúde

A pouca presença da participação da sociedade na formulação do projeto de OS pode ser uma das razões para a oposição de movimentos populares e do funcionalismo público a esse novo desenho institucional. Na área da saúde, a instância de participação e controle social legitimada pela normatização do Sistema Único de Saúde – o Conselho Nacional de Saúde repudiou a proposta. (1996 apud SILVA, 2012, p. 43).

Para Silva, o tema das OSS “[...] tem se configurado como um elemento importante no debate sobre saúde pública, [...] e execução de serviços, que interferem diretamente no processo de organização do sistema de saúde.” (2012, p. 39). Segundo Castro (2005, p.2), “[...] o governo Lula, identificado como democrático e popular, inicia a sua gestão mantendo a linha econômica do governo anterior[...]”. A expectativa da chegada do Partido dos Trabalhadores, através de Lula, na presidência era grande. Esperava-se reformas sociais e avanços em termos de direitos aos trabalhadores, ou como o próprio Lula havia anunciado, “menos mercado”. Para Castro (2005, p. 1-2)

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, criou a expectativa da efetividade de um sistema público de proteção social condizente com as reais demandas da população, resgatando o sentido de reforma, desvirtuado pelo conservadorismo da política neoliberal.

Mas o que se viu foi nos governos petistas foi “[...] a manutenção e, por vezes, o aprofundamento da adoção das políticas neoliberais, [...] (COELHO, 2005 apud XIMENES, 2015, p. 57). No governo de Lula surgiram FEDP, FAPs e as FE que correspondem como “[...] alternativa jurídico-administrativa, no âmbito da administração pública indireta, para responder aos impasses gerados pela administração pública em geral e em particular para o setor saúde.” (SILVA, 2012, p. 10). Dessas difusões de OS emergem as políticas sociais de cunho compensatórias.

[...] são reflexos deste novo ciclo de reordenamento do capital, que tem no Estado uma intervenção mais atuante na extrema pobreza. Sob a ótica de equilibrar crescimento econômico e desenvolvimento social, o Brasil tem dado ênfase às políticas de transferência de renda, e segue no seu percurso de buscar o desenvolvimento econômico, desta feita, como país emergente que tem alcançado, nos últimos anos, patamares satisfatórios na economia mundializada. (CASTRO, 2013, p. 2).

A reação também veio a público. De acordo com a publicação do jornal do Jornal do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de novembro de 2007,

A atitude do governo federal de encaminhar uma proposta que pode definir mudanças essenciais no modelo de gestão da saúde pública sem antes discuti-la com os movimentos sociais organizados é contestada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Afinal, a participação da comunidade na formulação e acompanhamento das políticas de saúde é uma das diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (JORNAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, ano 3, edição especial, novembro 2007, p. 2).

E ainda,

Ao tomar conhecimento de que o projeto das fundações estatais estava em fase de elaboração e discussão nas instâncias do governo federal, alguns conselheiros de saúde, durante a reunião ordinária de maio, demonstraram ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, preocupação com o modelo proposto e também com a forma como a proposta estava sendo construída: sem ouvir os movimentos sociais da área da saúde, especialmente, os trabalhadores e usuários. Naquela reunião, “Temporão” já havia admitido que o projeto, ainda em fase de construção, seguiria direto para o Congresso Nacional, onde ocorreria o debate (JORNAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, ano 3, edição especial, novembro 2007, p. 2).

Lula deixou a saúde a cargo de OS e dedicou seu governo aos programas sociais, desta forma as políticas sociais na área da saúde

[...] foram consideradas *serviços não exclusivos do Estado*, neste setor o Estado divide a atuação com outras organizações públicas “não estatais” e privadas. Desse modo, legalizando o processo de privatização [...] de novos modelos de gestão. (BEHRING, 2008 apud SANTOS, 2013, p. 2).

Para Menicucci (2011, p. 522) é possível perceber, nos oito anos do governo Lula “[...] uma mudança de foco na agenda governamental, passando-se da ênfase exclusiva na implementação gradativa do SUS no primeiro mandato para as condições de vida e os determinantes da saúde no segundo, [...].”

Dilma Vana Roussef foi eleita como sucessora de Lula nas eleições de 2010. O governo de Dilma tem a marca da manutenção das OS na saúde pública.

Para Ximenes (2015, p. 55), “[...]. Através da privatização, a iniciativa privada se apropriou dos recursos do fundo público destinados a esses serviços, o que lhe permitiu obter os lucros desejados.” A retenção, pelo Estado brasileiro, do fundo público para realização dos chamados “gastos sociais” na área da saúde privada

[...] corresponde ao período de 2008 a 2012 – parte também do período do segundo mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2008-2010) e os dois primeiros anos do governo de Dilma Rouseff - a qual demonstra o montante de recursos que foi repassado ao setor filantrópico/privado em comparação com o foi destinado ao setor público, no que se refere aos atendimentos da média e alta complexidade, cabe destacar que tais serviços são mais caros, comparada aos atendimentos ambulatoriais. (SANTOS, 2013, p. 7).

Em 2013, o governo de Dilma enfrentou um movimento denominado “A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde” composto “por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.”⁸⁹



Figura 3 – A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde

Fonte: Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>
Acesso em: 23 jan. 2018.

Várias entidades se manifestaram, inclusive o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social, em nota publicada

⁸⁹ Disponível em : <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html> Acesso em: 23 jan. 2018.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde aqui vem manifestar a sua posição contrária à implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários e em qualquer outro Hospital-escola do país, porque considera a sua implantação uma afronta: 1) ao caráter público dos HUs e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada à Universidade; 2) um desrespeito à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988; 3) um risco à independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs; 4) uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalho e acabar com concurso público; 5) além de prejudicar a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos Hospitais-escola e de colocar em risco de dilapidação os bens públicos da União ao transferi-los a uma Empresa.⁹⁰

Para Ferraz e Frizera (2018, p. 4)

Desde a promulgação da constituição de 1988 e da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, os defensores de uma política de saúde privada e concentrada no binômio saúde/doença, têm avançado sobre o SUS, impondo o subfinanciamento e formas variadas de privatização do sistema (terceirização da gestão, parcerias público-privadas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), impedindo, desde os anos 1990, que toda a estrutura pensada pelo movimento sanitaria brasileiro e incorporada às duas leis que regulam a política, pudesse se materializar de forma completa.

Michel Temer assume o governo (2016-2018), após o impeachment de Dilma Rousseff. A EC 95/2016 aprovada pelo governo produz um novo regime fiscal que

[...] por 20 anos, o mínimo a ser aplicado pela união, estados e municípios ficará congelado, pois corresponderá aos 15% da Receita Corrente Líquida de 2017 corrigidos pela inflação do ano, mesmo que aumentos da Receita Corrente Líquida ou do PIB ocorram. (FERRAZ; FRIZERA, 2018, p. 5).

O governo de Temer, segundo Ferraz e Frizera (2018, p. 5), continua

[...] a destinar mais de 40% de suas receitas para o pagamento de juros da dívida, alimentando o sistema financeiro internacional, além de manter elevados os subsídios estatais ao setor privado via terceirização e entrega dos equipamentos públicos de saúde para Organizações Sociais.

A proposta de mais alianças com a rede privada para realização de serviços em saúde fica exposta em 2017 quando o governo do presidente Temer contava com uma

⁹⁰Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/manifesto-ebserh-2014-.pdf> Acesso em : 23 jan.2018.

[...] articulação efetiva com o setor empresarial de saúde que pode ser observada nas propostas apresentadas pelo governo de modificação da política de saúde. A medida mais importante do setor privado, até o momento, foi a elaboração do documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017. Este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil.[...] A integração pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão através de um novo modelo de governança. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16-17).

É o desmonte das políticas de saúde que

[...] denunciam o caráter profundamente regressivo da aprovação do teto de gastos por 20 anos, da reformulação da PNAB e desestruturação da Estratégia Saúde da Família, dos planos populares de saúde, das alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Política de Saúde Mental e da proposta de alteração na regulamentação dos planos de saúde. (SOARES, 2018, p. 29).

Analisar, avaliar as políticas de saúde é necessário para compreender a relação em que elas estão inseridas, ou seja: processo histórico mais a realidade social. É por isto que a relação OSS e CES se faz necessária. E é nesta direção que seguirá o 3º capítulo desta tese.

3. AS OSS E CES/MT E O PROTAGONISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE DE MT

Vários autores tratam desse tema, a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas no Brasil, Howwlett; Ramesh; Perl (2013); Lotta (2012) Frey, (2000); Muller & Surel, (2002); Secchi, (2010); Howlett, M. & Ramesh, M. (1995) Lipsky, M. (1980); Höfling, (2001), Arretche (2003), Souza (2003), Marshal (1967) dentre outros importantes estudiosos. Para Silva (2014, p. 13), o Estado apresenta, em uma de suas dimensões de articulação com a Sociedade, a atividade de “[...] construir políticas, ou mediar processos de construções dessas políticas, que são classificadas de “públicas”. Para Trevisan e Bellen (2008, p. 531), “Nesses estudos dispersos, a ênfase recaiu ou à análise das estruturas e instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específica.”

Ainda para os autores “A análise de políticas públicas experimentou um *boom* na década de 1980, impulsionada pela transição democrática.” (TREVISAN; BELLEN, 2008, p. 532). Esse *boom* democrático deu-se

Em primeiro lugar pelo deslocamento na agenda pública. Durante os anos 1970, a agenda pública se estruturou em torno de questões relativas ao modelo brasileiro de desenvolvimento [...]. Em segundo lugar, não obstante o fim do período autoritário, constatou-se que os obstáculos à consecução de políticas sociais efetivas continuaram existindo, o que serviu para fortalecer os estudos sobre políticas. (MELO, 1998 apud TREVISAN; BELLEN, 2008, 532).

Para além desta pequena explanação, precisamos pensar sobre o chamado ciclo de políticas públicas, ou seja, pensarmos como ocorrem e o que compõe esse processo, ou melhor, o caminho de formulação de políticas públicas, ou simplesmente formulação, implementação e avaliação. “Essa é a parte processual, construída de etapas delimitadas, que racionaliza uma ordem para que possamos ter o mínimo de organicidade no que chamamos de política pública.” (SILVA, 2014, p. 11). Para tanto, a figura abaixo expõe o que chamamos de ciclo de políticas públicas



Figura 4 - Ciclo das políticas públicas⁹¹
 Fonte: portalconscienciapolitica.com.br (2017)

Segundo Lotta

Os estudos sobre a interação entre atores estatais e privados no processo de políticas públicas têm sofrido reformulações nas últimas décadas. Algumas pesquisas têm demonstrado a incapacidade dos tradicionais modelos de interpretação dos mecanismos de intermediação de interesses – como pluralismo, marxismo e corporativismo – de darem conta da diversificação e complexificação dos processos, marcados por interações não hierárquicas [...]. (apud FARIA, 2012, p. 1).

Nessa “[...] interação entre atores estatais e atores privados [...]” (LOTTA, 2012 apud FARIA, 2012, p.1), a formulação, implementação e avaliação de uma política de saúde, que a partir de 1988, com a criação do SUS e, conseqüentemente, regulamentadas em 1990 pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, surgiram como uma nova forma de “[...] estrutura gerencial estatal da prestação de serviços e entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados.” (SILVA, 2014, p. 45). Sem perder esse foco, debruçamo-nos sobre a análise da gestão de um meio de realização de uma política de saúde, ou seja, as OSS em MT. Iniciamos essa discussão, primeiramente, no âmbito genérico e, após, no âmbito específico, com o objetivo de procederemos um exercício para identificar a trajetória e os princípios que organizam a agenda política pública das OSS entre 2011 e 2018 em MT. Este capítulo também abordará a atuação do CES diante do avanço das OSS no Estado de MT. É importante aqui fazer um panorama histórico dessa relação entre 2011 e 2018.

⁹¹Disponível em: <http://www.portalconscienciapolitica.com.br/products/politicas-publicas-e-processos-de-gestao> Acesso em: 5 out. 2017.

3.1 Como ocorre a formulação de uma Política de Saúde?

Ao chegarmos no séc. XX, pelo fato de as políticas sociais cada vez mais se voltarem ao atendimento das necessidades dos indivíduos “[...] tornou-se um direito assegurado pelo Estado a camadas bastante expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos”. (ARRETCHE, 1995, p. 3). Aqui, a “questão social”, parte da política social, passa a ser

[...] internalizada na ordem social. Não mais como um problema meramente oriundo do indivíduo, mas como consequência do ainda insuficiente desenvolvimento social e econômico (ou do subdesenvolvimento). [...] passa a ser tratada de forma segmentada, mas sistemática, mediante as políticas sociais estatais. (NETTO, 1992 apud MONTAÑO, 2012, p. 275).

Segundo os estudiosos, a formulação de uma política pública significa considerar alguns aspectos como:

[...] quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. (TEIXEIRA, 2002, apud PAESE, AGUIAR, 2012, p. 69).

A formulação de soluções e a tomada de decisões representam uma fase crucial da produção de políticas públicas. (LINDBLOM, 1981)⁹². Ainda sobre a “interação entre atores estatais e atores privados” (LOTTA, apud FARIA, 2012, p. 1), a formulação de uma política de saúde requer um planejar; este implica um processo que, por definição, principia pela tramitação democrática, em que pese um ritual de reuniões sistemáticas entre governo e grupos de indivíduos representados, bem como entidades interessadas.

A tomada de decisão pode resultar de um cálculo orientado para escolher a melhor solução e, nesse sentido, depende da racionalidade dos gestores ou das informações que eles conseguem processar. No entanto, como apontaram March e Simon (1958) em função de restrições de tempo, de recursos financeiros e de acesso a informação, a decisão pode traduzir a escolha de uma solução satisfatória.⁹³

⁹² Disponível em:

http://www.franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/AnalisePolitica%20Publica_flexor_leite.pdf Acesso em: 20 out. 2018.

⁹³ Disponível em:

http://www.franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/AnalisePolitica%20Publica_flexor_leite.pdf Acesso em: 20 out. 2018.

A formulação de uma política de saúde também requer, além das discussões públicas em instâncias e fóruns públicos, por parte de Estado e sociedade civil, a constituição de um ciclo, que é composto de etapas. As etapas compõem uma articulação política entre:

(a) determinação da agenda, isto é, definição do(s) problema(s) que se tornam objeto de política pública; (b) formulação e legitimação da política (seleção de propostas, construção de apoio político, formalização das decisões em documentos como leis, decretos, planos, programas, portarias etc.); (c) implementação das políticas (operacionalização em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia e sua execução); (d) avaliação de políticas (análise dos resultados alcançados com a implementação, impactos e sugestão de mudanças). (PINTO; TEIXEIRA, 2011, p. 178).

A formulação de uma política de saúde deve respeitar uma determinada agenda, pois “Cada sociedade tem literalmente centenas de problemas que alguns cidadãos acreditam serem questões de interesse e a respeito dos quais o governo deve fazer algo.” (Wu et al., 2014, p. 21). No caso brasileiro, a formulação de políticas públicas ainda deve corresponder a uma agenda, que contribua “[...] para fortalecer a estabilidade macroeconômica e o crescimento. Num nível inferior estariam políticas promovendo oportunidades econômicas e em seguida políticas visando a redução da pobreza.”⁹⁴ Estabelecer prioridades nas políticas sociais é uma dificuldade de muitos governantes, pois essa escolha está condicionada a

[...] atenção: diferentes atores (cidadãos, grupos de interesse, mídia etc.) devem entender a situação como merecedora de intervenção; resolubilidade: as possíveis ações devem ser consideradas necessárias e factíveis; competência: o problema deve tocar responsabilidades públicas. (COBB; ELDER; 1983 apud SECCHI, 2012, p. 36).

Segundo Lotta (2012 apud FARIA, 2012), existe, ao se estabelecer prioridades às políticas de saúde, uma mescla entre “burocratização da política” e “politização da burocracia”.

A burocratização da política ocorre com as decisões que envolvem escolhas e negociação e que levam os políticos a compreender e considerar aspectos técnicos em suas decisões. Já a politização da burocracia se dá em decisões que não são técnicas e que, portanto, permitem margem para negociação, acordos, busca de consensos e

⁹⁴ Disponível em:

http://www.franciscoqueiroz.com.br/porta1/phocadownload/gestao/AnalisePolitica%20Publica_flexor_leite.pdf Acesso em: 20 out. 2018.

articulação de interesses difusos por parte da burocracia. (LOTTA, 2012 apud FARIA, 2012, p. 4).

A análise feita pela autora demonstra que, na agenda política elaborada por governantes, nas sociedades contemporâneas, estão inseridos, no processo de formulação das políticas de saúde, os chamados “burocratas”,⁹⁵ que “ [...] não apenas administram, mas participam com os políticos do processo de tomada de decisão, configurando-se também como *policymakers*.” (LOTTA, 2012 apud FARIA, 2012, p. 4). No contexto das políticas de saúde, “[...] os serviços sociais são respostas a necessidades (quer individuais, quer sociais), destinadas a garantir a sobrevivência das sociedades.” (ARRETCHE, 1988, p. 15 apud Filho et al. 2018, p.5). Como podemos testemunhar, a formulação de uma política pública deve levar em conta: um cenário real, ter objetivos claros e atingir um número máximo de pessoas.

Em um contexto bastante peculiar, tanto histórico, com o avanço democrático, quanto político e econômico as OSS, ou chamado Terceiro Setor, tomam o espaço destinado ao Estado em MT, dando novos aspectos às políticas de saúde.

3.1.2 O caso das OSS de Mato Grosso: o 1º passo na formulação da agenda neoliberal e a mudança organizacional no setor público

Em Mato Grosso há reflexo da descentralização das ações da União. O processo de descentralização das ações estatais começou a ser efetivada no primeiro mandato do então governador Dante de Oliveira (1995-1998). Dante deixa seu antigo partido o PDT, ao qual foi eleito e filia-se ao PSDB, partido do então presidente FHC, que lhe daria mais apoio a fim de

[...] criar condições para a implantação de medidas que visavam reformar a máquina e retirar Mato Grosso do atraso imposto pelos governos “oligárquicos” do passado, como dizia o próprio governador Dante de Oliveira. (NOVAIS; SANTOS, 2015, p. 2).

Dante governou o estado de MT por dois mandatos; ele estava “[...] totalmente alinhado aos ditames reformistas e criou a versão estadual para a política de redução do tamanho do Estado.” (NOVAIS; SANTOS, 2015, p. 8). Dante promoveu as seguintes ações reformistas:

⁹⁵Funcionário agarrado à rotina, a excessivas formalidades e burocracias. Disponível em <https://www.dicio.com.br/burocrata/> Acesso em 23 jan. 2018.

[...] 1. o Programa de Reforma do Estado, criado pelo Decreto nº 752 de 22/01/1996, que resultou no Conselho Diretor do Programa de Reforma do Estado (CDPRE), contando com aporte técnico-financeiro do Banco Mundial, num empréstimo garantido pela União; 2. a adesão ao Programa Nacional de Apoio à Administração Fiscal para os Estados Brasileiros (PNAFE), financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); 3. renegociação da dívida estadual cujos marcos foram a Lei Estadual nº 6.871, de 28/04/1997, e a Lei Federal nº 9.496, de 11/09/1997, que consolidou o acordo com todos os Estados. (ARAÚJO, 2005 apud LARA et al., 2015, p. 507-508).

Em 2000, formou “[...] uma equipe para apresentar um diagnóstico do Estado. Seu conteúdo era a situação gerencial do momento e a proposição de um novo modelo de gestão para todo o aparelho estatal”. (LARA et al., 2015, p. 508). A partir destas ações, em 2001 surge

[...] o Programa de Modernização da Gestão (PMG), cujos princípios, pressupostos e a própria estrutura foram influenciados pela Gestão da Qualidade Total, muito difundida no Brasil na década de 1990, em especial no setor industrial e de serviços. (LARA et al., 2015, p. 508).

A equipe técnica que trabalhava nesse projeto de “modernização do Estado de Mato Grosso “[...] começou a se preocupar com a sua continuidade, num momento em que o objetivo maior do ajuste fiscal já fora alcançado e se caminhava para a fase final daquele mandato”. (LARA et al., 2015, p. 508). Assim, devido às pressões internas e externas, como a do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID,) e “[...] da experiência dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG) em âmbito federal, optou-se pela criação de uma nova carreira.” (LARA et al., 2015, p. 508). A carreira de gestores governamentais em Mato Grosso. Dante é considerado o precursor da chamada “[...] gênese da carreira de Gestor Governamental em Mato Grosso”. (LARA et al., 2015, p. 507).

A Lei nº 7350/2000 “[...] criou 110 vagas para lotação distribuídas em três secretarias, sendo 60 na Secretaria de Planejamento e Coordenação-Geral (Seplan), 30 na Secretaria de Fazenda (Sefaz) e 20 na Secretaria de Administração (SAD). (LARA et al., 2015, p. 508). Esta lei tinha como proposta

[...] executar as atividades de formulação, implantação e avaliação de políticas públicas e assessoramento técnico, e tinham como objetivo que os servidores fossem profissionais que percorressem tudo aquilo que se conceitua como ciclo de políticas públicas. (LARA et al., 2014, p. 509).

Podemos perceber que o governo de MT promoveu o mesmo processo de descentralização das ações do Estado, que ocorreu na União. O diferencial foi sua preocupação com a modernização da gestão do Estado, sem alterar as políticas sociais.

O alinhamento das gestões estaduais com o governo central representou um sério desfalque nas políticas sociais. Neste período políticas sociais foram substituídas pelo assistencialismo barato e com viés de caridade. (NOVAIS; SANTOS, 2015, p. 11).

Em 2002 elege-se Blairo Borges Maggi, do PP, e tem como vice Silval da Cunha Barbosa (2003-2010), do PMDB. Os primeiros anos do governo são marcados pela

[...] criação de várias entidades da administração indireta, como não se via desde a década de 1970, e a implantação dos núcleos sistêmicos, que tinham por objetivo agrupar as áreas de administração sistêmica em um conjunto de órgãos, [...]. (LARA et al., 2015, p. 511).

O ex-governador Dante de Oliveira é precursor quando altera a forma de organização do estado de MT, abrindo as portas para a mudança da administração direta para indireta, abrindo o estado para capital estrangeiro e cedendo a pressões internacionais devido a empréstimos adquiridos pelo estado e consequentemente abrindo o estado para a expansão das OS.

Nos estados que adotaram o modelo, as OS se expandiram mais nas áreas que demandam grande quantidade de pessoal, ou de pessoal com qualificação específica. No primeiro caso, está a saúde, uma política finalística que é intensiva em mão de obra e necessita de um enorme número de servidores para prestar esse serviço de forma universal e de qualidade. (OLIVEIRA; PACHECO, 2017, p. 6).

As OSS serão formuladas a partir do ideário neoliberal, em conjunto com a mudança da administração do Estado, que no governo de Maggi se acentuam. São pensadas, como dispositivo de implementação da política social em MT, a partir de 2002.

3.1.2.1 2º passo: formulação das alternativas e os primeiros anos do governo de Blairo Maggi (2002-2010)

Destacamos o surgimento das OSS em MT a partir de 2002, com a implantação⁹⁶ do modelo de gestão por programas, que “[...]continuou a forte tendência em favor da Secretaria de Fazenda, só que sem a ênfase no modelo de gestão por resultados do governo anterior.[...]” (LARA et al., 2015, p. 511). O modelo de programas apresentou “[...] propostas no sentido de federalizar as ferramentas de gestão e planejamento, articulando a inserção da carreira à implantação do modelo de gestão por programas adotado pelo Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).”⁹⁷ (LARA et al., 2015, p. 511). As OSS em Mato Grosso foram concebidas em discussões ocorridas na Assembleia Legislativa do Estado, que aprovou sua criação em 2004, pelo Projeto de Lei Complementar nº 150. Esse dispositivo está ancorado em uma legislação aprovada no Congresso Nacional em 1998. Após sua reeleição em 2006, Maggi deixa o cargo em 2008 para ocupar uma cadeira como Senador. Silval assumiu, então, o governo, completando o mandato até 2010.

3.1.2.2 3º passo: Tomada de decisão no governo Silval Barbosa e a implementação das OS

Em 2010 é eleito o novo governador, Silval Barbosa, para o mandato 2010--2014. Foi no governo de Barbosa que as OSS passaram a exercer atividades no Estado, ou seja, tornaram-se executoras da política estadual de saúde, fiscalizadas pelo CES. Lembramos que a entrada das OS, dentre elas as OSS [...], que preconizam a construção de um Estado regulador e propagou o modelo gerencialista como o novo referencial para a administração pública.” (SILVA, 2012, p. 39).

A iniciativa proporcionada pelo Estado permite às OSS executar “[...] serviços competitivos ou não-exclusivos, que seriam transferidos para entidades do

⁹⁶ Implantar significa iniciar alguma coisa, e implementar significa pôr essa coisa em prática. Disponível em <https://www.portugues.com.br/gramatica/implantacao-implementacao.html> Acesso em ago. 2019.

⁹⁷O Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, órgão central do Sistema de Planejamento e Orçamento Federal. O processo de planejamento se caracteriza como um conjunto de conceitos, estruturas e procedimentos, cujo principal objetivo é implementar as decisões governamentais voltadas para o desenvolvimento econômico e social do País. Disponível em: file:///C:/Users/Sr.%20Joel/Desktop/J%C3%BAlia/081009_PPA_MG_planoGes.pdf Acesso em: 23 jan. 2018

setor público não-estatal, qualificadas como Organizações Sociais.” (BRASIL, 1995 apud SILVA, 2012, p.41). As OS, “[...] são modelos mais eficientes de gestão pautados em resultados, contratos e remuneração por desempenho”. (BRASIL, 2007 apud SILVA, 2012, p. 51). Estas OS visavam abranger diversos setores, dentre eles o ensino, a pesquisa científica, o desenvolvimento tecnológico, a cultura, a proteção e preservação do meio ambiente e a saúde. Segundo Costa (2000, p. 61), “O Presidente Fernando Henrique Cardoso, colocou a reforma do Estado como condição imprescindível para a retomada do crescimento econômico e melhoria do quadro social do país.” A Lei nº 9.637/1998, tinha como objetivos “[...] (a) aumentar a governança do Estado; (b) limitar a sua atuação às funções que lhe são próprias; (c) transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local.”⁹⁸

A lei das OS, indica três principais diretrizes de ação: I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente; II – ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados; III – controle social das ações de forma transparente. (BRASIL, 1998 apud TRAVAGIN, 2017, p. 1000). Conforme art. 5º da Lei nº 9.637/98 as OS “[...] não recebem recursos públicos orçamentários e sim recursos financeiros a título de fomento [...] recursos destinados à entidade parceira para promover a sua atividade-fim”.⁹⁹ As OS, tentam legitimar a reforma do Estado ocorrida desde 1985, com a abertura democrática. Foram concebidas enquanto proposta governamental para melhorar a gestão do setor saúde no Brasil, vista como ineficiente. No contexto das políticas de saúde no Brasil, as OS estão previstas na “A Lei Orgânica da Saúde” (BRASIL, 1990), “que prevê que o SUS contrate organizações sem fins lucrativos em caráter complementar, a fim de ampliar a oferta de serviços quando esgotadas as instalações públicas de administração direta.” (TRAVAGIN, 2017, p. 1000).

Com a decisão tomada sobre a presença de OSS no Estado de MT, o governo de Silval baseia-se nas “[...] leis estaduais 150/2004¹⁰⁰ e 417/2011 que permitiram ao Estado de Mato Grosso a transferência de serviços de saúde para Organizações Sociais, por meio de contratos de gestão, com dispensa de licitação.”¹⁰¹

⁹⁸Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/34/15.Regulamentacao-da-Lei-de-OS.pdf> Acesso em 3 de fev. 2018.

⁹⁹Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/34/15.Regulamentacao-da-Lei-de-OS.pdf> Acesso em 3 de fev. 2018.

¹⁰⁰ Governo de Blairo Maggi.

¹⁰¹Disponível em: <http://midianews.com.br/cotidiano/mpe-quer-organizacoes-sociais-fora-da-gestao-de-hospitais-em-mt/285831> Acesso em: 24 jan. 2018.

Para Travagin (2017, p. 1000), “A suposta parceria entre o Estado e a OSS na verdade trata-se de uma transferência de atividades e recursos do público para o privado. É uma privatização disfarçada de parceria.” A nova relação tem implicações sobre os processos de formulação das políticas, com a participação dos diferentes atores sociais. Essa nova metodologia de interação, formada pela tríade associativismo = capital e social = participação gera consequências que influenciam os processos de formulação das políticas. Com a decisão tomada sobre a presença de OS no Estado, o governo de Silval começou sua articulação política no CES, pois é esta entidade que concede o aval para que o executivo inicie a implementação dessas organizações.

3.2 Como ocorre a implementação de uma Política de Saúde?

É pelo processo chamado “implementação” que as políticas sociais se realizam.

Há uma grande lacuna nos estudos empíricos sobre a fase da implementação e os diversos elementos e fatores que a influenciem, muito embora alguns trabalhos pioneiros busquem trazer o olhar para as *policy networks* (MARQUES, 2003; CARPIM, 2003), para a importância da aprendizagem e conhecimento (FARIA, 2003) ou para incorporação de valores dos burocratas. (MEIER; O'TOOLE, 2007, LOTTA, 2006).¹⁰²

A implementação de uma política de saúde,

[...] corresponde à execução de atividades que permitam que ações do governo sejam implementadas com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação de políticas. (SILVA; MELLO, 2000, p. 3).

A implementação, por ser uma fase decorrente do processo político, que tem em seu bojo, a tomada de decisões. Outro momento desse refere-se à geração de dados, de informações produzidas que contribuirão para fornecer bases de avaliação no momento de implementar. (MINOGUE, 1983). Na fase de implementação de políticas de saúde surgem dois fatores que são percebidos de forma mais complexa:

O primeiro é a integração de novos atores e das perspectivas relacionais às análises, buscando compreender a implementação como um processo de interação que acontece entre diversos atores, burocratas ou não, ao longo de uma cadeia de atividades e relações. O segundo é a introdução dos valores e referências destes diversos atores às análises, o que pressupõe reconhecer a discricionariedade

¹⁰² Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnAPG208.pdf> Acesso em: 24 jan. 2018.

dos atores como influenciando os processos de implementação das políticas públicas. (LOTTA, 2008 apud FARIA, 2012)

Fica claro que as políticas de saúde resultam da confrontação de interesses divergentes no sistema político como um todo. Esse jogo político é,

[...] essencial à vida democrática e para o controle social da ação do governo, estudiosos da área de políticas públicas tem enfatizado a importância de se incorporar grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados, no processo de formulação e implementação de políticas públicas. (SILVA; MELLO, 2000, p. 13).

Como podemos observar, a implementação de uma política de saúde “[...] está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras.” (LIMA; D’ASCENZI, 2013, p. 111). Veremos, a seguir, como esse processo se manifesta no caso das OSS em Mato Grosso e se foi utilizado esse princípio de desenvolvimento de melhorias das atividades administrativas do Estado.

3.2.1 Implementação das OSS no Estado de MT

As OSS são uma proposta governamental para melhorar a gestão do setor saúde em MT? É o que tentaremos responder a partir da análise de sua implementação.

Em reportagem intitulada “Vamos oferecer saúde de qualidade.”¹⁰³, de 03 de abril de 2011, o secretário de saúde da época Pedro Henry mostra-se otimista com implementação das OSS no estado de MT. Explicou que

[...] o problema da saúde era muito grave antes da implantação das OSS. Segundo ele, existiam outros fatores que contribuíam para uma política ineficiente da saúde, que tem custos elevados e resultados baixos. Essa foi a realidade que vivi nesses 11 meses à frente da SES.¹⁰⁴

Pedro Henry ainda relatou [...] no início de 2011, existia uma lista com dez mil pessoas para serem atendidas pelo SUS. Em novembro desse ano, a lista era muito menor [...].¹⁰⁵ Nessa oportunidade, o secretário de saúde declarou:

¹⁰³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 13 out. 2017.

¹⁰⁴ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 13 out. 2017.

¹⁰⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 13 out. de 2017.

É um modelo que permite uma alta resolutividade, dá mais resultados e que possui eficientes mecanismos de controle e redonda num nível de satisfação muito grande do usuário”, declarou Henry, que visitou as unidades (em Recife e na região metropolitana) e também a Secretaria Estadual de Saúde acompanhado da deputada estadual Luciane Bezerra (PSB), que integra a comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, de técnicos da SES e de representantes da prefeitura e do Legislativo de Várzea Grande.¹⁰⁶

O processo de implementação das OSS em Mato Grosso se deu a partir de uma reunião com votação no CES de MT, em abril de 2011, “[...] na qual 26 pessoas, representando diferentes instituições, tiveram direito de voto. O resultado da votação apresentou treze votos favoráveis à esta implantação, doze contrários e uma abstenção.” (MELO; PAESE, 2013, p. 318).

Cabe mencionar as entidades representadas no CES e que votaram a favor das OSS em Mato Grosso:

[...] o Poder Executivo, a Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso (SES/MT), a Secretaria de Meio Ambiente do Estado (SEMA), Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores de Mato Grosso (MT Saúde), a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso (SINDESSMAT), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (CONSEMS), o Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV), a Associação de Defesa do Rio Coxipó (ADERCO), a Federação Mato Grossense das Associações de Moradores de Bairros (FEMAB) e a Associação das Pessoas Portadoras de Patologias. (MELO; PAESE, 2013, p. 318).

As entidades representadas no CES e que, por sua vez, votaram contra as OSS em Mato Grosso, foram

[...] a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o Conselho Regional de Psicologia (CRP), o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), o Conselho Regional de Educação Física, o Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde e do Meio Ambiente do Estado de Mato Grosso (SISMA), o Sindicato dos Trabalhadores no Ensino Público de Mato Grosso (SINTEP), o Movimento Raças, o Movimento Popular de Saúde de Mato Grosso (MOPS), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Associação Mato Grossense dos Deficientes (AMDE), a Entidade de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e a Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Mato Grosso (FETAGRI). (MELO; PAESE, 2013, p. 318).

¹⁰⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 13 out. de 2017.

Ao final da reunião do CES e com a vitória na votação, Pedro Henry “[...] destacou que a entidade contratada tem que cumprir com as metas estabelecidas no contrato e que o patrimônio é público.¹⁰⁷ E ainda disse: “Os bens do hospital continuam com o Poder Público”.¹⁰⁸ A novidade foi divulgada a toda sociedade mato-grossense em 07 de abril de 2011, conforme reportagem intitulada “Governo recebe carta branca para parcerias com Organização de Saúde.”¹⁰⁹

O Conselho Estadual de Saúde (CES) aprovou na tarde desta quarta-feira (06.05) o novo modelo de gerenciamento de unidades de saúde por meio de parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), mesmo com o placar apertado de 13 votos a favor, 12 contra, quatro votos nulos e uma abstenção, informa a Secretaria de Comunicação.¹¹⁰

E na mesma reportagem

[...] com esta decisão do Conselho Estadual, está autorizado em todo o Estado”, disse o presidente do Conselho, secretário de Estado de Saúde, Pedro Henry, que conduziu os trabalhos da Reunião Ordinária realizada no Hotel Fazenda Mato Grosso, em Cuiabá.¹¹¹

Após aprovação da implementação das OSS pelo CES em MT, três OSS assumiram a gestão de três hospitais públicos do Estado, o Metropolitano de Várzea Grande e os Regionais de Rondonópolis e Cáceres. (MELO; PAESE, 2013, p. 318).

Identificamos algumas situações declaradas por entrevistados após a votação no CES de MT para a implementação das OSS:

1. Os conselheiros foram levados, antes da votação no CES, pelo secretário Estado de saúde de MT Pedro Henry, a conhecer várias OSS pelo país, que funcionavam perfeitamente, conforme reportagem de 03 de abril de 2011, intitulada “Pernambuco tem experiência bem-sucedida com parceria em 18 unidades.”¹¹² “O secretário da saúde de Mato Grosso Pedro Henry chegou a visitar dois hospitais em Pernambuco e uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), gerenciados por

¹⁰⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/governo-recebe-carta-branca-para-parcerias-com-organizacao-de-saude/905> Acesso em 19 de out. de 2017.

¹⁰⁸Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/governo-recebe-carta-branca-para-parcerias-com-organizacao-de-saude/905> Acesso em 19 de out. de 2017.

¹⁰⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/governo-recebe-carta-branca-para-parcerias-com-organizacao-de-saude/905> Acesso em: 12 out. 2017.

¹¹⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/governo-recebe-carta-branca-para-parcerias-com-organizacao-de-saude/905> Acesso em: 12 out. 2017.

¹¹¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/governo-recebe-carta-branca-para-parcerias-com-organizacao-de-saude/905> Acesso em: 12 out. 2017.

¹¹²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/pernambuco-tem-experiencia-bem-sucedida-com-parceria-em-18-unidades/813> Acesso em: 13 out. 2017.

OSS.”¹¹³ O secretário levou em viagem a Pernambuco uma comissão de deputados do Estado dentre Luciane Bezerra (PSB), que integra a comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, técnicos da SES e representantes da prefeitura e do Legislativo de Várzea Grande.

A deputada Luciane Bezerra (PSB) em outra reportagem intitulada “Vamos oferecer saúde de qualidade”, diz Henry sobre Oss em Várzea Grande”¹¹⁴ para a mesma mídia, que mais tarde relatou:

Confesso que tinha dúvidas em relação às OSS [Organizações Sociais de Saúde] por conta de boatos sobre irregularidades em alguns estados. Mas, conversando com a Secretaria de Saúde, visitando unidades e vendo o funcionamento, acredito que se for feito com seriedade, igual ao que está sendo feito aqui, com certeza será o pontapé inicial para tirar a Saúde de Mato Grosso da UTI, declarou.¹¹⁵

2. Após a votação, alguns entrevistados se expressaram desta forma:

Segundo o entrevistado nº 1,

Prometeram saúde, levaram eles a ver um navio lindo e maravilhoso passeando em Pernambuco, viram coisas lindas, levaram e mostraram as OSS funcionando. Como não iam aprovar. Se lá estava funcionando bem.

Conforme o entrevistado nº 2,

A questão é que foi feito um convite, de levar para fora alguns conselheiros que quisessem, para conhecer outras entidades que trabalhavam no sistema OS e que lá fora deram certo. Se você entender isso como uma manipulação, isto ocorreu.

De acordo com entrevistado nº 5,

Eu estava naquela reunião em que apareceu gente para falar sobre as OSS. Eu achei que a base, o conceito era positivo, o problema é como a pessoa trata disso (refere-se aos outros conselheiros).

Segundo o entrevistado nº 11,

Alguns conselheiros pensaram: olha vamos lá conhecer. A idéia de repente, é boa. Nós estávamos com situação aí perdendo vidas. Vamos ouvir. Vamos deixar eles verem (referindo-se a ida de alguns

¹¹³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/pernambuco-tem-experiencia-bem-sucedida-com-parceria-em-18-unidades/813> Acesso em: 13 out. 2017.

¹¹⁴Disponível em: <https://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 12 out. 2017.

¹¹⁵Disponível em: <https://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 12 out. 2017.

conselheiros a Pernambuco), conhecerem e trazer a leitura deles sobre as OSS.

De acordo com o entrevistado nº 12,

Infelizmente, era meu sucessor. Inclusive por isto, ele hoje (2019) já não faz mais parte do Conselho, não é por nada, é uma boa pessoa, pessoa honesta, trabalhadora, mas é uma pessoa passiva, que se deixou levar pela proposta de outros conselheiros que participaram junto com ele, e o Pedro Henry, por ser uma pessoa autoritária conseguiu colocar na cabeça deles, tanto é que hoje ele é vice-presidente na associação, mas os próprios conselheiros acham que ele cometeu erro. Não é que cometeu erro, foi levado na mesma onda.

O entrevistado nº 15 diz que,

A princípio, a gente não entendia muito bem. Falava de organização social, mas a gente não tinha entendimento do que era, então o secretário de saúde trouxe gente pra esclarecer. E aí a gente achou assim “[...]não tudo bem, então vamos, considerar e tal”.

Para entrevistado nº 16

É uma pena, as OSS é a terceirização implantada, todo um projeto governamental também foi implantado.

Em Mato Grosso foram implementadas no governo de Silval Barbosa e sob a tutela da pasta da saúde com o seu titular o deputado Pedro Henry, 5 (cinco) OSS a qual geriram 8 (oito) hospitais regionais do estado. São elas:

1. O Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (IPAS)¹¹⁶, que administra o
 - a) Hospital Regional Metropolitano de Várzea Grande - “Lousite Ferreira da Silva”
 - b) o Hospital Regional de Alta Floresta – “Albert Sabin”
 - c) Hospital Regional de Colíder.
2. A Sociedade Beneficente São Camilo (SBSC), que administra
 - a) o Regional de Rondonópolis - “Irmã Elza Giovanella”
 - b) o Hospital Municipal de Nova Mutum.
3. A Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC) que administra
 - a) o Hospital Regional de Cáceres - “Doutor Antônio Carlos Souto Fontes”
4. O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH), que administra
 - a) o Regional de Sorriso
5. A Fundação de Saúde Comunitária (FSC) responsável pelo

¹¹⁶O Ipas também geriu uma Farmácia de Alto Custo (Farmácia Popular), esta não será tema de nossa investigação. Por questão metodológica não estará inclusa neste estudo.

a) Hospital de Sinop.

Em 2011, então, as OSS passam a exercer atividades em Mato Grosso. O governador, defendeu sua a implementação ao longo dos 4 anos de sua gestão. Como mostra a entrevista no dia 17 de maio de 2011, intitulada “Governo do Estado deve assumir gestão de Pronto-Socorros de Cuiabá e Várzea Grande por meio de OSS.”¹¹⁷, “a mudança de gestão é um enfrentamento necessário para se vencer os problemas, uma vez que o modelo que aí está, além de ser caro, tem eficiência duvidosa”.¹¹⁸ Em reportagem de 12 de setembro de 2012 volta a defender as OSS conforme, reportagem intitulada “Silval rebate críticas às OSS na gestão da saúde e promete quitar repasses.”¹¹⁹

A contratação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) para gerir os serviços públicos do setor em Mato Grosso foi defendida praticamente como uma linha-mestra da gestão estadual pelo governador Silval Barbosa (PMDB) na tarde desta quarta-feira (12).¹²⁰

Silval ainda disse, segundo a mesma reportagem: “Quando você tenta terceirizar, em tudo quanto é segmento, há resistência. Se for preciso, nós vamos resistir também, fazer o que tem que ser feito para melhorar o atendimento para a população”¹²¹. O controle das OSS realizado pelo Estado é condicionado às regras existentes em contrato fixado entre as partes. Essa atuação visa, prioritariamente, a flexibilidade do parceiro privado.

O modelo contempla processo de seleção precedido de convocatória pública e com exigência de experiência mínima das organizações sociais interessadas em gerenciar equipamentos públicos de saúde, garantindo a escolha de entidades sólidas, já experimentadas e com boa reputação. As metas definidas nos contratos de gestão mesclam indicadores de produção e qualidade que impactam diretamente no repasse dos recursos para as organizações sociais em caso de não atingimento dos resultados previstos. Há acompanhamentos sistemáticos de resultados, que acarretam eventuais revisões das metas dos contratos de gestão e permitem identificar o quão realistas e desafiadoras foram as metas acordadas e realizar os ajustes necessários. (CAMARGO et al., 2013, p. 4).

¹¹⁷Disponível em <http://www.hipernoticias.com.br/politica/governo-do-estado-deve-assumir-gestao-de-pronto-socorros-de-cuiaba-e-varzea-grande-por-meio-de-oss/1861> Acesso em 3 ago. 2017.

¹¹⁸Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/silval-rebate-criticas-as-oss-na-gestao-da-saude-e-promete-quitar-repasses/18581> Acesso em: 3 ago. 2017.

¹¹⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/silval-rebate-criticas-as-oss-na-gestao-da-saude-e-promete-quitar-repasses/18581> Acesso em: 3 ago. 2017.

¹²⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/silval-rebate-criticas-as-oss-na-gestao-da-saude-e-promete-quitar-repasses/18581> Acesso em: 3 ago. 2017.

¹²¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/silval-rebate-criticas-as-oss-na-gestao-da-saude-e-promete-quitar-repasses/18581> Acesso em: 4 ago. 2017.

Existem dois tipos de ações descentralizadas no campo das ações sociais:

a) reguladas, em que a legislação e a supervisão federal colocam limites na autonomia decisória dos governos subnacionais que asseguram gastos orçamentários obrigatórios em determinadas políticas sociais; b) não reguladas, aquelas em que a execução das políticas sociais está associada à autonomia das decisões dos governos locais. (ARRETCHE, 2010 apud XIMENES, 2015, p. 65).

A seguir, um quadro que mostra a implementação das OSS em MT.

Quadro 2 – Quadro da atuação das OSS de 2011-2018

OSS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
IPAS	02/08 Hospital Regional Metropolitano de Várzea Grande	Hospital Regional Metropolitano de Várzea Grande	Hospital Regional Metropolitano de Várzea Grande	11/04 Hospital Regional Metropolitano de Várzea Grande A gestão foi assumida por 120 dias, pela Secretaria Estadual de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	assume Secretaria de Estado de Saúde
	Não geria o hospital de Colíder	Hospital Regional de Colíder	Hospital Regional de Colíder	11/04 Hospital Regional de Colíder A gestão foi assumida, por 120 dias, pela Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Hospital Regional de Colíder A gestão foi assumida, por 120 dias, pelo Consórcio Intermunicipal do Norte de Mato Grosso Assume a Secretaria de Estado de Saúde

OSS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
IPAS	Não geria o Hospital Regional de Alta Floresta	Regional de Alta Floresta	Regional de Alta Floresta	11/04 Regional de Alta Floresta A gestão foi assumida, por 120 dias, pela Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde	Assume a Secretaria de Estado de Saúde
SBSC	03/04 Regional de Rondonópolis	Regional de Rondonópolis	Regional de Rondonópolis	Regional de Rondonópolis	Regional de Rondonópolis	Regional de Rondonópolis	30/06 Regional de Rondonópolis Encerra contrato da SBSC A gestão foi assumida pela OSS Gerir em 1º outubro 2017.	OSS Gerir Assume Secretaria de Estado de Saúde

OSS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SBSC		17/05 Hospital Municipal de Nova Mutum	Hospital Municipal de Nova Mutum	Hospital Municipal de Nova Mutum	Hospital Municipal de Nova Mutum	Hospital Municipal de Nova Mutum A gestão foi assumida pela OSS Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires	OSS Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires	OSS Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires Assume Secretaria de Estado de Saúde
ACSC	Hospital Regional de Cáceres	Hospital Regional de Cáceres	Hospital Regional de Cáceres	Hospital Regional de Cáceres	Hospital Regional de Cáceres	Hospital Regional de Cáceres	Hospital Regional de Cáceres A gestão foi assumida pela OSS Consórcio Intermunicipal de saúde do Oeste de Mato Grosso	OSS Consórcio Intermunicipal de saúde do Oeste de Mato Grosso Assume Secretaria de Estado de Saúde

OSS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
INDSH	Não geria o Hospital Regional de Sorriso	09/04 Regional de Sorriso	Regional de Sorriso	Regional de Sorriso	07/06 Regional de Sorriso A gestão foi assumida, por 120 dias, pela Secretaria de Estado de Saúde	Regional de Sorriso A gestão foi assumida pela OSS Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires em 11/11 (CIS RTP)	OSS Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires	OSS Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires Assume Secretaria de Estado de Saúde
FSC	Não geria o hospital Regional de Sinop	11/09 Hospital de Sinop	Hospital de Sinop	Hospital de Sinop	31/11 Hospital de Sinop Encerra contrato com a fundação Assume a Secretaria de Estado de Saúde	1º fev 2016 reassume Fundação de Saúde Comunitária	16 de novembro de 2017 entrega o hospital a Fundação comunitária 1º dez 2017 assume Instituto GERIR	Assume Secretaria de Estado de Saúde

Fonte: pesquisa de campo 2018

OBS: a partir de 2018 estas OSS deixam de gerir hospitais em MT.

As OSS em MT, como executoras das políticas de saúde, causaram um impacto muito grande na sociedade, pois interveem na prestação de serviços de saúde. Entendemos que a garantia da qualidade em sistemas de saúde, bem como os direitos ao acesso a estes serviços, é influenciada pela participação da população (do cidadão) na gestão da saúde, como consequência do exercício do controle social que se realiza via conselhos de saúde por parte desses cidadãos.

Quanto a pergunta formulada no início da seção: As OSS em MT são uma proposta governamental para melhorar a gestão do setor da saúde? tudo indica que sim, como pode-se perceber pelo relato que trazemos até aqui.

A ideia inicial proposta pelo secretário estadual de saúde em 2011, Pedro Henry, trazia essa proposição: melhorar o atendimento ao usuário de MT de serviços de saúde, diminuir a fila do SUS para atendimento de alta complexidade, terceirizar o atendimento da saúde de MT que já se tornava caro e complexo para o atendimento da população. Mas, como dissemos, a idéia era muito boa, na prática, no entanto não atingiu o seu propósito: qualidade no atendimento dos serviços de saúde.

Vamos entender o porquê através no próximo passo: a avaliação de uma política social.

3.3. Como ocorre a avaliação de uma política de Saúde?

A primeira pergunta a ser feita é “Por que avaliar uma política de saúde? Ou melhor “Para que serve a avaliação de uma política de saúde?” A avaliação das políticas de saúde

[...] deve começar no nascedouro, [...]a fim de verificar, fundamentalmente, se respondem a um problema bem delimitado e pertinente. Em função disso, observa-se se há um objetivo claro de atuação do Estado e se propõe um desenho que efetivamente possa ser alcançado. (BRASIL, 2018, p.11).

A avaliação de políticas de saúde pode ser de duas formas: avaliação *ex-ante* e avaliação *ex-post*. As fases do *ex ante* correspondem ao

i) diagnóstico do problema; ii) caracterização da política: objetivos, ações, público-alvo e resultados esperados; iii) desenho da política; iv) estratégia de construção de confiabilidade e credibilidade; v) estratégia de implementação; vi) estratégias de monitoramento, de avaliação e de controle; vii) análise de custo-benefício; e viii) impacto orçamentário e financeiro. (BRASIL, 2018, p. 11).

A avaliação *ex-post*

Em se tratando da perspectiva generalizada, refere-se à avaliação que é concebida sem relação com planejamento e nem mesmo com o processo de implementação, sendo desenhada quando a política, programa ou projeto já se encontra consolidado ou em fase final. (RUA, 2014, p. 8).

Segundo Cunha (2018, p. 27),

A avaliação de políticas e programas governamentais é de grande relevância para subsidiar as funções de formulação e planejamento de políticas públicas e de gestão governamental, na medida em que informa a necessidade de reformulações ou ajustes de ações públicas, assim como a decisões sobre a implementação, a manutenção ou a interrupção dessas ações.

A avaliação tornou-se tema de debate e ferramenta essencial aos governos, pois

Essas avaliações serão uma ferramenta importante para viabilizar o Novo Regime Fiscal instituído pela Emenda Constitucional no 95/2016, uma vez que, com limite de gastos definido por período de vinte anos, haverá a necessidade de um debate mais qualificado sobre a priorização de políticas públicas e as decisões alocativas do orçamento. (BRASIL, 2018, p. 11).

O processo de avaliação de uma política também contribui com

[...] aspectos qualitativos, constituindo-se em um julgamento sobre o valor das intervenções governamentais por parte dos avaliadores internos ou externos, bem como por parte dos usuários ou beneficiários. A decisão de aplicar recursos públicos em uma ação pressupõe a atribuição de valor e legitimidade aos seus objetivos, e a avaliação deve verificar o cumprimento das metas estabelecidas. (CUNHA, 2018, p. 28).

A avaliação de uma política de saúde também enfrenta um “jogo político” que

Está representado nas relações consideradas fundamentais entre Estado e políticas sociais, entre a concepção de Estado e a (s) política (s) que este implementa, em uma determinada sociedade, em determinado período histórico. (PAESE; AGUIAR, 2012, p.71).

Existem dois modos de avaliar uma política:

Uma delas é a avaliação acadêmica, mais formal, com interesse no estudo da efetividade das políticas, seus impactos e benefícios. Outra forma é a avaliação promovida durante o período de implementação das políticas e programas governamentais, com foco na análise de sua eficiência e eficácia. (CUNHA, 2018, p. 28).

Quais são as razões para a avaliação de políticas de saúde? Segundo RUA (2014, p.1)¹²² a busca por

(1) *accountability*, significando estabelecer elementos para julgar e aprovar decisões, ações e seus resultados. (2) desenvolver e melhorar estratégias de intervenção na realidade, ou seja, a avaliação tem que ser capaz de propor algo a respeito da política que está sendo avaliada. (3) empoderamento, promoção social e desenvolvimento institucional, significando que a avaliação deve ser capaz de abrir espaço para a democratização da atividade pública, para a incorporação de grupos sociais excluídos e para o aprendizado institucional e fortalecimento das instituições envolvidas.

A avaliação deve cumprir tarefas descritivas e conter características de mecanismos de controle, deve contemplar também avaliações analíticas, constituindo atividade e mecanismo de avaliação e de monitoramento. A próxima subseção discutimos o caso de MT. Ocorreu avaliação das OSS na política de saúde de MT?

3.3.1 Como ocorreu a fiscalização das OSS na política de saúde de MT

Um meio de realizar a política de saúde de MT - as OSS - nunca foi avaliada. O máximo o que ocorreu foram algumas tentativas de fiscalizá-las. Esta fiscalização foi feita pelo Estado e pelo CES de MT, e descreveremos abaixo como isto ocorreu, através dos dados coletados das entrevistas e do material documental recolhido.

3.3.1.1Fiscalização pelo Estado

A fiscalização se dá pela mediação ou não do contrato de gestão com a OSS, fiscalizado pelos três poderes: executivo (Estado/SES), pelo legislativo (Assembleia Legislativa (AL) de MT), e pelo judiciário (Ministério Público do Estado de Mato Grosso/MPMT). A fiscalização das OSS em Mato Grosso é realizada pela prestação de contas ao poder público (Estado). O controle das OSS realizado pelo Estado é condicionado às regras existentes em contrato fixado entre as partes. O contrato de Gestão (artigos 11 e 12 da Lei 9637/98)

[...] é o ajuste celebrado entre a organização social e o órgão ou entidade responsável pela política pública correspondente às atividades a serem fomentadas (que, inclusive, deve ter sido o

¹²²Disponível em: <http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fUFAM-MariadasGraAvaliaPol.pdf>
Acesso em: 4 ago. 2017.

proponente da qualificação ao Presidente da República), quer irá exercer as funções de supervisor do contrato. (SALGADO, 2016, p. 32).

Como recebem recursos financeiros do poder público,

[...] a lei exige que este exerça fiscalização das atividades e proceda o exame da prestação de contas da entidade. As Organizações Sociais poderão sofrer desqualificação de seu título quando forem descumpridas as disposições fixadas no “Contrato de Gestão”. (JUNIOR, 2011, p. 35).

Qual foram as ações desenvolvidas pela SES, órgão gestor do sistema público de saúde em Mato Grosso diante da implementação das OSS? A primeira ação ocorreu em 2011 através do secretário de saúde de MT, Pedro Henry do (PP)¹²³ cria a “Portaria nº 085/2011/GBSES, de 09 de junho de 2011, que institui a Comissão Permanente de Contratos de Gestão, no âmbito interno da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT.”¹²⁴ Esta comissão era composta por técnicos da SES e tinha como finalidade segundo o Art. 2º

a. Propor medidas e estratégias a serem adotadas na implantação do novo modelo de gestão nos hospitais e outras unidades da rede pública estadual; b. Monitorar, controlar e avaliar a execução dos Contratos de Gestão; c. Realizar reuniões, trimestrais, com os Escritórios Regionais de Saúde e Parceiros, para avaliação do período de execução do contrato, bem como, propor alterações de metas quantitativas, qualitativas e financeiras que se fizerem necessárias; d. Aprovar as aquisições, os manuais e outros regulamentos, conforme estabelecido nos respectivos contratos de gestão; e. Emitir pareceres e relatórios técnicos; f. Realizar interface com os demais setores da SES/MT; g. Prestar assessoramento no que tange aos contratos de gestão; h. Propor normatizações, quando necessário; i. Realizar sua função zelando, sempre, por todos os princípios constitucionais da administração pública.¹²⁵

Segundo o Art. 3º, a esta comissão compete

a. Monitorar, controlar e avaliar a execução dos Contratos de Gestão celebrados entre a Secretaria de Estado e as Organizações Sociais, relativo aos serviços descentralizados, sem prejuízos das ações dos demais órgãos de controle interno e externo do Estado;

¹²³ Pedro henry perdeu seu cargo de secretário de estado de saúde em 2012, “O parlamentar não tinha se licenciado da Casa mas vinha cumprindo agenda como secretário e, inclusive, assinando atos da pasta. A Constituição proíbe o acúmulo de funções públicas.” Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2012/02/01/interna_politica,275629/pedro-henry-perde-cargo-de-secretario-de-saude-do-mt.shtml Acesso em: 4 ago. 2017.

¹²⁴Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/107-\[4574-020811-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/107-[4574-020811-SES-MT].pdf) Acesso em:4 ago. 2017.

¹²⁵Disponível em [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/107-\[4574-020811-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/107-[4574-020811-SES-MT].pdf) Acesso em:4 ago. 2017.

b. Monitorar, controlar e avaliar o desempenho da Organização Social frente ao cumprimento das metas pactuadas nos Contratos de Gestão, através de relatórios, trimestrais, conforme estabelecido no referido instrumento; c. Analisar, periodicamente, os resultados alcançados pelas Organizações Sociais na execução dos Contratos de Gestão; d. Acompanhar os atos dos dirigentes da Organização Social, no âmbito dos Contratos de Gestão; e. Encaminhar à Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão os relatórios, trimestrais, pertinentes à execução dos Contratos de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados; f. Elaborar e encaminhar relatório consolidado de execução e demonstrativos financeiros, ao final de cada exercício fiscal, conforme contratos de gestão; g. Acompanhar e monitorar os recursos humanos cedidos e os bens dados em permissão de uso.¹²⁶

Em 2014 o trabalho da Comissão Permanente de Contratos de Gestão, no âmbito interno da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT, já começa a dar resultados, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 3 – Hospitais Regionais em contrato de gestão OS, data de vigência do contrato e a situação atual

Unidade de Saúde	Início de vigência	Situação	Data da ocorrência
Hosp. Regional de Rondonópolis	01/07/2011	Vigente	-
Hosp. Regional de Cáceres	- 03/10/2011	Vigente	-
Hosp. Metropolitano Lousite F. Silva	02/05/2011	Ocupação ¹²⁷	01/05/2014
Hosp. Regional de Sorriso	09/04/2012	Intervenção	08/06/2015
Hosp. Regional de Sinop	02/07/2012	Intervenção	05/11/2014
Hosp. Regional Alta Floresta	01/12/2012	Intervenção	05/05/2014
		Ocupação	01/05/2015
Hosp. Regional de Colíder	01/02/2013	Intervenção	05/05/2014
		Ocupação	01/05/2015

Fonte: Plano Estadual de Saúde - PES, de Saúde – PES. MT 2016-2019. Relatório. Mato Grosso SES-MT: Cuiabá. 2017. Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados. NGER/SES-MT.

Foi a partir dos relatórios da Comissão Permanente de Contratos de Gestão, que ocorreram ações por parte da SES para intervenção nos hospitais ocupados por OSS em MT.

¹²⁶Disponível em [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/107-\[4574-020811-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/107-[4574-020811-SES-MT].pdf) Acesso em: 4 ago. 2017.

¹²⁷ Ocupação é o termo que a SES de MT designa quando uma OS assume a gestão do Hospital.

Análises preliminares de possíveis irregularidades ou inadimplência nas obrigações contratuais levou o governo do estado a adotar medidas de intervenção e ocupação temporária em algumas das unidades com contrato de gestão executados por OS, [...]. (Plano Estadual de Saúde, 2017, p. 44).

A avaliação e monitoramento das OSS em MT também ocorreram através do poder Legislativo representado pela Assembleia Legislativa de MT- (AL). No âmbito do Estado a AL de MT também fiscalizou a implementação das OSS¹²⁸. Segundo o Projeto de lei complementar nº 19/2013 do Estado de MT a AL tem como obrigação “[...] resguardar a participação da sociedade civil organizada no controle social e na elaboração de políticas de Saúde Pública em Mato Grosso.”¹²⁹

Os servidores da saúde do Estado de MT entregaram na quarta-feira, do dia 31 de outubro de 2012 o Projeto de Lei de Iniciativa Popular aos deputados da AL de MT “[...]a fim de inviabilizar e impedir as OSS's no Estado e revogar a Lei Complementar nº 150. A lei dispõe sobre a qualificação de entidades como OSS's, no âmbito do Poder Executivo estadual.”¹³⁰ Em reportagem de 25 de março de 2015, intitulada “CPI das OSs é criada e pedetista quer assumir presidência”¹³¹, observa-se que

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) está constituída e irá investigar os contratos que atuam na área da saúde pública estadual, quantificando os valores pagos, os serviços prestados, bem como a justificativa pelos atrasos dos repasses dos recursos da área de saúde destinados aos municípios. A publicação foi informada no Diário Oficial de Mato Grosso da última sexta-feira (20).¹³²

Intitulada “CPI evidencia falta de controle das OSSs e vê desperdício de R\$ 200 milhões”¹³³, a reportagem de 31 de agosto de 2016, afirma que

¹²⁸ Investigou as denúncias sobre das OSS, que envolviam captação de recursos e sua má utilização, isto ocorreu através da abertura de uma Comissão Parlamentar de Investigação/CPI à partir de 2015.

¹²⁹ Disponível em: <http://www.al.mt.gov.br/institucional/controle-interno/> Acesso em: 23 jan. 2017.

¹³⁰ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-se-mobilizam-contras-entregam-projeto-de-lei-e-assembleia-promete-reavaliar-lei-que-a-autorizou/20562> Acesso em: 20 nov. 2017.

¹³¹ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-das-oss-e-criada-e-pedetista-quer-assumir-presidencia/41662> Acesso em: 3 ago. 2017.

¹³² Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-das-oss-e-criada-e-pedetista-quer-assumir-presidencia/41662> Acesso em: 3 ago. 2017.

¹³³ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-evidencia-falta-de-controle-das-oss-e-ve-desperdicio-de-r-200-milhoes/64034> Acesso em: 2 out. 2017.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigou os contratos das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) com o governo do estado de Mato Grosso apresentou nesta terça-feira (30) o relatório final dos trabalhos. A conclusão foi de descontrole na gestão e na fiscalização dos serviços prestados entre 2011 e 2015, período em os repasses financeiros às empresas chegaram a R\$ 700 milhões.¹³⁴

O relatório final elaborado pelo relator, deputado estadual Leonardo Albuquerque (PSD), apontou:

a) Procedimentos médicos que teriam onerado as despesas com as entidades;

A gente vê alguns procedimentos que não eram urgência e emergência, ou seja, não eram para estar em um Hospital Regional, mas que foram feitos lá. Eram para ser feitos a nível ambulatorial. O Estado paga por produtividade. A gente viu situações que qualquer técnico identifica, como a não utilização de gesso, a adoção de cirurgias que não foram as que foram pagas, por exemplo, cobram por uma cesariana, mas o parto foi normal [...], citou o deputado.¹³⁵

b) A falta de acompanhamento técnico constante por parte da Secretaria de Saúde (SES) teria sido conivente com essa estratégia, prejudicando os cofres do Estado.

Falta de gestão por parte da SES é latente. Falta de política pública adequada e controle dos serviços prestados para saber se o que foi contratado foi cumprido”, avaliou o presidente da CPI. [...] “Como não foi controlado, não sabemos se o que foi contratado foi feito. A própria intervenção do Estado nos hospitais prova que deu errado. É uma prova cabal de não funcionou, porque não controle nem avaliação.¹³⁶

Em outra matéria de 31 de agosto de 2016 intitulada “CPI aponta que gestão da saúde por OS em MT causou prejuízo milionário,”¹³⁷ o presidente da CPI, criada em 2014, Dr. Leonardo (PSD), foi mais específico com relação às SES

Faltou organização nos setores da Secretaria de Saúde e nos escritórios regionais, além de erros de aquisição, falta de política pública adequada com foco para a solução de problemas, falta de controle nos serviços prestados.¹³⁸

¹³⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-evidencia-falta-de-controle-das-oss-e-ve-desperdicio-de-r-200-milhoes/64034> Acesso em: 2 out. 2017.

¹³⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-evidencia-falta-de-controle-das-oss-e-ve-desperdicio-de-r-200-milhoes/64034> Acesso em: 4 out. 2017.

¹³⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-evidencia-falta-de-controle-das-oss-e-ve-desperdicio-de-r-200-milhoes/64034> Acesso em: 4 out. 2017.

¹³⁷Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/08/cpi-aponta-que-gestao-da-saude-por-os-em-mt-causaram-prejuizo-milionario.html> Acesso em: 4 out. 2017.

¹³⁸Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/08/cpi-aponta-que-gestao-da-saude-por-os-em-mt-causaram-prejuizo-milionario.html> Acesso em: 4 out. 2017.

c) a responsabilização dos ex-secretários de Saúde e do ex-governador de Mato Grosso, Silval Barbosa (PMDB), atualmente solto em 2019, usando tornozeleira eletrônica

Houve subdimensionamento, que é pedalada, compra de unidades privadas que ficaram fechadas, o que é má aplicação do dinheiro público, e uso de procedimentos urgentes que não precisavam, o que é improbidade. Com certeza isso daria em punição e ressarcimento para algumas pessoas, defende.¹³⁹

O deputado conclui:

[...] se o governo decidir por continuar com os contratos com as organizações, deve melhorar a fiscalização e corrigir as falhas encontradas. [...] O deputado propõe, a partir de agora, a criação de uma comissão permanente de fiscalização e acompanhamento dentro da Assembleia, com participação de outros órgãos de controle, como o Ministério Público e o Tribunal de Contas.¹⁴⁰

No dia 31 de agosto de 2016, em reportagem “CPI aponta que gestão da saúde por OS em MT causou prejuízo milionário”¹⁴¹, afirma-se

Após ter sido concluído pelo relator, o relatório foi analisado e aprovado pelos demais membros da Comissão. E, na semana passada, o presidente da CPI o apresentou aos demais deputados. Os parlamentares terão o prazo regimental de cinco sessões para avaliar o documento. Encerrado esse prazo, o relatório seguirá para a Comissão de Constituição, Justiça e Redação (CCJR). Se aprovado pela comissão, o relatório voltará para o plenário para votação e, em seguida, se a maioria se manifestar favorável, será encaminhado para os órgãos competentes, entre eles Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Polícia Federal, Tribunal de Contas do Estado e Procuradoria-Geral do Estado (PGE).¹⁴²

Em matéria de 27 de outubro de 2016, intitulada “CPI pede devolução de R\$ 541 milhões,”¹⁴³ O deputado Leonardo Albuquerque afirma:

Ficou claro na CPI que as OS foram contratadas por influência política, tanto que foi identificada empresa que já vinha sendo

¹³⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-evidencia-falta-de-controle-das-oss-e-ve-desperdicio-de-r-200-milhoes/64034> Acesso em: 8 out. 2017.

¹⁴⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/cpi-evidencia-falta-de-controle-das-oss-e-ve-desperdicio-de-r-200-milhoes/64034> Acesso em: 8 out. 2017.

¹⁴¹Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/08/cpi-aponta-que-gestao-da-saude-por-os-em-mt-causaram-prejuizo-milionario.html> Acesso em: 8 out. 2017.

¹⁴²Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/08/cpi-aponta-que-gestao-da-saude-por-os-em-mt-causaram-prejuizo-milionario.html> Acesso em: 8 out. 2017.

¹⁴³Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yNK-4zdcnYJ:circuitomt.com.br/flip/607/files/assets/common/downloads/publication.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 1º jan. 2018.

investigada dois anos antes de começar suas atividades em Mato Grosso pelas mesmas irregularidades identificadas aqui”.¹⁴⁴

E ainda

O Estado foi frouxo para fiscalizar os serviços das OS, elas faziam o que queriam e não cumpriram as metas. Esta Casa [Assembleia Legislativa] foi falha em não acompanhar o Estado como órgão de fiscalização e também errou ao aprovar leis que não deveriam ter sido aprovadas. Está tudo errado.¹⁴⁵

Segundo o deputado Leonardo Albuquerque

[...] hoje, o governo mantém contrato com duas organizações de saúde em Mato Grosso, poderá ser cobrado, por meios legais, pagamento do que é realizado de forma nominal crimes administrativos (Responsabilidade na Gestão Fiscal e Responsabilidade Empresarial), cíveis (Improbidade Administrativa) e criminais (Lei de Licitações e Contratos e Código Penal, artigos 29, 299, 312 e 315).¹⁴⁶

Ele também disse que foi identificado na CPI das OSS a

[...] intervenção de agentes políticos o que possibilitou a transição da administração direta para o modelo de organizações sociais. Os escritórios responsáveis por acompanhar os serviços dos hospitais regionais foram enfraquecidos e não podiam fazer nada para agir, para cobrar as atividades das OS. Nos planos de saúde, as operadoras têm equipes que se realmente aconteceu e o que foi usado. Na rede pública de Mato Grosso um mesmo paciente passa mais de uma vez por um mesmo procedimento e em cada um é cobrado um valor do Estado.¹⁴⁷

A outra fiscalização das OSS em MT também ocorreu no âmbito do poder judiciário, e aí temos: o Ministério Público do Estado de Mato Grosso (MPE/MT), Tribunal de Contas do Estado (TCE) Procuradoria Geral do Estado (PGE) Controladoria Geral do Estado (CGE).

¹⁴⁴ Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yNK-4zdccnYJ:circuitomt.com.br/flip/607/files/assets/common/downloads/publication.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 1º jan. 2018.

¹⁴⁵ Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yNK-4zdccnYJ:circuitomt.com.br/flip/607/files/assets/common/downloads/publication.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 1º jan. 2018.

¹⁴⁶ Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yNK-4zdccnYJ:circuitomt.com.br/flip/607/files/assets/common/downloads/publication.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 1º jan. 2018.

¹⁴⁷ Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yNK-4zdccnYJ:circuitomt.com.br/flip/607/files/assets/common/downloads/publication.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 1º jan. 2018.

Dia 17 de maio de 2011, em matéria intitulada “Governo reúne chefes de Poderes para propor soluções à saúde pública de Cuiabá e Várzea Grande,”¹⁴⁸ trata-se do Tribunal de Justiça de Mato Grosso diante da polêmica da implementação das OSS e do não cumprimento das ações determinadas em licitação e no contrato de gestão

O Tribunal de Justiça se comprometeu em estabelecer uma parceria com o Ministério Público e a Defensoria Pública para fazer uma auditoria a fim de detectar o que está ocorrendo de fato para o aumento de pacientes sem atendimento nessas unidades e dar uma resposta à sociedade.¹⁴⁹

Em reportagem de 03 de abril de 2013, intitulada “Comissão do TCE-MT fará tomada de contas dos contratos de OSSs com o governo,”¹⁵⁰ afirma-se que, uma comissão técnica do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso (TCE/MT) “[...]foi criada para fazer a tomada de contas dos contratos firmados pelo governo do Estado com as Organizações Sociais de Saúde (OSSs).”¹⁵¹

Os auditores da Secretaria de Controle Externo (Secex) da 3ª Relatoria irão analisar as contratações do Instituto Pernambucano de Assistência Saúde (IPAS) para gerir o Hospital Regional de Várzea Grande e a Central de Abastecimento (CEADIS). Consta ainda como alvo da tomada de contas à Sociedade Beneficente São Camilo para administrar o Hospital Regional de Rondonópolis, da Associação Congregação de Santa Catarina gerir o Hospital Metropolitano; do Instituto Social Fibra para gerenciar os Hospitais Regionais de Alta Floresta e Colíder.¹⁵²

Na reportagem de 11 de agosto de 2015, intitulada “José Domingos pede para sair e Pinheiro assume relatoria da CPI das OSS's,”¹⁵³ retrata-se que

A secretária-geral de Controle Externo do Tribunal de Contas de Estado (CTCE), Maria Aparecida Rodrigues de Oliveira, prestou depoimento na sessão desta terça-feira (11). Oliveira esclareceu que todos os resumos dos relatórios que apontam as irregularidades já foram encaminhados para os deputados. Agora, só faltam os questionamentos em relação a essas falhas, que devem ser feitos de forma oficial, pois existem muitos dados

¹⁴⁸ Disponível em: <http://www.controladoria.mt.gov.br/noticias> Acesso em :23 de out de 2017.

¹⁴⁹ Disponível em: <http://www.controladoria.mt.gov.br/noticias> Acesso em: 23 out. 2017.

¹⁵⁰ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/comissao-do-tce-mt-fara-tomada-de-contas-dos-contratos-de-oss-com-o-governo/24523> Acesso em: 30 nov. 2017.

¹⁵¹ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/comissao-do-tce-mt-fara-tomada-de-contas-dos-contratos-de-oss-com-o-governo/24523> Acesso em: 30 nov. 2017.

¹⁵² Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/comissao-do-tce-mt-fara-tomada-de-contas-dos-contratos-de-oss-com-o-governo/24523> Acesso em: 29 nov. 2017.

¹⁵³ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/jose-domingos-pede-para-sair-e-pinheiro-assume-relatoria-da-cpi-das-oss/4720> Acesso em: 25 set. 2017.

técnicos. Ao todo, já foram apontadas mais de 110 irregularidades desde 2011.¹⁵⁴

Na matéria de 10 de fevereiro de 2017, intitulada “MPE abre inquéritos civis para investigar pagamento de R\$ 56 milhões a mais para OSS,”¹⁵⁵ Afirma-se que

O Ministério Público de Mato Grosso (MP/MT) abriu diversos inquéritos para apurar os contratos e pagamentos feitos pelo governo do Estado com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) entre o período de 2011 a 2015. De acordo com as primeiras informações, foram repassados R\$ 56,4 milhões a mais para as entidades.¹⁵⁶

A investigação aberta pelo MPE no último dia de 02 de fevereiro (2017) está baseada no relatório da CPI das OSS, realizada pela Assembleia Legislativa,

Só em relação a OSS "Associação Congregação de Santa Catarina" que gerencia a gestão do Hospital Regional de Cáceres, a diferença no pagamento é de quase R\$ 1 milhão a mais. [...] Além das diferenças de valores no pagamento de diversas OSS, outras irregularidades como ausência de pagamentos, pendências tributárias, diferença em datas dos repasses, ausência de lançamento do pagamento no Fiplan e irregularidades em CNPJ de algumas OSS, também terão aberturas de inquéritos civis.¹⁵⁷

Como podemos perceber, com relação ao controle das OSS em MT, este se refere à legalidade dos atos da administração do dinheiro público por parte das OSS e à prestação de serviços de saúde à população. A avaliação e o monitoramento que o Estado faz visam a qualidade no desempenho da gestão dos serviços e isso se reflete na estratégia do governo para melhorar sua atuação frente às políticas sociais que terceiriza.

3.3.1.2 Fiscalização pelo CES

Trata-se de controle social preconizado pelo SUS na lei 8142\1990. Prioriza a participação dos cidadãos na execução da política de saúde. A participação da população representado pelo CES na formulação e execução das políticas de saúde foi uma luta consolidada na

¹⁵⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/jose-domingos-pede-para-sair-e-pinheiro-assume-relatoria-da-cpi-das-oss/47209> Acesso em: 25 set. 2017.

¹⁵⁵Disponível em <http://www.hipernoticias.com.br/justica/mpe-abre-inqueritos-civis-para-investigar-pagamento-de-r-56-milhoes-a-mais-para-oss/69574> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁵⁶Disponível em <http://www.hipernoticias.com.br/justica/mpe-abre-inqueritos-civis-para-investigar-pagamento-de-r-56-milhoes-a-mais-para-oss/69574> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁵⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/justica/mpe-abre-inqueritos-civis-para-investigar-pagamento-de-r-56-milhoes-a-mais-para-oss/69574> Acesso em: 29 ago. 2017.

[...] nova Constituição Federal, [...]. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde [...]. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16).

A participação da sociedade civil em assentos em Conselhos de Saúde, bem como na formulação e implementação de políticas públicas setoriais nessa área, enquanto um direito, é um marco histórico para as políticas sociais no Brasil e para o fortalecimento da democracia.

E para Bobbio sobre a importância dos conselheiros como representantes da sociedade civil organizada dentro de uma democracia representativa o autor confere “[...] a cada um individualmente do mesmo modo como a todos os outros, o direito de participar livremente na tomada de decisões coletivas.” (1992, p. 119). Nesse sentido o Conselho de Saúde é “[...]a principal ferramenta de controle social do SUS e deve refletir os anseios da sociedade, possibilitando um controle efetivo das ações de saúde realizadas pelos gestores.”¹⁵⁸ Após este pequeno recorte, iremos abordar mais especificamente o CES de MT. O Conselho de MT é de natureza pública,

[...] é um órgão colegiado, de decisão superior, de caráter permanente e deliberativo, constituído pelo Decreto nº 1055/88, com alteração pelo Decreto nº 1595 de 16/06/89, pela Lei Complementar nº 22/92 e fundamentado na Constituição Federal Art. 196, 197, 198 e 200, e nas Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90.¹⁵⁹

Seu colegiado é composto “[...]dos segmentos de usuário (50%), profissionais de saúde (25%) e governo e prestadores de serviços em saúde privados, conveniados, ou sem fins lucrativos (25%).”¹⁶⁰ O CES de MT é “Composto por 30 conselheiros titulares e 30 suplentes, eleitos para exercer o cargo por 02 (dois) anos e podendo ser reconduzido, conforme determina o § 3º, Art. 18 da Lei Complementar nº 22/92”.¹⁶¹ A tarefa dos conselheiros é a de “[...]formular

¹⁵⁸Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/storage/webdisco/cp/20130709174938122000.pdf> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁵⁹ Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁶⁰ Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁶¹Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 29 ago. 2017.

prioridades da política do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com a equipe de saúde da gestão governamental.¹⁶² As reuniões

[...] acontecem toda primeira quarta-feira do mês, no período de fevereiro a dezembro, às 14hs. De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES), o CES tem como meta desenvolver e implementar a participação e o Controle Social na Política de Saúde, em 100% dos municípios.

Cabe a SES, conforme Lei Complementar nº 22/92, “[...]proporcionar ao CES/MT condições para o seu pleno funcionamento, através de suporte técnico, administrativo, recursos humanos e de financiamento (PPA-PTA).”¹⁶³ O CES de MT possui como tarefa “[...] acompanhar e avaliar a execução das ações da saúde, [...]”¹⁶⁴ O CES tem como objetivo [...] resguardar a participação da sociedade civil organizada no controle social e na elaboração de políticas de saúde em Mato Grosso, [...]”.¹⁶⁵

Quando nos referimos à “intervenção” tratamos do processo de efetivação da política de saúde em MT, de como os atores CES (cidadãos representados) participam da formulação e execução das políticas de saúde. O CES utiliza-se do controle social preconizado pelo SUS, como o modelo de participação na gestão.”

A fiscalização sobre as OSS ocorre através do controle social com base na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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.”¹⁶⁶ Esta participação está assegurada através da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde.

A seguir apresentaremos entrevistas que realizamos e reportagens da imprensa do Estado de MT que relatam a relação entre CES e as OSS, de 2011 a 2018. Listamos algumas situações identificadas assim:

¹⁶²Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁶³Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁶⁴ Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁶⁵Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/storage/webdisco/cp/20130709174938122000.pdf> Acesso em: 29 ago. 2017.

¹⁶⁶ Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei8142.pdf> Acesso em: 19 out. 2017.

a) no momento da implementação das OSS o CES de MT estava dividido – a votação 12 conselheiros contra 11 conselheiros;

O resultado da votação apresentou treze votos favoráveis à esta implantação, doze contrários e uma abstenção. (MELO; PAESE, 2013, p. 318).

Após aprovação no CES de MT, o governo estadual realizou três editais públicos de chamamento para operacionalizar as ações das OSS:

[...] a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso divulgou três editais de chamamento público: o 001/SES/MT/2011, em 03 de março; o 002/SES/MT/2011, em 28 de abril e o 004/SES/MT/2011, em 1º de julho. (MELO; PAESE, 2013, p. 319) ¹⁶⁷

b) a satisfação do secretário de saúde do Estado Pedro Henry pela vitória, pois as OSS é projeto político seu.

A decisão do CES de MT consta em ata, e foi lida pelo seu presidente o secretário de saúde Pedro Henry, como apresentamos a seguir

Após a votação de todos os conselheiros titulares presentes o Presidente relata o resultado final da votação. O Presidente do CES/MT diz: Existe algumas 172 instituições, representantes neste Pleno que estão em vacância e que faltaram a esta reunião, 173 totalizando 04(quatro) entidades. Com isso foram 26 (vinte e seis) entidades que votaram, desse total 174 13(treze) votaram a favor das OSS e 12(doze) votaram contra, portanto, fica APROVADA a 175 proposta das OSS no Gerenciamento da Saúde do Estado de Mato Grosso.¹⁶⁸

Em reportagem, publicada em 07 de abril de 2011, intitulada “Experiência nova na saúde pública,” ¹⁶⁹ relata que o CES de MT

[...] ratificou o que os conselhos municipais de Saúde de Várzea Grande e de Sinop (com hospitais sem funcionar por falta de equipamentos) já haviam decidido: a saída para resolver problemas crônicos que o Poder Público não vem conseguindo resolver há décadas, passa pelas parcerias com as Organizações Sociais, concebidas dentro da Reforma da Administração Pública (governo Fernando Henrique Cardoso de 1995 a 1998) e, cujas primeiras

¹⁶⁷Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/247/chamamento-publico-n-0012011_edital-\[247-210311-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/247/chamamento-publico-n-0012011_edital-[247-210311-SES-MT].pdf) Acesso em: 07 jul. 2012

¹⁶⁸ Como consta em ata do CES: ata da ducentésima quinquagésima segunda reunião do ces-mt Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces> Acesso em: 20 out. 2017

¹⁶⁹Disponível em: <https://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?id=169729¬icia=coluna-do-mario-marques-experiencia-nova-na-saude-publica> Acesso em: 19 out. 2017.

experiências, começaram em 1998 em São Paulo, e que hoje se espalham por vários Estados.¹⁷⁰

Na reportagem intitulada "Vamos oferecer saúde de qualidade"¹⁷¹, Pedro Henry afirma

É um modelo que permite uma alta resolutividade, dá mais resultados e que possui eficientes mecanismos de controle e redonda num nível de satisfação muito grande do usuário., declarou Henry.¹⁷²

Na mesma reportagem, Pedro Henry declara que, "com este modelo, não tenho dúvidas de que vamos oferecer um serviço de qualidade à população em Mato Grosso."¹⁷³

c) De 2011 a 2015 o CES ficou bloqueado institucionalmente/foi desarticulado frente a implementação das OSS no Estado, pois o CES só funciona a partir dos dados fornecidos (informações sobre custos, pagamentos, contratos, etc, sobre as OS) pelo Estado/SES o que não aconteceu.

Segundo o entrevistado nº 1,

Em 2011 eu saí e fui para outro setor, deixei aqui. Tava muito ruim. Os conselheiros que ficaram, que eram contrários, ficava aquele desespero. (refere-se à desarticulação do conselho)

O entrevistado nº 2 afirma:

Os servidores de algumas unidades de saúde como os SAFs (que tinha o IPAS) brigaram o tempo todo contra as OSS. Desde o início eles foram os que brigaram,[...], mas eles(SES) não desistiram, mantiveram todos no mesmo lugar, não saíram foram pra briga, foi para o embate, inclusive sem o apoio do conselho, porque se o conselho tivesse se fortalecido naquele período, ele tirava as OSS.

Segundo entrevistado nº 3,

Quando entrou as OSS eles (refere-se a gestão de saúde/Estado) mandaram todos que estavam nas unidades vir para a central, quem era da capital saiu dos municípios, então no município que tinha OSS mandou tudo de volta porque OSS ia contratar. Alguns começaram a pedir licença, a se afastar, a pedir para ir para outros órgãos e a se aposentar.

¹⁷⁰Disponível em: <https://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?id=169729¬icia=coluna-do-mario-marques-experiencia-nova-na-saude-publica> Acesso em: 19 out. 2017

¹⁷¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 13 out. 2017.

¹⁷²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/vamos-oferecer-saude-de-qualidade-diz-henry-sobre-oss-em-varzea-grande/812> Acesso em: 13 out. 2017.

¹⁷³Disponível em: <https://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?id=169729¬icia=coluna-do-mario-marques-experiencia-nova-na-saude-publica> Acesso em: 20 out. 2017.

Os conselheiros sentiram o período em que o CES esteve imobilizado diante da implementação das OSS. O conselheiro entrevistado nº 1 afirma:

Na época (2012) eles (refere-se ao grupo apoiador das OSS) tiraram ele (refere-se a *) que estava na secretaria executiva daqui, era um rapaz que cobrava e que levava o controle social a sério também numa eleição porque eles estavam muito bem articulados e colocou um rapaz aqui (que mais tarde foi também substituído), que quando veio pra cá, ele tirou a assessoria jurídica, tirou a imprensa, tirou tudo daqui, e durante um bom tempo o conselho ficou meio morto. Então o conselho passou 2 anos morto, só desestruturando.

Para o entrevistado nº 6,

O trágico mesmo foi o período de 2011 a 2015, a gente fazia reunião sem quórum. Sem quórum acredita. Era reunião pro-forma.

De acordo com o entrevistado nº 11,

A forma que foi introduzida no estado as OSS geraram um conflito muito grande dentro do Conselho. Esta ideia foi bem pensada pelo secretário de saúde da época. (refere-se a Pedro Henry)

O entrevistado nº 15 diz:

Muitas vezes o conselho pediu para fechar as OSS, o governo nunca ouviu o Conselho. Que força temos? Isto prova que não temos. Fomos colocados de lado desta discussão. Nunca fomos ouvidos nem pelas OSS nem pelo governo. Desmoralizados, fomos desmoralizados.

Foram várias as formas de desestruturar o CES para que este não fiscalizasse as OSS, as que encontramos nas entrevistas com os conselheiros. Uma destas formas foi que o assunto OSS não teria sido mais pautado no CES entre 2011-2015.

Para o entrevistado nº1,

Na verdade, o Conselho não colocou mais em pauta as OSS, porque esse grupo que apoiou as OSS acabou rachando mais tarde, depois com o Conselho (refere-se ao período a partir de 2011). O controle social estava no meio, dividido, e houve acordos com a gestão.

O entrevistado nº 2 relata que

Naquela época ficou uma concursada da SES com um cargo que era para avaliar as OSS. Ela ficou nesta comissão durante um bom

tempo, calou o assunto OSS durante um bom tempo. O Conselho não sabia de nada, só o que chegava de fora, da imprensa.

O entrevistado nº 12 afirma:

Olha não houve um espaço maior no Conselho para discussão das OSS, aí elas começaram a se movimentar, buscar apoio. Nós conselheiros, havia um grupo que faltava muito, não participava muito, e os outros que tinham sido indicados nem na reunião participaram, uns porque não tinha carro para buscar e levar, outros por falta de interesse mesmo.

O entrevistado nº 13 diz que

O conselho viveu um momento diferente, as OSS nunca haviam existido no MT e aí causava medo pelas informações de outros estados, então por isso eu creio que esta votação foi bem próxima tanto a favor como contra.

Para entrevistado nº 14,

Essa tal OSS é visão exclusiva do secretário de estado da época (refere-se a Pedro Henry) em 2011 e é claro com o aval do governador da época. E foi uma proposta, uma visão privatista. E não estávamos preparados para o debate. O Conselho não estava preparado para o debate.

Segundo o entrevistado nº 17,

O conselho se eximiu da sua responsabilidade em 2011 a 2015. O enfrentamento, se você é colocado lá, você é colocado para fazer enfrentamentos. Porque um deputado (refere-se ao Pedro Henry) tomou conta do Conselho, sendo que o Conselho é mais forte e tem estatuto. Eu acho que foi tudo um jogo de interesses, deste deputado com o governador.

Existia uma expectativa muito grande por parte dos conselheiros estaduais de saúde de MT, com relação a fiscalização e o exercício do controle social sobre as OSS após sua implementação. Mas isto não ocorreu de 2011 a 2015 como podemos perceber. Isto [...] sugere que a burocracia do aparelho estatal e a centralização do poder político explicam o descompasso existente entre a homologação e a efetivação das deliberações dos Conselhos de saúde. (JACOBI, 2002 apud NETO, 2012, p. 443). A partir de 2014 quando da renovação dos mandatos dos conselheiros, o CES de MT retoma o seu protagonismo frente as OSS. Como afirma o entrevistado nº 1,

Em 2014 começaram os problemas e o * acredito começou a cobrar e ver as coisas erradas das OSS, em 2014 começou a nova recomposição e quando começaram estes novos conselheiros, e

em 2015 quando eu vim pra cá, eles(referindo-se aos novos conselheiros) já estavam mais acirrados, mais organizados e começou a discutir a revogação das OSS e com processo de querer votação de novo.

Para o entrevistado nº 2

O que aconteceu foi uma junção de coisas, a briga dos servidores veio refletir no Conselho, com essa nova composição que comprou a briga deles dos servidores que era o que faltou lá no início. Foi uma vergonha a reunião em 2011, pois estavam todos lá, isto não era pra ter acontecido.

O entrevistado nº 10 diz:

Lembro bem. A federação votou a favor das OSS. Por isto trocamos o nosso conselheiro lá, que a gente de ano em ano faz a reunião e cada conselheiro vem e a gente explica para todo mundo aí, coloca atuação e o que foi feito.

E ainda, segundo o entrevistado nº 12, foi

Só em 2015 que o conselho começou a reagir, foi quando discutiram novamente e aprovou a resolução para revogar a que aprovou lá atrás.

De acordo com Neto (2012, p. 443),

[...] a fiscalização dos serviços de saúde é uma das atividades mais recorrentes realizadas pelo conselheiro. Para tanto, é nomeada uma comissão para visitar uma instituição de saúde e verificar se ela está funcionando adequadamente. Em geral, essa visita não é agendada previamente. O elemento surpresa é considerado um fator fundamental nessa atividade. Assim, os Conselheiros têm a expectativa de que a fiscalização seja realizada em um momento de funcionamento regular do serviço de saúde.

O entrevistado nº 15 relata que

Em 2015 houve 65% de renovação, que foi mudado.

A renovação dos conselheiros ocorreu, mas segundo o entrevistado nº3,

Mais não tinha como retirar as OSS não tinha um sistema de saúde para pôr no lugar e o SUS não aguenta

Para o entrevistado nº 4,

até agora nós estamos correndo atrás para tirar as OSS, mas alguns contratos temos que usar de compreensão, porque o estado ou eles mantêm as OSS ou tem que parar o serviço completamente, porque não tem servidor, não tem servidor de carreira, não tem mais nada.

O entrevistado nº 5 diz que

O Conselho por mais que cobre a retirada das OSS, a justiça vai dizer que o gestor que ele é obrigado a manter, a gerir as OSS naquele local, porque ele mantém ou ele acaba com a unidade. Determinados lugares aconteceram isto.

Percebe-se, pelas entrevistas e pela leitura de material documental, que o CES de MT reavaliou ao longo do governo Silval (2010-2014) a proposta da implementação das OSS, identificando desvantagens no modelo, que apresentou um receituário neoliberal, privatista.

e) Como o CES estava bloqueado institucionalmente pelo Estado MT através da falta de informações sobre a implementação das OSS, ou seja, não conseguia fiscalizá-las. Organizações sociais de saúde do Estado ocupam seu espaço institucionalizado e acabam assumindo a fiscalização das OSS. Dentre algumas citamos: Sindicatos dos Médicos (Sindimed/MT), Comitê em Defesa da Saúde Pública e o Conselho Regional de Medicina (CRM/MT), etc.

Mas esta fiscalização se dá por outros meios – via política - cobrando, denunciando – é o exercício do controle social de acordo com a natureza destas organizações, como mostram as reportagens abaixo, a movimentação da sociedade civil em torno da implementação das OSS.

Em 09 de Novembro de 2011, segundo reportagem intitulada “Entidades se unem para fazer frente à implantação de OSS no PS de Cuiabá”¹⁷⁴, algumas entidades ligadas a vários segmentos da sociedade dentre elas o Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso o Sindimed/MT na qual a presidente do Sindimed, Elza Queiroz, se encontraram em frente ao Pronto-Socorro de Cuiabá para fazer frente a possível implantação de uma Organização Social de Saúde (OSS) no Pronto-Socorro da capital.¹⁷⁵ A presidente do Sindimed, Elza Queiroz, disse:

[...] que agora a causa está nas mãos do Judiciário para impedir que uma OSS seja implantadas no PS de Cuiabá. “Já acionamos o Ministério Público Federal, o Supremo Tribunal Federal (STF) também está decidindo sobre a inconstitucionalidade do caso, então a justiça irá decidir”.¹⁷⁶

¹⁷⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em: 25 nov. 2017.

¹⁷⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em: 25 nov. 2017.

¹⁷⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em: 25 nov. 2017.

Maria Ângela Martins, do Comitê em Defesa da Saúde Pública, afirmou que “[...] esse momento é de externar aos trabalhadores e população que o Pronto Socorro (PS) de Cuiabá é público e tem que continuar público e Saúde não se negocia.”¹⁷⁷ Luiz Soares, secretário de saúde em duas oportunidades afirmou

Todos são contrários à implantação da OSS. Soares foi enfático em dizer que quem é a favor da gestão por Organização Social na Saúde Pública é conivente com a corrupção. “O Contrato com OSS se paga até seis vezes mais do que a tabela SUS. Quem é a favor de OSS defende a corrupção na Saúde afirmou.”¹⁷⁸

Também estavam presentes nesse dia

[...] representantes do Movimento Sem Terra, Conselho Regional de Medicina, Comitê em Defesa da Saúde Pública, alunos e professores da Universidade Federal de Mato Grosso, estudantes ligados à União Nacional de Estudantes (UNE), estudantes de escolas públicas, Central Única dos Trabalhadores, Sindicato dos Bancários e Sindicato dos Médicos de Mato Grosso (Sindimed) que se reuniram para abraçar o Pronto-Socorro de Cuiabá como uma forma de expressar a posição de serem contrários à terceirização dos trabalhos na unidade.¹⁷⁹

Em reportagem de 29 de novembro de 2011, “Comitê em Defesa da Saúde faz apelo ao governador para impedir contrato com OSS”¹⁸⁰, trata-se da informação de que 20 organizações e um Comitê em Defesa da Saúde Pública em Mato Grosso irão pedir ao governador do estado que “[...] freie a parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), medida que está sendo adotada pela SES.”¹⁸¹

O movimento em favor da saúde pública e contra a implantação das OSS articulou nesse dia 29 de novembro de 2011,

[...] ato público em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de qualidade quer demonstrar que a parceria com as OSS não é o

¹⁷⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em: 25 nov. 2017

¹⁷⁸Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em :24 out. 2017.

¹⁷⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em :24 out. 2017.

¹⁸⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 21 nov. 2017.

¹⁸¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 21 nov. 2017.

caminho. De acordo com o movimento, o governador Silval Barbosa e o secretário de Saúde Pedro Henry são pais da OSS.¹⁸²

O professor da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), do curso de graduação de saúde coletiva, Reginaldo Araújo deu seu depoimento na mesma reportagem¹⁸³. Disse

[...] que o Hospital Metropolitano perde a sua lógica de atendimento quando passa a ser gerenciado por uma organização privada. “O PS de Cuiabá recebe a tabela SUS, mas o Metropolitano recebe três vezes mais o valor da tabela SUS. Isso é um modelo que transforma saúde e doença em mercadoria”, declarou o ativista. De acordo com o Reginaldo Araújo, o secretário Pedro Henry insiste em colocar em prática um modelo que não é coerente com a saúde pública e de qualidade, “ele acredita que vai transformar a realidade.”¹⁸⁴

Em reportagem de 30 de janeiro de 2012, intitulada “Entidades dão nota baixa para o Sistema Único de Saúde em Cuiabá e Várzea Grande”¹⁸⁵, os representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM) e Sindimed voltaram a se manifestar publicamente com relação às OSS, após o SUS “[...] distribuir uma Carta aos estados em janeiro por parte do Ministério da Saúde que quer saber o nível de satisfação do usuário diante do atendimento na rede pública de saúde no país.”¹⁸⁶ Um dos diretores do Sindimed, Celso Vargas, afirma:

Mesmo as duas entidades dando nota baixa para o atual sistema que gere a saúde pública no país, eles afirmam que o caminho não é o gerenciamento por Organização Social de Saúde, as chamadas OSS. “Esse caminho (das OSS) é perigoso porque você tira o papel dos conselhos de saúde, no qual tem função importante”, afirmou Celso Vargas.¹⁸⁷

Aperfeiçoar o controle social, por meio de ampla participação dos usuários da transparência nas informações é sempre saudável em democracias. A articulação com o poder público, na gestão pública, das políticas de saúde, ou seja,

¹⁸²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 25 out. 2017.

¹⁸³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 25 out. 2017.

¹⁸⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 25 out. 2017.

¹⁸⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-dao-nota-baixa-para-o-sistema-unico-de-saude-em-cuiaba-e-varzea-grande/9362> Acesso em: 25 out. 2017.

¹⁸⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-dao-nota-baixa-para-o-sistema-unico-de-saude-em-cuiaba-e-varzea-grande/9362> Acesso em: 25 out. 2017.

¹⁸⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-dao-nota-baixa-para-o-sistema-unico-de-saude-em-cuiaba-e-varzea-grande/9362> Acesso em: 22 nov. 2017.

participação dos cidadãos através de assentos no conselho de saúde contribui para a melhora do planejamento, do acompanhamento, do monitoramento e da avaliação das ações públicas.

Os dados apresentados neste capítulo nos permitem afirmar que as dificuldades de atuação do CES, no que se refere ao controle social das OSS, foram advindas da atuação do poder público. No capítulo 4 trataremos do CES e das OSS em MT, pela análise dos dados colhidos na pesquisa de campo realizada.

4. O CES, OS CONSELHEIROS E AS OSS EM MT

O objetivo aqui é conhecer e descrever o CES/MT e as OSS, os protagonistas das políticas de saúde em MT. A primeira parte será dedicada a conhecer o CES e descrevê-lo, buscando através dos dados coletados informações e aspectos sobre:

1. Os conselheiros: quem são os conselheiros? que segmento representam? qual a formação que possuem? se receberam algum tipo de capacitação para se tornarem conselheiros? se atuam em outros conselhos?
2. A pauta também é analisada como recurso na perspectiva:
 - i. Da governança pública do conselho: é o sistema que envolve os “[...] mecanismos institucionais para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam que os resultados desejados pelos Cidadãos, e demais entes da vida pública, sejam definidos e alcançados.” (IBGP, 2014)¹⁸⁸;
 - ii. Da *accountability*, que é a prestação de contas à sociedade sobre as políticas públicas que lá são discutidas, formuladas, implementadas e avaliadas/fiscalizadas como prática para fortalecer a democracia. O CES tem papel fundamental na

[...] formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho analisa e aprova o plano de saúde. Analisa e aprova o relatório de gestão. Informa a sociedade sobre a sua atuação. (BRASIL, 2013, p. 8).
 - iii. Do empoderamento dos conselheiros, que será identificado pelo capital social (PUTNAM, 2000) por estes adquiridos e do associativismo, buscando aspectos como a vida cívica dos conselheiros.

Todos esses aspectos auxiliam no processo de decisão dos conselheiros sobre um meio de realização de uma política de saúde, ou seja, as OSS em MT, com o exercício do controle social pelos representantes do CES de MT. O controle social ao qual nos reportamos é aquele preconizado pelo SUS na lei 8142\1990, que confere protagonismo à participação dos cidadãos na formulação da política de saúde, no período de 2011 a 2018 em MT.

¹⁸⁸Disponível em: <https://forum.ibgp.net.br/conceitos-de-governanca-no-setor-publico/> Acesso em jul. 2018.

Para tanto, precisamos mapear este CES, conhecê-lo, saber quem são os conselheiros, e mais, como exercem o principal mecanismo de democracia que é o controle social preconizado pelo SUS na saúde.

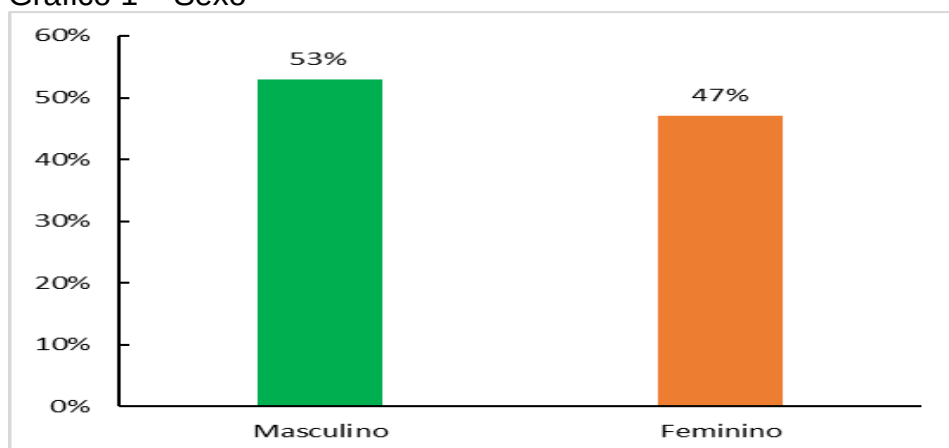
A segunda parte do capítulo será dedicada ao descortinar das OSS de MT e à sua descrição. Como já dissemos no início desta tese, não conseguimos entrevistar nenhum dos gestores das respectivas OSS responsáveis pela atuação em MT: IPAS, SBSC, ACSC, INDSH e FSC apesar de várias tentativas levadas à cabo. Devido a essa situação específica, voltamo-nos aos nossos entrevistados – aos conselheiros estaduais de saúde de MT – e suas impressões/informações sobre a atuação das OSS na política de saúde de MT. Buscamos, com os dados coletados junto aos entrevistados, informações que podem nos auxiliar a entender a presença das OS de 2011 à 2018 em MT. Para tanto selecionamos apenas 2 (duas) perguntas:

- i. Como o conselheiro entende a atuação das OSS na política de saúde de MT?
- ii. A presença das OSS criou conflitos para o CES?

4.1 Conhecendo o CES de MT

Nossa análise aqui recai sobre os atores que conduzem o processo decisório do CES, e a capacidade destes atores de decidirem sobre o tema tratado além de exercer o controle social. Os temas são apresentados a seguir, conforme os dados extraídos das entrevistas.

Gráfico 1 – Sexo



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico acima traz o perfil dos conselheiros quanto ao sexo. Conforme os dados extraídos das entrevistas são 53% homens e 47% mulheres. O que

responderia pelo número baixo de representantes do sexo feminino no CES?
Segundo o entrevistado nº 9, seriam inúmeras as causas:

i. A falta de amadurecimento com relação às obrigações como conselheiro:

Não é fácil ser conselheira, é difícil. Eu estou aprendendo agora[...] e olha que eu já assumi responsabilidades, mas eu acho que eu não tinha noção do tamanho da responsabilidade, eu acho que é uma responsabilidade gigante, estar determinando coisas [...].

ii. Falta de comprometimento com relação à atividade:

[...] eu vejo muitas colegas dizer (referindo-se aos colegas de seu segmento que não querem se tornar conselheiras): Não quero mexer com isto. Não quero isto para minha vida.

iii. Alienação:

Segundo o entrevistado nº 9

Eu acho que é um pouco de alienação. Eu acho que tem isso sim. Eu acho também que tem no meu caso por exemplo eu nunca tive aversão, pelo contrário, apesar do meu discurso de que eu quero deixar o conselho, é só um discurso, porque eu tô sempre lá.

Mesmo considerando um número relevante de mulheres conselheiras, em torno de 47%, ainda existem alguns desafios para que elas ocupem mais espaços democráticos como

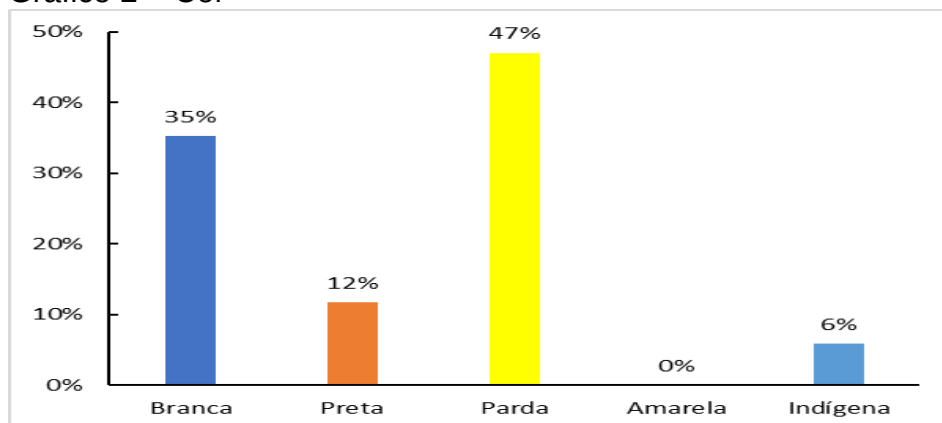
[...]a questão cultural, sendo o exercício do poder, uma postura competitiva masculina, como uma postura tradicional do exercício da política; b) a questão econômica: a dificuldade encontrada por mulheres para maior participação na política diz respeito ao apoio financeiro; c) a questão da formação política: a falta de um investimento concreto pelos partidos com o objetivo de incluir as mulheres na política pela formação política nos próprios partidos. (PAESE, 2011, p. 37).

O CES é composto por 30 conselheiros titulares e 30 suplentes, eleitos para exercer o cargo por 02 (dois) anos. No campo das políticas sociais, a criação de mecanismos de democracia semidireta é representada pelos Conselhos Gestores. Os conselheiros fazem parte de um processo democrático que envolve a disputa pelo poder e força onde o exercício do “[...] controle social é contraditório e está balizado pela referida correlação de forças.” (CORREIA, 2004 apud DIEGUES, 2013, p. 5). Lembramos que foram entrevistados primeiramente os conselheiros titulares de cada organização social, quando os conselheiros titulares não se dispuseram a serem entrevistados, foram entrevistados então os

conselheiros suplentes do CES de MT que foram parte do conselho no período analisado pela tese – 2011 a 2018.

O gráfico dois traz o mapeamento da diversidade cultural encontrada no CES de MT. Vejamos os dados a seguir.

Gráfico 2 – Cor



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Cuiabá, onde está localizado o CES, tem

[...] 60% da população negra, Mato Grosso supera a média nacional em número de habitantes afrodescendentes. Dados do Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que, dos 3.035.122 mato-grossenses, 1.820.597 se autodeclararam pretos e pardos. Em todo o país, o percentual de negros, somando pretos e pardos, é de 51%, que corresponde a 90 milhões de pessoas.¹⁸⁹

Segundo o sociólogo Paulo Alberto dos Santos Vieira, coordenador do Núcleo de Estudos sobre Educação, Gênero, Raça e Alteridade (Negra), ligado à Universidade Estadual de Mato Grosso (Unemat), o percentual de negros no estado,

[...] se deve a dois fatores: Um deles é o alto número de nordestinos que migraram para a região em busca de trabalho e melhores condições de vida. "Mato Grosso é um estado que teve um crescimento vertiginoso nos últimos 40 anos e há uma falsa impressão de que as pessoas que migraram para cá são brancas", afirmou.¹⁹⁰

A diversidade entre os conselheiros é a tradução da nossa sociedade contemporânea e

O reconhecimento da diversidade de indivíduos e dos grupos sociais vem desafiando as políticas sociais que, particularmente na saúde, se apresentam sob a forma de demandas por novas

¹⁸⁹Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/11/mato-grosso-possui-mais-habitantes-negros-que-media-nacional.html> Acesso em: 2 jul. 2019.

¹⁹⁰Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/11/mato-grosso-possui-mais-habitantes-negros-que-media-nacional.html> Acesso em: 2 jul. 2019.

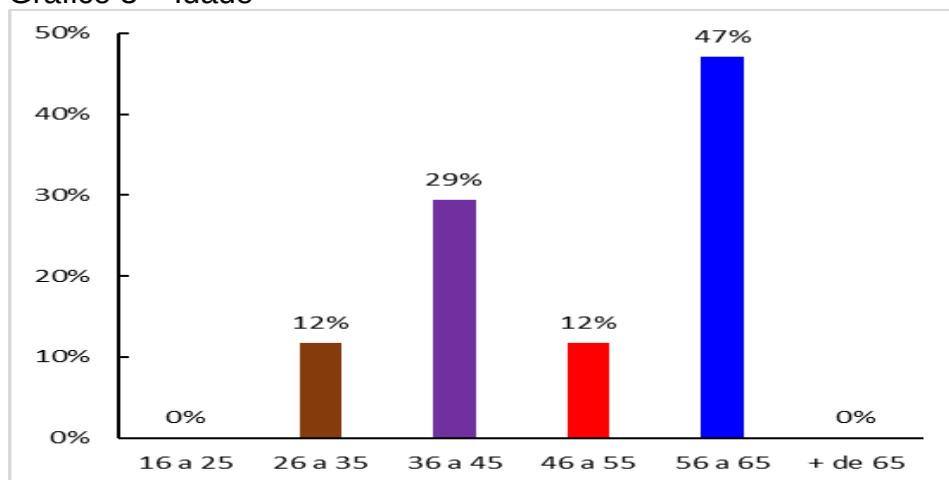
relações entre os segmentos sociais, por novas políticas e por mudanças nos serviços de atenção e cuidado. (AMARANTE; COSTA, 2012, p. 10).

Olhando os dados 47% dos conselheiros estaduais se reconhecem de cor parda, este dado é interessante, pois indica um caráter de empatia com relação com/ao outro, no caso aos usuários de saúde de MT.

No campo da saúde, e particularmente na formulação de políticas e prestação de serviços de atenção e cuidado, conhecer a diversidade cultural representa um dispositivo disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e atendimento das demandas da população. (AMARANTE; COSTA, 2012, p. 13).

O CES representa a diversidade brasileira “A comunidade deve olhar para os conselhos e se ver representada dentro dele, em toda a sua diversidade. Estamos falando da sociedade real, com a sua representação de cor, orientação e diversidade sexual, [...]”.¹⁹¹

Gráfico 3 – Idade



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O seguinte acima mapeia a idade dos conselheiros estaduais de saúde de MT, em que 47% têm idade entre 56 anos e 65 anos. São considerados Baby Boomers, e segundo a literatura acadêmica “[...] pode-se considerar que os Baby Boomers são as pessoas nascidas entre 1948 e 1963.” (ENGELMANN, 2009 apud SANTOS et al 2011, p.2). A geração *Baby Bombers* tem como características

[...] que presenciaram a guerra e os movimentos feministas na luta pelos seus direitos. Foram educadas com rigidez e seguiam regras

¹⁹¹Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7188-conselhos-de-saude-sao-canais-de-participacao-social-no-planejamento-das-politicas-do-sus> Acesso em: 17 mai. 2019.

padronizadas em relação à disciplina e a obediência. São pessoas que não se abrem muito para questionamento e a principal preocupação está na busca pela estabilidade no emprego. Colocam a carreira acima de tudo e se adaptam em qualquer organização, porém, é uma geração que está saindo do mercado de trabalho. (CONGER,1998 apud SANTOS et al, 2011, p. 2).

Segundo pesquisa sobre comportamento os *Baby Boomers*, “42% assiste TV, 29% lê, 28% Interage com família/amigos, 22% viaja, 19% ouve música.”¹⁹² Segundo o entrevistado nº 1, a idade lhe permite apenas concentrar-se nas atividades do CES, que já lhe são bem puxadas.

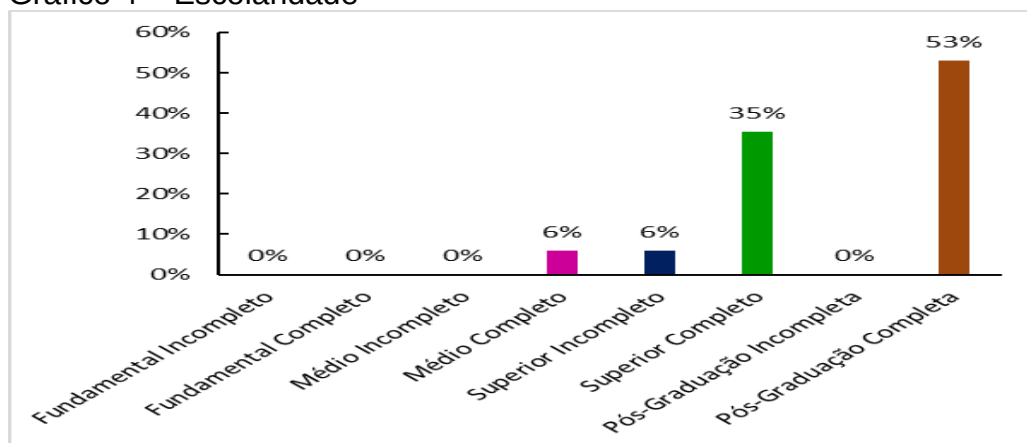
Não participo de nenhuma organização cultural. Como atuante não. Hoje eu estou um pouco mais afastado, porque o nosso tempo já não dá mais. Estou concentrado mais no conselho estadual de saúde.

O entrevistado nº 2 afirma:

Tenho muitas coisas para fazer, é no trabalho, em casa. O Conselho também é puxado. As vezes chego tarde na reunião, a idade pede que a gente vá mais devagar. E as vezes não consigo ir as reuniões do Conselho de tão cansada que estou.

O próximo gráfico traz dados sobre escolaridade no CES de MT.

Gráfico 4 – Escolaridade



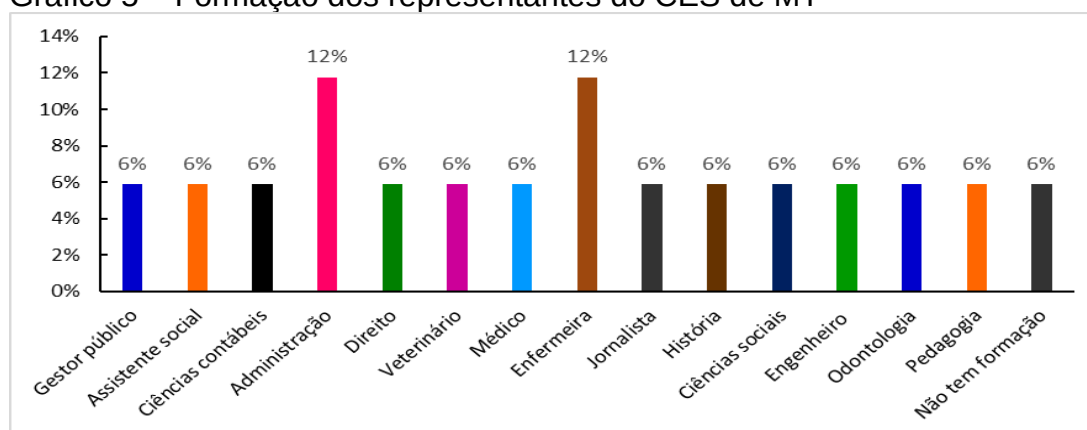
Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico acima apresenta a escolaridade dos conselheiros do CES de MT, e pode-se perceber que a maioria (53%) possui escolaridade de nível superior

¹⁹²Fonte: Estudo Global – Estilo de Vida das Gerações, 1º trimestre 2015 Disponível em https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7yKy_IzDTScJ:https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2108318/mod_folder/content/0/Gera%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520Global%2520Estilos%2520de%2520Vida%2520-%2520Nielsen.pdf%3Fforcedownload%3D1+%&cd=8&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br Acesso em: 3 jul. 2019.

completo, com pós-graduação completa. Com um quadro de conselheiros qualificado pode-se presumir este corpo técnico seja capaz de avaliar as questões que são trazidas e que serão discutidas/debatidas a partir de diferentes pontos de vista. Outra observação: pode ter sido formado pela educação política, a partir de grupos formados na década de 1980, oriundos do movimento da Reforma Sanitária gerada nas lutas sociais. No caso de MT tivemos o Grupo de Saúde Popular (GSP) e o Movimento Popular pela Saúde (MOPS)¹⁹³, que se tornaram protagonistas nas lutas sociais na área da saúde de MT, o que demonstra que a política de saúde pública do Estado foi influenciada pelo ativismo político.

Gráfico 5 – Formação dos representantes do CES de MT



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O gráfico acima mostra a formação individual de cada conselheiro. Pode-se perceber que o nível de instrução é bem alto, bem como diversificado.

[...] o perfil dos representantes nos conselhos desenha uma espécie de elite participativa caracterizada, muitas vezes, por maior renda e escolaridade se comparada à média da população em geral” Isso acarretaria uma dificuldade em se realizar uma “representação representativa”. (GAEDTKE; GRISOTTI apud JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 45).

¹⁹³ Criado na década de 1970, ainda sob forte pressão e controle da ditadura militar, tinha início à formação de inúmeras iniciativas de organização em torno da melhoria das condições de saúde. (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p.95)

Outro dado que chama atenção é o nível técnico e a formação na área da saúde, o que reflete uma formação política nos movimentos em saúde do Estado – MOPS e GSP, como foi dito anteriormente.

No CES de MT estão registradas 30 entidades, como mostra a lista abaixo:

1. Governo:

Representante do Poder Executivo/ Governo (suplente do Governador de MT);
 Representante da Secretaria de Estado de Saúde/ Governo (suplente do secretário de saúde do estado);
 Representante da Secretaria de Estado de Saúde/ Governo (suplente do secretário de saúde do estado);
 Representante do MT Saúde;
 Representante da secretaria estadual do Meio Ambiente – SEMA;
 Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT;
 Representante da Universidade Federal de MT(UFMT)
 Representante da Federação das Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de MT;
 Representante dos Sindicatos dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de MT- SINDESSMAT;
 Representante da Fundação nacional de Saúde – FUNASA.

2. Tabalhadores em saúde

Representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – SISMA
 Representante do Conselho Regional de Psicologia – CRP/MT e Conselho Regional de Enfermagem – COREN/MT
 Representante do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de MT – CREA-MT e Conselho Regional de Educação Física – CREF 17ª Região.
 Representante do Conselho Regional de Medicina – CRM/MT e Conselho Regional de Fisioterapia – CREFITO 9ª região;
 Representante do Conselho Regional de Medicina Veterinária – CRMV/MT e Conselho Regional de Farmácia – CRF/MT.

3.Usuários da saúde

Representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de MT – FETAGRI;
 Representante da Federação Matogrossense de Associações de Moradores de Bairro – FEMAB;
 Representante da Associação Matogrossense de Deficientes – AMDE;
 Representante da Associação de Pessoas Portadoras de Patologias;
 Representante do Movimento Popular de Saúde – MOPS
 Representante da Associação de Aposentados de MT;
 Representante das Entidades de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes/MT;

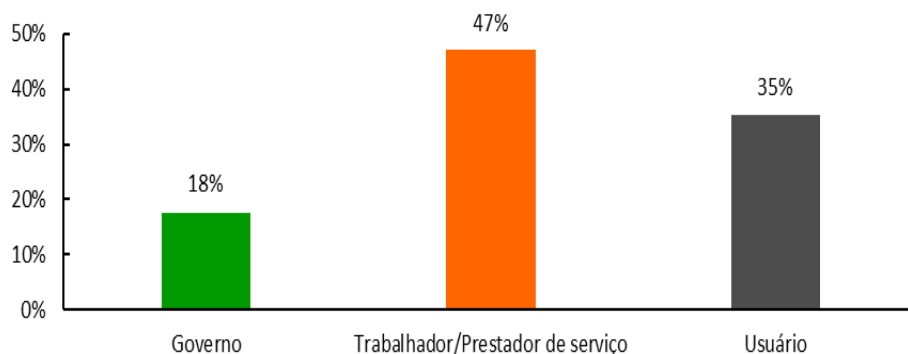
Representante do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher – NEOM;
 Representante do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI;
 Representante do Movimento Ambientalista e Ecológico;
 Representante do Sindicato dos Garimpeiros do estado;
 Representante do Sindicato dos profissionais da Educação – SINTEP/MT;
 Representante dos Classistas das Centrais Sindicais;
 Representante da Fraternidade Cristã do Brasil – FCD;
 Representante do Movimento Social de promoção da Igualdade Racial.

Outra observação importante sobre a formação do conselheiro, nos remete à discussão sobre leigos e peritos em que

Definimos como peritos os indivíduos que dispõem da referida “excelência técnica ou competência profissional” e como leigo por sua vez, aqueles que não a possuem. É fundamental observar que o conceito de “perito” e “leigo” é de natureza relacional e não essencialista. Deve-se identificar um indivíduo como perito ou leigo em relação a uma área específica do conhecimento e que varia em função da esfera do saber à qual o indivíduo está relacionado. Alguém que é considerado perito em relação a uma área, como a economia, pode ser, ao mesmo tempo, leigo em relação à temática da saúde. (PAESE, 2011, p. 14-15).

Isso é reforçado pelo gráfico anterior, que nos mostra, uma formação maior na área da saúde. Essa formação é importante, pois dá ao conselheiro categorias intelectuais “Para o aprofundamento da compreensão do controle social que se pressupõe uma concepção de Estado e de sociedade civil, pois ele acontece neste eixo”. (CORREIA, 2005, p. 111). Sendo assim, os conselheiros estão aptos, também, a discutir a pauta das reuniões, a conhecerem o assunto discutido.

Gráfico 11 – Segmento que representa no CES de MT



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico 11 (onze) apresenta a distribuição dos entrevistados por segmento representado no CES/MT. Para Neto, (2012, p. 441) “Hoje em dia, todos

os municípios e estados do Brasil têm um Conselho de Saúde, com representantes dos usuários, profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde.” Um estudo sobre a participação da categoria usuários em conselhos de saúde realizado pelo autor, retrata que o interesse dos usuários em torna-se conselheiros de saúde está relacionado aos seguintes fatores:

1. Proveito pessoal que o exercício da atividade pode conferir ao cidadão eleito conselheiro de saúde.

[...] os conselheiros afirmaram, por exemplo, que a simples ameaça de encaminhar uma queixa ao Conselho Municipal pode servir como uma arma que permite que um conselheiro representante do usuário consiga uma vaga em um Posto de saúde ou uma internação em um Hospital para si ou para um parente, amigo ou protegido. (NETO, 2012, p. 446-447).

2. Esse poder se materializa simbolicamente.

[...] os membros do Conselho de saúde têm um documento, um crachá, uma carteira que registra sua condição de conselheiro.[...] essa expressão traduz, na cultura política brasileira, o uso, indevido e ilegal, de uma prerrogativa ou condição conferida pela posição ou status que um cidadão passa a ter, representada simbolicamente pela carteira de identificação que possui. (NETO, 2012, p. 447).

A conclusão dessa prática por parte do segmento usuário reflete nos

[...] movimentos e as representações populares no interior dos Conselhos de saúde que permitiriam que fosse construída uma forma de democracia direta que se “defronta não só com a cultura elitista e burocrática [...], mas também com a tradicional cultura casuística e tutelar [...]”. (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 373 apud NETO, 2012, p. 448).

E ainda

[...] sugerem que as práticas políticas tradicionais, mencionadas por Sposati e Lobo (1992) suplantaram as expectativas inovadoras, pois não corrigiram “as lacunas da democracia representativa” (SPOSATI; LOBO, 1992 apud NETO, 2012, p. 448).

Nesta tese, em nenhum momento foi feita a pergunta do estudo de Netto (2012) sobre

[...] as motivações que os representantes dos usuários têm para participar dessa instância pública de representação de interesses” (2012, p. 441). O autor apenas foi citado por duas razões: a) este estudo ser na perspectiva do usuário; b) e devido ao fato de percebermos que o CES de MT possui 35% de representatividade do segmento dos usuários. É vital para o processo democrático que cada vez mais usuários sejam representados através dos

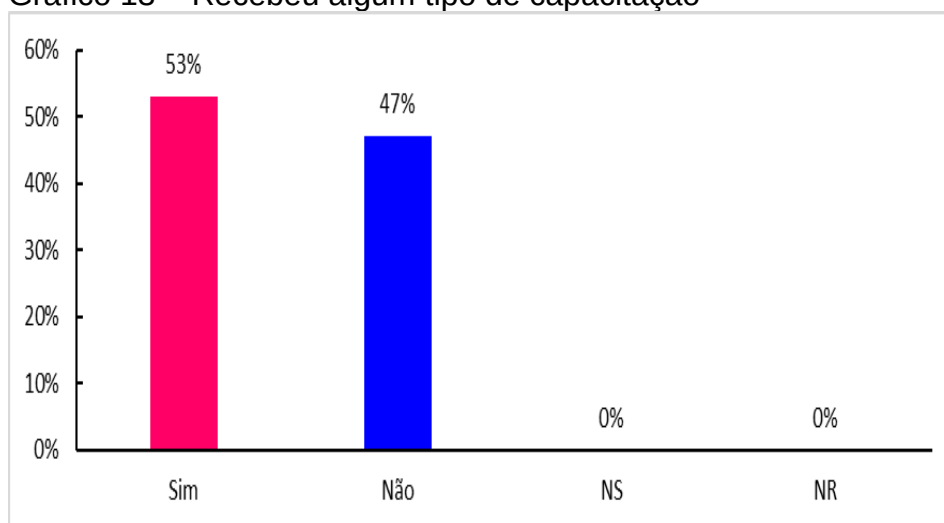
conselhos de saúde. (JURBERG, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2014, p. 45).

Segundo Meneses (2012, p. 257)

A participação social tem como uma de suas expressões a idéia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado [...] através da presença e segmentos importantes na democratização desse espaço.

Vale lembrar que foram entrevistados 17 representantes que possuem assento no CES de MT.

Gráfico 13 – Recebeu algum tipo de capacitação



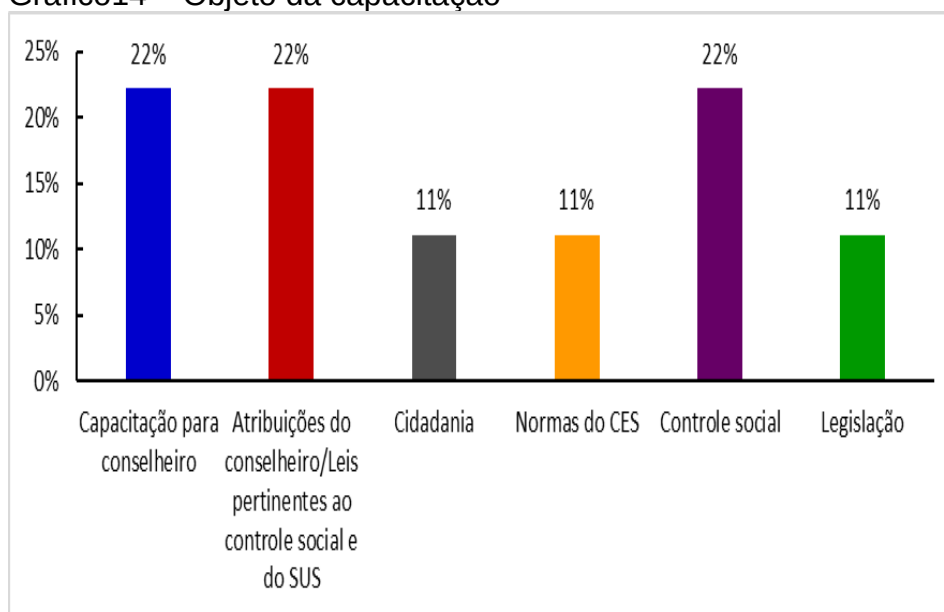
Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico acima mostra os atributos dos conselheiros: 53% já recebeu algum tipo de capacitação com o objetivo de auxiliá-lo como conselheiro nas questões das pautas. O dado identifica que os conselheiros possuem um capital cultural (cursos que fazem sobre o que é o conselho, o que é ser conselheiro e sobre o controle social) que foi adquirido pela capacitação. “São praticamente 30 anos desde a criação do SUS e a capacitação continua sendo um dos gargalos para a efetiva participação e, por conseguinte, o controle social.” (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 45).

A capacitação de conselheiros de saúde é uma regra estabelecida pela lei Lei 8.142/90. Estar capacitado como conselheiro de saúde é entender [...] as condições de instâncias formais para o exercício do princípio de participação popular.” (JURBERG, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2014, p. 4514)

O próximo gráfico refere-se ao objeto da qualificação dos conselheiros de saúde de MT.

Gráfico14 – Objeto da capacitação



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O quadro acima mostra que 66% dos conselheiros receberam algum tipo de capacitação. Entre elas destacamos as mais frequentes: capacitação para conselheiro, atribuições do conselheiro/leis pertinentes ao controle social do SUS e novamente sobre o controle social.

O entrevistado nº 2 relata que ocorrem capacitações toda a nova gestão do CES de MT, e que, como já é conselheira há tempo, ela logo busca a informação, como descreve abaixo:

Na verdade, a gente tem capacitação a todo momento; a gente é capacitada. A gente já tem uma bagagem, vem nova lei, a gente já lê a legislação nova. Este ano já teve uma, bem no comecinho do ano.

Quais são as obrigações de um conselheiro? Segundo a cartilha do ministério da Saúde, o conselheiro

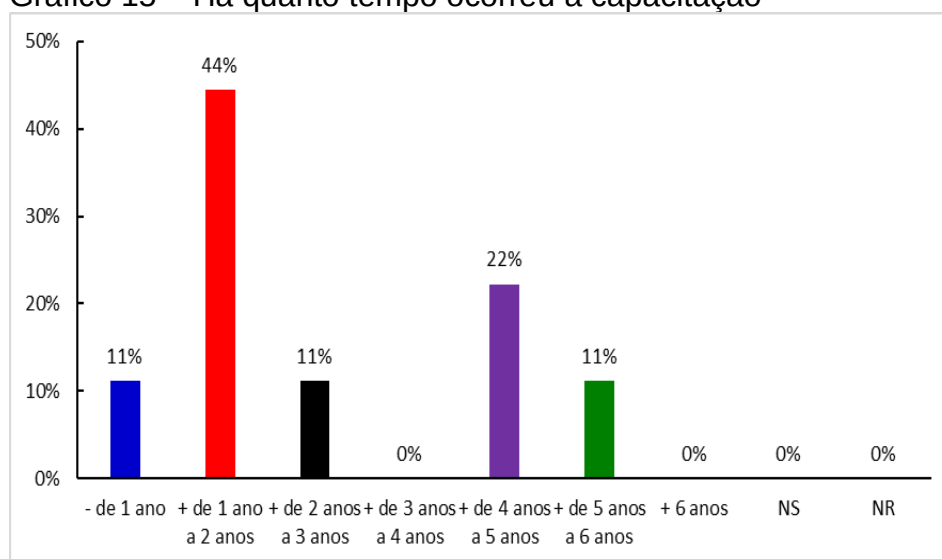
Representa o seu segmento e manifesta as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários. • Ao discutir, ele leva a opinião de uma parcela significativa da sociedade, pois não age em nome de seus interesses pessoais, mas da parte que ele representa e do conjunto dos usuários do SUS. • Como representante, ele faz o elo entre o conselho e sua coletividade. • Este trabalho pode ser feito por meio de mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas. • Além de propor, discutir e definir questões, é fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde, para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade. (BRASIL, 2013, p. 11-12).

Percebe-se que o CES de MT capacita seus representantes de modo constante, a fim de ajudá-los em suas atividades e responsabilidades como conselheiros. O entrevistado nº3 descreve uma capacitação por outro órgão – o Tribunal de Contas do Estado de MT – e por via on-line. O entrevistado nº 3 afirma:

Depois que estava dentro do conselho, também surgiu uns cursos que o TCE forneceu on-line. Mas não vi no conteúdo que ele capacitou mesmo. Eu fiz eles.

O que percebemos é que é ofertada capacitação para os conselheiros, não só pelo CES de MT, como por outros órgãos estaduais. É claro que fica à critério do conselheiro titular ou do suplente complementar seu conhecimento e informação sobre sua atividade.

Gráfico 15 – Há quanto tempo ocorreu a capacitação



Fonte: Pesquisa de campo (2018)

Este dado sugere um fator de aprofundamento da parte técnica para a tomada de decisão. Quanto mais capacitação mais conhecimento tem para decidir sobre questões técnicas. Mais tempo de capacitação mais tempo reforça a capacidade deles de decidirem sobre questões técnicas. Outro fator é que estes que se capacitam constantemente sentem-se mais seguros para se manifestar em reuniões, são àqueles que possuem mais “voz ativa”, ou em outras palavras são mais participativos, devido ao seu conhecimento técnico considerado “perito”. Esse dado é corroborado com os dados recolhidos em uma outra pesquisa realizada no Conselho Municipal de Saúde de MT, onde

[...] pode-se afirmar que os peritos têm mais voz ativa no Conselho. o conhecimento “faz toda a diferença” na hora da discussão da pauta. Aqueles que afirmam que os peritos têm mais voz ativa acreditam que eles se diferem em função do conhecimento de que dispõem para enfrentar a pauta mais técnica. “Os leigos entendem que o perito tem mais conhecimento e que, em certos momentos, influenciam mais das discussões.” (PAESE, 2011, p. 64-66).

A análise de outros dados complementares, como as Atas, observações das reuniões e o regimento do CES de MT demonstram que tanto leigos como peritos são ouvidos. Não foram encontrados em nenhum momento indícios de que a discussão fosse limitada apenas aos peritos, muito pelo contrário, todos os conselheiros estaduais discutem e se manifestam livremente, dentro de um processo democrático construído pelo Próprio conselho. Sobre a capacitação, O entrevistado nº 4 afirma:

Deve haver capacitações constantes, porque a gente precisa entender como funcionam as normas, as regras, do conselho, são neste sentido.

O que o CES de MT deve conhecer segundo a cartilha do Ministério da Saúde:

1. A lei de criação do conselho municipal ou do conselho estadual, do conselho distrital e do Conselho Nacional de Saúde. 2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. 5. 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, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 6. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. 7. Plano de saúde do seu local. 8. Relatório de gestão. (BRASIL, 2013, p. 13-14).

A capacitação de conselheiros de saúde é tratada desde 1986, na VIII Conferência Nacional da Saúde e que acabou sendo expressa na Constituição do país:

O Inciso III do artigo 200 trata de algumas das atribuições do SUS, nos termos da Lei e determina: “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde”. Já o inciso seguinte incentiva o “incremento em sua área de atuação do desenvolvimento científico e tecnológico”. (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 45).

As capacitações são constantes, e percebe-se que sempre que entram novos conselheiros, ocorrem novas capacitações.

O entrevistado nº 14 afirma:

Sim existe capacitação no CES. Toda vez que há troca de gestores, de representantes populares, há uma capacitação.

Mas nos perguntamos: Por que alguns conselheiros participam outros não? Encontramos algumas respostas:

- 1) Alguns conselheiros não participam porque já participaram em outro momento de seu mandato (já estão no seu 2º ou 3º mandato). Conforme depoimento do entrevistado nº 2

Acho que na verdade, a gente o tempo todo é capacitada. A gente tem uma bagagem, vem nova lei você já lê.

O entrevistado nº 3 relatou que quando assumiu a vaga de titular não ocorreu logo uma capacitação e afirmou que não sentiu falta:

Eu fui aprendendo na prática de conselheiro, participando das comissões.

Entrevistado nº 5 afirma:

Estou no terceiro mandato não é consecutivo. Já conheço como as coisas funcionam. A experiência de vida ajuda a ser conselheiro, saber das coisas certas e erradas. Existe melhor professor que a vida?

- 2) Desinteresse por estarem na condição de suplentes. O Entrevistado nº 8 diz:

Eu fiquei sabendo de uma capacitação que teve. Eu fui convocada para a capacitação, mas só “proforma”, o titular é quem foi.

O Entrevistado nº 9 afirma:

Eu sou suplente há três mandatos nunca vou a capacitação. É sempre o titular que sempre vai.

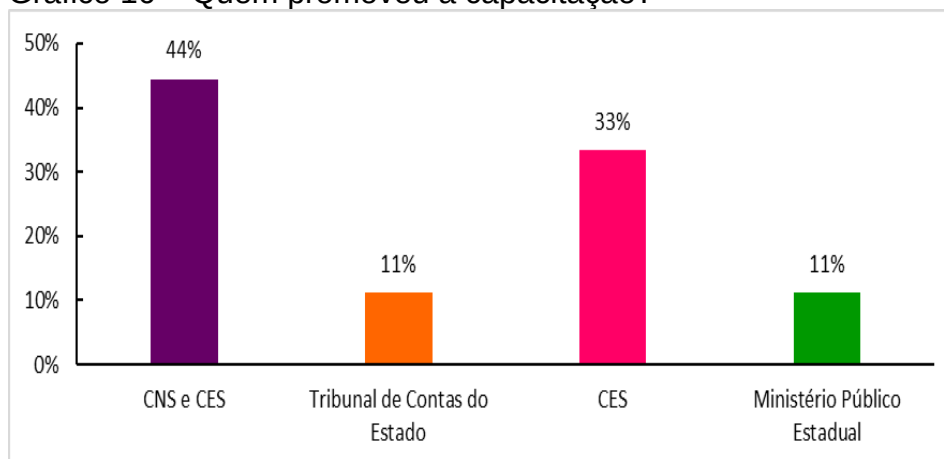
- 3) Os conselheiros não encontram tempo para participarem destas capacitações. Para o entrevistado nº 5,

Existia. Não é que não existia, é que a gente é muito ocupado.

O entrevistado nº 6 afirma:

Eu soube da capacitação, mas não consegui ir. Mas tem sempre capacitação, a rotatividade de conselheiros é grande, e aí o pleno sempre pede por capacitações.

Gráfico 16 – Quem promoveu a capacitação?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico 16 mostra um dado interessante sobre as capacitações para conselheiros. Essas não foram dadas pelas organizações da sociedade civil, mas pelo próprio Estado, ou seja, a participação da sociedade civil é mínima. A Lei Orgânica da Saúde (1990) também fala de capacitações para conselheiros:

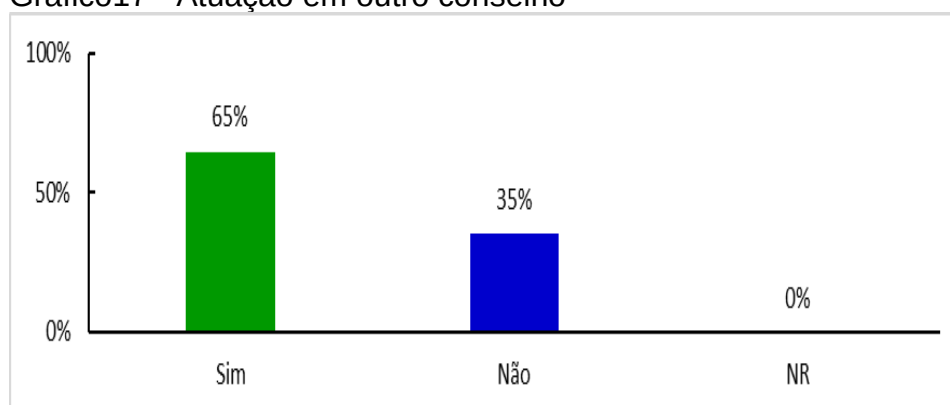
[...] volta a mencionar a formação de recursos humanos e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Em seu artigo 14, determina que “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”, e esmiúça que deverão ser propostos “métodos e estratégias para a formação e educação continuada de recursos humanos em saúde.” (JURBERG, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2014, p. 45).

A capacitação é um processo estatal. Fala-se em sociedade, mas acaba sendo o Estado a capacitar. Isto se confirma na fala de Ceccim; Armani; Rocha, (2002): “[...] essa formação de recursos humanos deve ter como responsáveis as diferentes esferas governamentais.” (apud JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p.45)

Durante a XI Conferência de Saúde que ocorreu no ano 2000, percebeu que os Conselhos de Saúde “[...] careciam, entre outros itens, de formação para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso

das informações, refletindo em controle social pouco efetivo.” (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p.45). No ano de 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) “[...] apresentou em sua plenária um documento denominado “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS.” (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 45). O objetivo era a educação permanente em saúde, para conselheiros municipais, estaduais, levando à formação e ao aprimoramento sobre o controle social em saúde.

Gráfico17 - Atuação em outro conselho



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Esse dado demonstra que a renovação nos conselhos é lenta; 54% está há mais de 4 anos no CES e ainda participam de outros conselhos. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Sobre o mandato dos conselheiros:

[...] o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.¹⁹⁴

Sobre a renovação de representações

A recomendação explicitada no novo texto é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam

¹⁹⁴Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html
Acesso em: 23 mai. 2019.

a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.¹⁹⁵

O que se vê no CES de MT é aquele conselheiro que é titular por muito tempo (vários mandatos) cede a titularidade para outro quando assim o desejar, mas permanece como representante no CES, agora como suplente. Conforme entrevistado nº 15,

Tem conselheiro que está há décadas. A gente pega a lista e pega o histórico do Conselho e a gente vai averiguar que tem alguns nomes que repetem muitas e muitas vezes de dois em dois anos.

O entrevistado nº 16 relata:

Já fui conselheiro titular por muito tempo, este ano vou deixar para outro aprender um pouco, mas vou ser suplente.

O entrevistado nº 17 afirma:

Aqui é sempre o * titular. Sou suplente, já o terceiro mandato dele no Conselho. Ele gosta, se dispõe a ir a tudo que é reunião. Mas o povo daqui da instituição quer mudança. Ele até disse que a próxima eleição sai, mas que ser suplente.

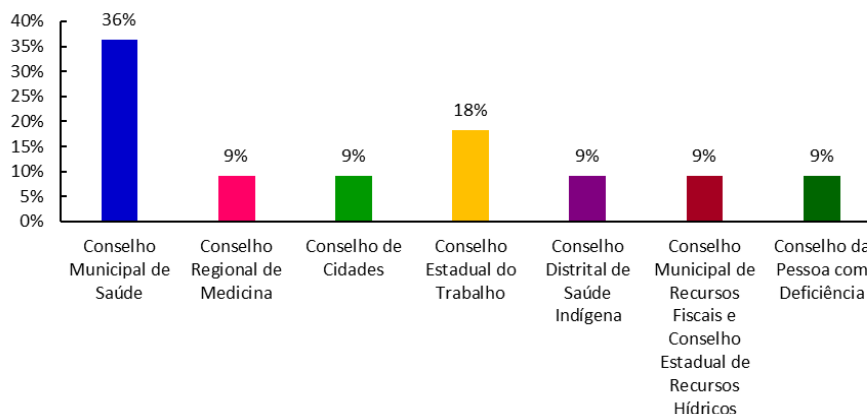
Segundo Putnam (1996),

[...] as instituições influenciam a maneira pela qual indivíduos e grupos se tornam atuantes dentro e fora das instituições estabelecidas, o grau de confiança entre cidadãos e líderes, as aspirações comuns da comunidade política, o idioma, os critérios e os preceitos partilhados pela comunidade, e o significado de conceitos como democracia, justiça, liberdade e igualdade. (apud PAESE, 2011, p. 49).

A renovação é importante para a democracia e para o processo participativo. Renovar a cada gestão os conselheiros e capacitá-los fortalece a participação social em saúde e aprofunda por parte dos conselheiros os conhecimentos sobre o exercício do controle social em saúde; isso reflete em uma melhor dinâmica participativa dentro do Conselho.

¹⁹⁵Disponível em: [ttp://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html)
Acesso em: 23 mai. 2019

Gráfico 18 – Outros conselhos em que o conselheiro atua



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Podemos observar que os conselheiros estaduais de saúde também atuam em outros conselhos. Estão muitas vezes na titularidade ou suplência, ou ainda na secretaria da mesa diretora. Este dado nos mostra um modelo recorrente de participação popular que culmina em um tipo de representação variada.

A presença destes conselheiros em diversos conselhos aponta para o monopólio da representatividade.

Ao transferir poderes a seus representantes, o cidadão define uma carga de participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas, ressaltando que estes responderão não apenas aos interesses pessoais e sim do coletivo. Isto, por consequência, exige a superação da tradicional. (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 142).

A rotatividade de representantes populares é importante e salutar para o exercício da democracia, e

[...] a inserção do controle social reserva-se a grupos populacionais que antes não tinham acesso às decisões governamentais, para que de fato as conheçam, saibam por que foram adotadas e as reorientem a partir do reconhecimento de quais são os problemas que devam prioritariamente ser enfrentados pela ação pública. (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 142).

A tendência no CES de MT não é a rotatividade de representatividade. Observamos que existe uma tendência à perpetuação destes indivíduos nas entidades que representam. Macedo (2005) “[...]aponta que o uso do conselho, muitas vezes, é para endossar decisões não discutidas em seu seio ou interesses de certos conselheiros que representam interesses corporativos.” (apud JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 14).

O dado também nos leva a refletir sobre a “Lei de ferro da oligarquia”. Uma teoria política, primeiramente desenvolvida pelo sociólogo alemão Robert Michels no seu livro de 1911, “A Sociologia dos Partidos políticos”. Michels

[...] aponta que qualquer organização social de maiores dimensões (não só os partidos) tende a se converter em uma oligarquia, passando a ser governada por uma reduzida camada de dirigentes, que se afasta dos interesses da massa a quem deveria representar. (2001 apud RIBEIRO, 2014, 179).

Ribeiro (2014, p. 180) aponta em seus estudos

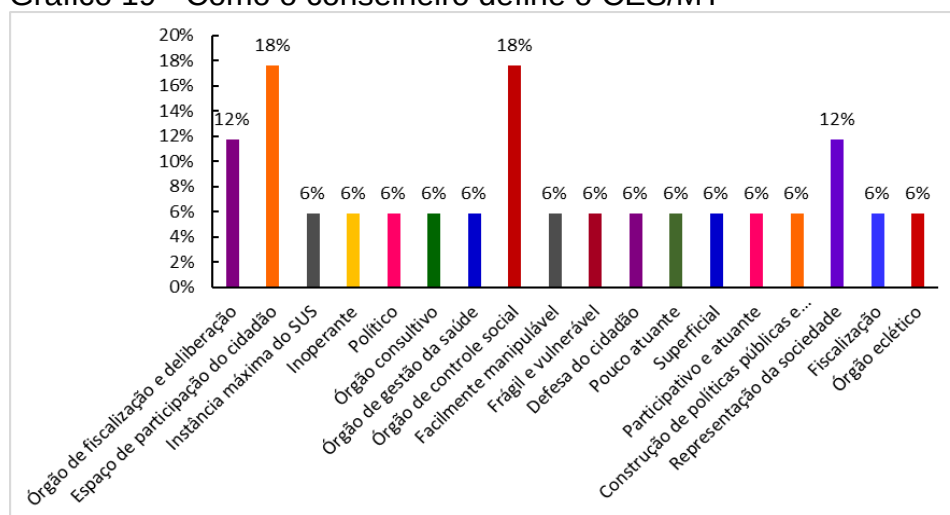
[...] indicadores empíricos concretos para avaliar a existência de processos de oligarquização,¹) o grau de renovação das instâncias dirigentes; 2) o divórcio de opiniões entre líderes e liderados.”

A definição de Michels (2001) sobre democracia é de que “Representar significa manifestar a vontade geral por intermédio da vontade particular” (MICHELS, 2001, p. 175 apud RIBEIRO, 2014, p. 181). O autor tem como espelho a democracia direta

A partir daí, sua concepção de democracia (ou soberania popular, usado como sinônimo) carrega, na maioria das vezes, o significado de predomínio da vontade geral (ou popular) nas decisões tomadas pelos representantes: “Representar significa manifestar a vontade geral por intermédio da vontade particular. (MICHELS, 2001, p.175 apud RIBEIRO, 2014, p. 181).

Observamos que a falta de rotatividade na representação por parte das entidades que estão associadas ao CES acarreta, a longo prazo, e pelas razões já mencionadas acima, “[...]um inevitável afastamento entre os valores, interesses e ações dos líderes frente à vontade das massas.” (RIBEIRO, 2014, p. 181-182).

Gráfico 19 - Como o conselheiro define o CES/MT



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O gráfico apresenta os dados registrados quando perguntamos aos entrevistados como definem o CES de MT. Os resultados mostram que 18% veem o conselho como “espaço de participação do cidadão” e “órgão de controle social”. Vejamos as respostas dos entrevistados:

Entrevistado nº 2 declara:

Eu acho que é uma instância máxima do SUS, este é um espaço onde há participação do cidadão através destes segmentos aqui representados.

Entrevistado nº 3 diz o seguinte:

O conselho pra mim é um importante órgão que temos na área da saúde que vem fazer fiscalização de deliberação.

Para o entrevistado nº 5,

O Conselho é instância máxima de controle social.

Segundo o entrevistado nº 7,

O Conselho é lugar de participação da sociedade. Mas o que se vê nas reuniões do conselho é só o conselheiro. As pessoas têm que vir mais ao Conselho, visitar, falar dos seus problemas. Esta casa é de todos os cidadãos.

A Lei nº 8.142/90 define os Conselhos de Saúde como “[...] órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.” (GOMES et al., 2018, p. 539).

É importante que o conselheiro tenha clareza de qual é o papel do CES de MT, além disso os conselheiros precisam ter “[...]conhecimento sobre como realizar na prática o exercício do controle social, incluindo a participação no processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde.” (GOMES et al., 2018, p. 539). O CES de MT “[...] é um órgão colegiado, de decisão superior, de caráter permanente e deliberativo [...]”.¹⁹⁶A partir do momento em que o conselheiro define o CES de MT, as duas principais funções do conselheiro são

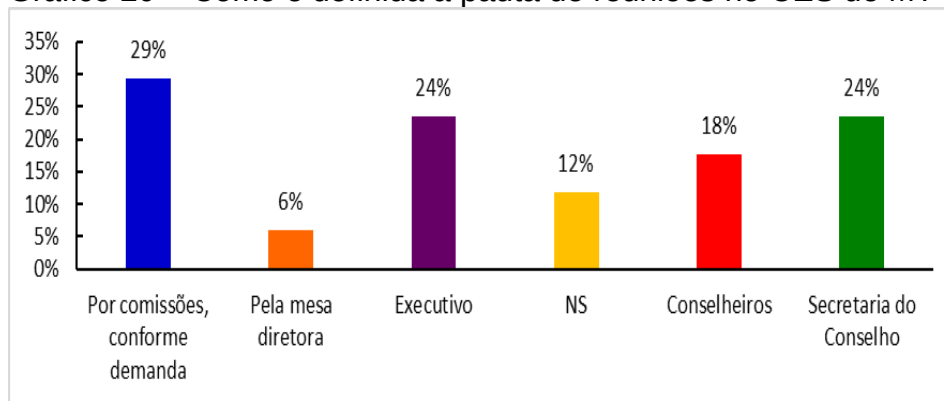
¹⁹⁶ Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/pagina/153/sobre-o-conselho> Acesso em: 23 mai. 2019.

[...] elaborar os instrumentos legais (legislação) e outras normas de funcionamento” próprios, enquanto a segunda pontua a “definição de diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberação sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços. (GOMES et al., 2018, p. 539).

Outro dado é que 84% dos entrevistados apresentam vários conceitos sobre o CES de MT; parecem definições como “inoperante”, “político”, “frágil e vulnerável”, “pouco atuante”, “superficial”. Estas declarações indicam uma certa frustração com relação “[...]ao que preconiza a Resolução 453/2012, o que evidencia preocupação em relação à fiscalização e aprovação de resoluções.” (GOMES et al., 2018, p. 539). Vários estudos sobre Conselhos de saúde, dentre eles citamos Fuks (2005, p.49) ao analisar as atas do Conselho de saúde, mostram que “[...] existe um grande protagonismo dos membros do próprio Conselho.”

Vamos a uma segunda fase de perguntas sobre o CES de MT: Informações sobre a dinâmica de funcionamento do CES de MT, dados que irão apontar sobre o processo de governança no CES de MT.

Gráfico 20 – Como é definida a pauta de reuniões no CES de MT



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

Esse dado identifica as estratégias adotadas pelo CES “[...] com vistas a assegurar a governança no Conselho, isto é, a participação dos atores, a tomada de decisões e a prestação de contas.” (PAESE, 2011, p. 52). O que chamaremos de governança pública, surgiu a partir do Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. A governança pública é um

[...] conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com

vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. (BRASIL, 2018, p.15).

O quadro em tela mostra as respostas dos entrevistados quando perguntados sobre como é definida a pauta no CES de MT. Percebe-se que 29% responderam que é através de comissões, 24% que é trazida pelo executivo e 24% fornecida pela secretaria do conselho. Os 24% que responderam que a pauta é trazida pelo executivo é corroborada pelos entrevistados abaixo:

O entrevistado nº 3 afirma:

Quem encaminha a pauta, aliás quem mais encaminha, é o executivo.

Para o entrevistado nº 4,

A maior parte é a gestão.

O entrevistado nº 7 diz:

A gente traz também pauta, mas entra nas comissões. Lá eles, um grupo nosso, estuda a viabilidade da pauta. Se é constitucional, prioridade, assim. Aí vai para o pleno ou não. Chamam a gente se tem dúvida.

Segundo o entrevistado nº 9,

A secretaria do Conselho é que traz a pauta para o pleno. É ela.

Segundo este gráfico 29% dos conselheiros estaduais desconhecem o regimento interno do CES de MT. É importante ressaltar que 29% dos conselheiros do CES de MT desconhecem quem traz a pauta para a discussão em plenário, ou seja, ela é trazida pelo executivo. Apesar de existir seguidas capacitações para conselheiros com relação às suas tarefas, ao exercício do controle social, a participação cidadã, uma pergunta que fica: O regimento interno do CES de MT tem sido lido por parte dos conselheiros? Pelas respostas dadas nesta pesquisa, não. Vamos deixar claro que esse dado resulta das observações nossas diante das respostas acima.

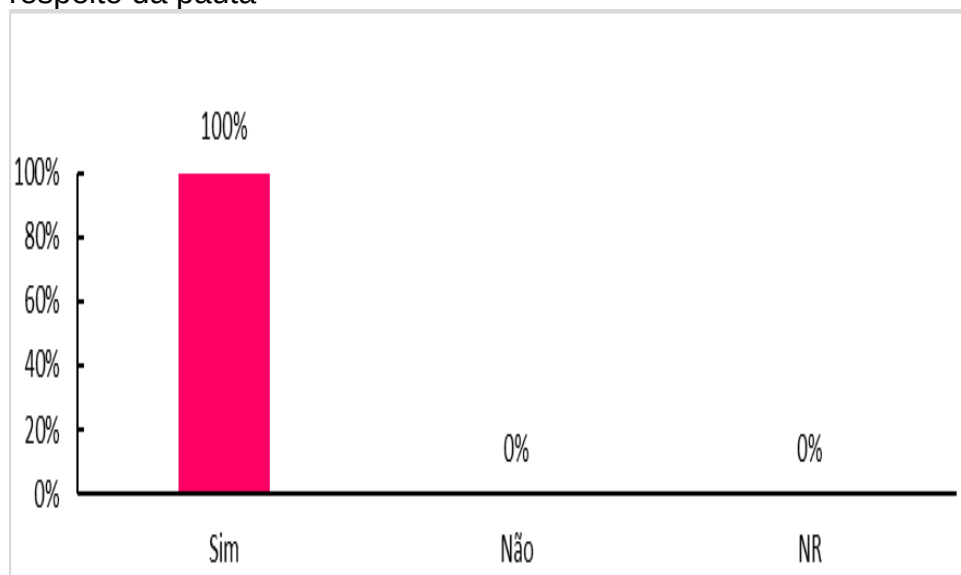
Quanto aos assuntos tratados no CES de MT 18% dos entrevistados responderam que os conselheiros trazem pautas para reuniões. O regimento interno do CES de MT estabelece que o secretário de saúde – presidente nato do conselho nato - é que deve trazer as pautas ao CES, mas não há impedimento para que o conselheiro traga assuntos a serem pautados em reuniões ordinárias. Quanto à gestão trazer as pautas para o Conselho, apontamos para a questão da “influência política” que pode existir da parte do gestor por ocupar a presidência do

CES. Segundo Fuks (2005, p. 48) “A influência vem acompanhada de participação política e que esta pode ser examinada a partir de um repertório de ações, tais como o uso da palavra e o encaminhamento de propostas para deliberação.” Chamamos a atenção para a influência política, porque a gestão tem o recurso da informação que a ele chega primeiro. De acordo com Fuks (2005, p.49),

Este acesso privilegiado a informação em certos aspectos tendendo ao monopólio, constitui um importante recurso de poder, considerando que esta informação pode ser sonegada, divulgada parcialmente ou mesmo manipulada em função dos interesses de quem dela dispõe.

O artigo 5º do regimento interno assim se pronuncia: “Art. 5º Compete aos membros do Conselho Estadual de Saúde: X. Propor temas, assuntos, diligências, alteração de pautas das reuniões etc., para serem deliberadas.” (REGIMENTO INTERNO DO CES, ARTIGO 10º, 2004, p.3).¹⁹⁷ Ainda sobre o processo de governança continuamos perguntando aos conselheiros sobre a pauta no CES de MT.

Gráfico 21 – Os conselheiros são informados com antecedência a respeito da pauta



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Este dado reporta que 100% dos conselheiros do CES de MT responderam que são informados com algum tipo de antecedência sobre o que irão

¹⁹⁷ Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/1210/legislacao> Acesso em 23 mai. 2019.

deliberar na reunião marcada pelo presidente do conselho. O período de antecedência varia de uma semana à 15 (quinze) dias.

Art. 16 As pautas das reuniões ordinárias deverão previamente ser organizadas pelo Secretário geral e encaminhadas aos Conselheiro ou Conselheiras, com antecedência mínima de 10(dez) dias. (REGIMENTO INTERNO DO CES, ARTIGO 16º, 2004, p.7).¹⁹⁸

Os dados são corroborados pela fala dos entrevistados abaixo:

O entrevistado nº 1 afirma:

Normalmente, 15, 20 dias antes. A pauta tem que chegar com no mínimo 10 dias de antecedência. Isto é regimental.

O entrevistado nº 2 diz:

Sim, pelo nosso regimento 10 a 15 dias. Lá fala que ele tem que estar na nossa mão pra gente ler e ir para a reunião.

Para o entrevistado nº 13

Ela é provocada e parte da direção do conselho, do secretário de saúde.

Segundo o entrevistado nº 14

Ela é definida pelo executivo, pela chamada diretoria, pelo secretário que é presidente do conselho.

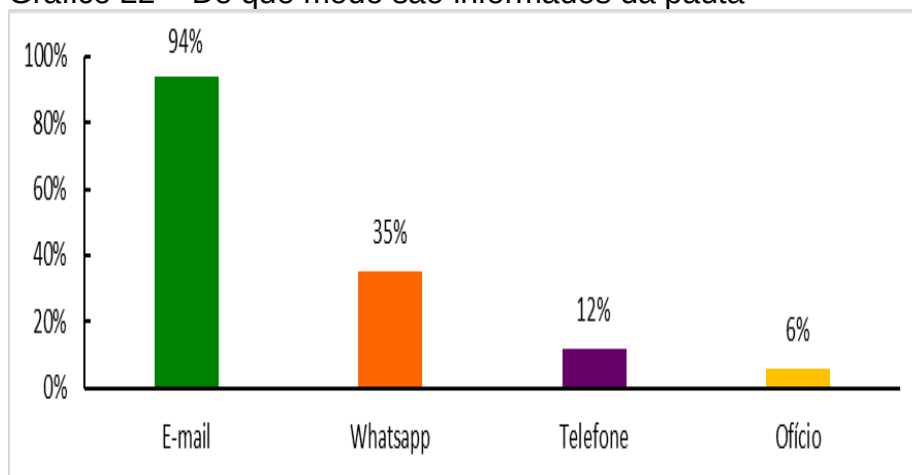
É importante que os conselheiros recebam antes da reunião ordinária do CES de MT a pauta, para que a leiam, estudem, conversem com seus pares. O período é importante para o processo de deliberação e de participação democrática dos conselheiros. Para Fuks (2005, p. 52),

[...] a influência de cada ator, entendida como eficácia da ação, em termos de consecução de seus objetivos políticos, está, em alguma medida, associado aos recursos que ele dispõe. Os recursos são meios disponíveis para indivíduos ou para organizações aumentarem a sua capacidade de ação e de influência política”

Sem dúvida a pauta é um destes recursos.

¹⁹⁸ Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/1210/legislacao> Acesso em 23 mai. 2019.

Gráfico 22 – De que modo são informados da pauta



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O dado acima demonstra que 94% dos entrevistados recebem a pauta por e-mail.

Correio eletrônico, ou simplesmente e-mail, é uma ferramenta que permite compor, enviar e receber mensagens, textos, figuras e outros arquivos através da Internet. É um modo assíncrono de comunicação, ou seja, independe da presença simultânea do remetente e do destinatário da mensagem, sendo muito prático quando a comunicação precisa ser feita entre pessoas que estejam muito distantes, em diferentes fusos horários.¹⁹⁹

O e-mail é uma ferramenta de comunicação de maior confiança para o conselheiro, podendo ser anexado a um documento, imprimi-lo, guardá-lo em uma pasta etc., “[...] a troca de mensagens através do correio eletrônico encontra-se entre “as mais importantes e mais utilizadas funções do ciberespaço.”²⁰⁰

O CES de MT também dispõe de outros meios de comunicação para envio da pauta aos conselheiros; como demonstra os dados 35% recebem por whats, 12% por telefone, 6% por ofício.

A discussão sobre a dinâmica de funcionamento do conselho é importante, como já destacamos para indicar se existe uma boa governança no CES de MT, mas também precisamos elencar elementos sobre a pauta. É a pauta

¹⁹⁹Disponível

http://www.eproinfo.mec.gov.br/webfolio/Mod82673/etapa1/leituras/correio/o_que_e.htm Acesso em: 23 maio 2019.

²⁰⁰Disponível

http://www.eproinfo.mec.gov.br/webfolio/Mod82673/etapa1/leituras/correio/o_que_e.htm Acesso em: 23 maio 2019.

que traz os assuntos da saúde do Estado a serem discutidos no plenário. O modo como é informado aos conselheiros, com tempo hábil para seu estudo e seu conhecimento, não estamos só falando em dias de antecedência da reunião marcada, mas também falamos de meio de comunicação confiável e seguro para que haja um debate adequado entre os conselheiros no plenário.

A tomada de decisão é baseada em uma pauta, primeiramente apresentada, depois discutida por todos os conselheiros e por fim passa para o processo de deliberação. Pode-se concluir, *a priori*, que o princípio de direção está sendo atingido, pois todo o conselheiro leigo ou perito tem o direito de se manifestar, de participar, trazer suas demandas, construir/elaborar a pauta através das reivindicações de suas categorias e também de tirar suas dúvidas quanto à pauta. (PAESE, 2011, p. 57).

Percebe-se também

[...] que o princípio de direção está sendo atingido, pois todo o conselheiro leigo ou perito tem o direito de se manifestar, de participar, trazer suas demandas, construir/elaborar a pauta através das reivindicações de suas categorias e também de tirar suas dúvidas quanto à pauta. (PAESE, 2011, p. 57).

Ao informar a pauta por e-mail aos conselheiros estaduais de saúde de MT, a gestão contribui para que conselheiros leigos²⁰¹ tenham possibilidade de buscar recursos para o entendimento/ conhecimento da pauta a ser discutida.

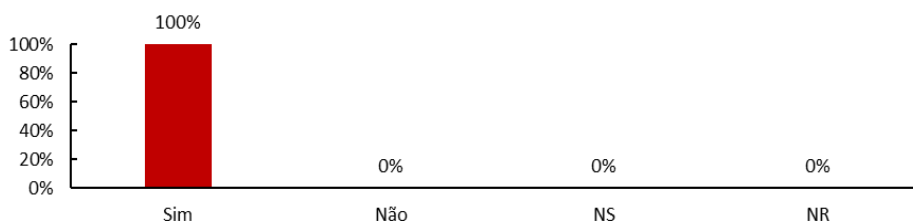
A próxima etapa das entrevistas, irá corresponder aos gráficos 23 à 34 com os conselheiros estaduais de saúde de MT e envolverá informações sobre o capital social dos entrevistados. Trata-se de uma variável mensurada pelos indicadores de associativismo.

As práticas associativas da sociedade brasileira ganharam especial relevo diante do processo de mobilização e de negociação dos movimentos sociais da década de 1980, especialmente em algumas regiões do País, que confeririam à sociedade civil uma expressiva densidade associativa embebida no ideário de luta por direitos e cidadania. (CARLOS; SILVA, 2006, p. 163).

Procuramos saber se os conselheiros entrevistados têm uma experiência prévia de socialização política, isto é, buscamos uma métrica que permita avaliar a potência do CES de MT para exercer o controle social, um dos objetivos de nossa tese.

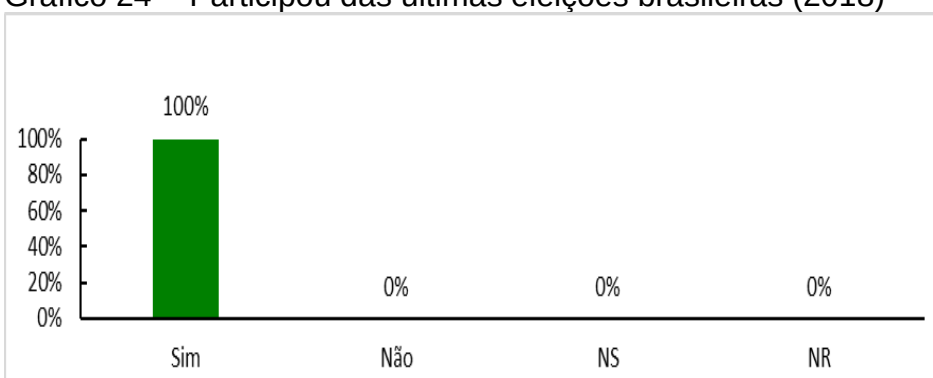
²⁰¹ A definição de conselheiros leigos e peritos já foi identificada nesta tese.

Gráfico 23 – Participou das eleições para prefeito ou vereador de sua cidade (2016)



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Gráfico 24 - Participou das últimas eleições brasileiras (2018)



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Os dados acima mostram que 100% dos conselheiros entrevistados participaram das eleições de 2016 como votantes para prefeito e vereador de suas cidades e participaram também das eleições de 2018 para presidente, senador e deputados federais. De acordo com Putnam (1996), existe uma relação entre vida cívica e valores democráticos. A virtude cívica é

[...] caracterizada por vínculo estreito com associações que estabelecem laços de confiança e reciprocidade, e o reforço dos valores democráticos. Segundo este argumento, a construção de uma cultura cívica parece tencionar e motivar a participação da sociedade civil nas questões públicas e, por conseguinte, a melhoria do desempenho dos governos. (apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 165).

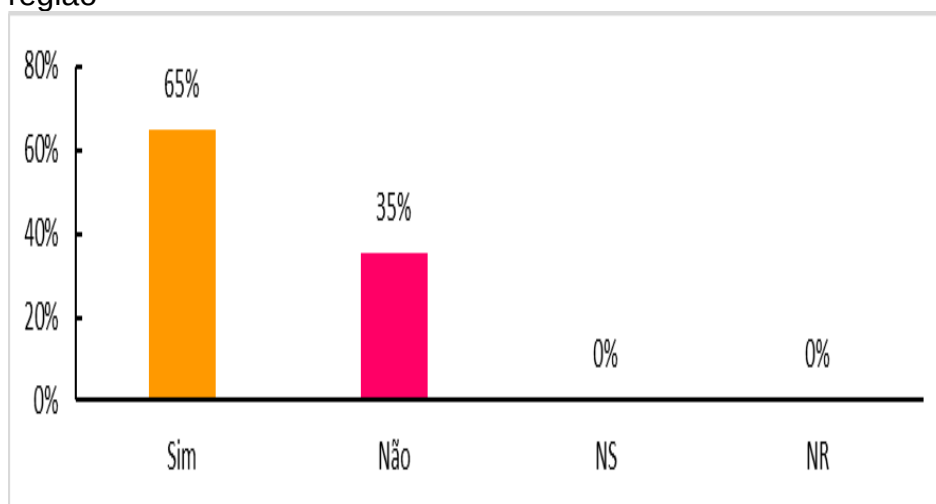
O dado acima identifica a preocupação com a cidade, o local onde moram, demonstrando um certo nível de capital social do conselheiro.

No plano das ações políticas societais, a composição da sociedade civil por uma cultura política em que esteja presente uma tradição associativa é fundamental para as experiências participativas, tanto na estruturação da prática como na geração de maior participação

e, com isso, no aprofundamento da tradição política associativa (AVRITZER; ZANDER, 2003 apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 164).

Estes dados retratam a participação dos conselheiros estaduais de saúde em estruturas da sociedade civil organizada de MT, o que fortalece uma cultura política local, e pode contribuir para a democracia participativa. Para “[...] a ação pedagógica do associativismo parece operar na lógica de politização de seus membros e de democratização das instituições [...]” (CARLOS; SILVA, 2006, p. 164). Ao interessar-se, preocupar-se com os rumos de sua cidade, o conselheiro desenvolve uma vida cívica. “[...] revela em seu estudo que há forte uma correlação entre modernidade econômica e desempenho institucional e que o desempenho institucional está correlacionado com a natureza da vida cívica.”²⁰² O autor refere-se ao engajamento cívico como um meio de associativismo e, consequentemente, um modo de aquisição de maior capital social.

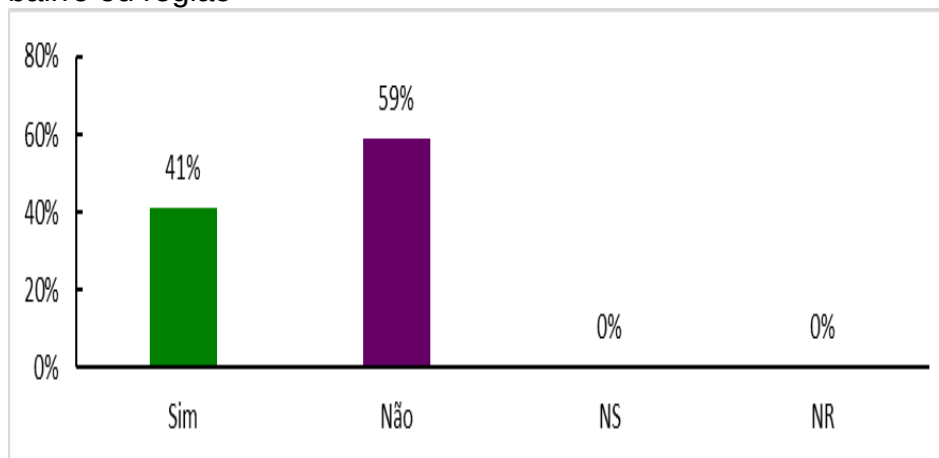
Gráfico 25 - Conhece os líderes comunitários de seu bairro ou região



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

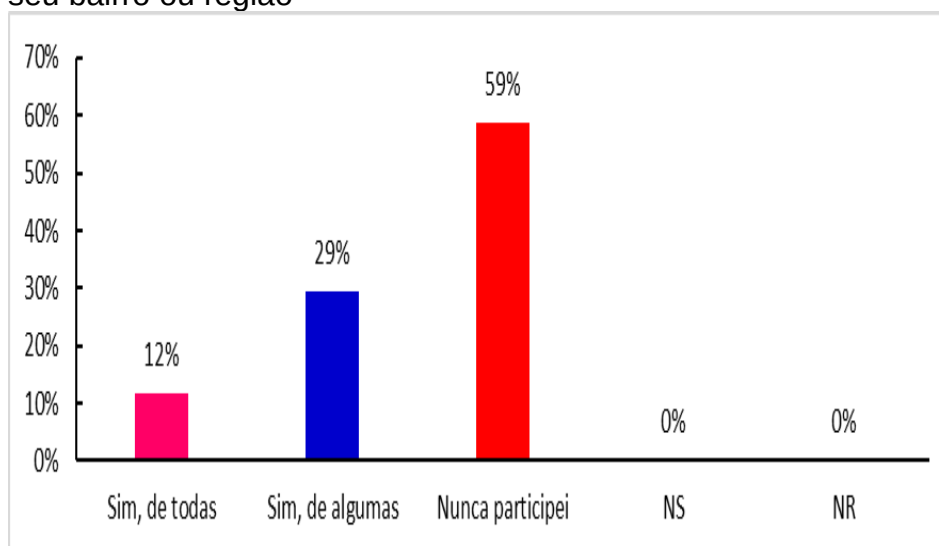
²⁰² Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2001-pop-16.pdf> Acesso em out. 2018.

Gráfico 26 – Participa do processo eleitoral para lideranças de seu bairro ou região



Fonte: Pesquisa de campo (2018)

Gráfico 27 – Participou das últimas eleições para lideranças de seu bairro ou região



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico 25 mostra que 65% dos conselheiros entrevistados conhecem os líderes comunitários de seu bairro ou região. O gráfico 26 mostra que 56% dos conselheiros entrevistados não participam das eleições para as lideranças de seu bairro ou região. O gráfico 27 indica que 59% dos conselheiros entrevistados nunca participaram das últimas eleições para lideranças de bairro ou da região.

No plano das ações políticas societais, a composição da sociedade civil por uma cultura política em que esteja presente uma tradição associativa é fundamental para as experiências participativas, tanto na estruturação da prática como na geração de maior participação e, com isso, no aprofundamento da tradição política associativa. (AVRITZER, ZANDER, 2003 apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 164).

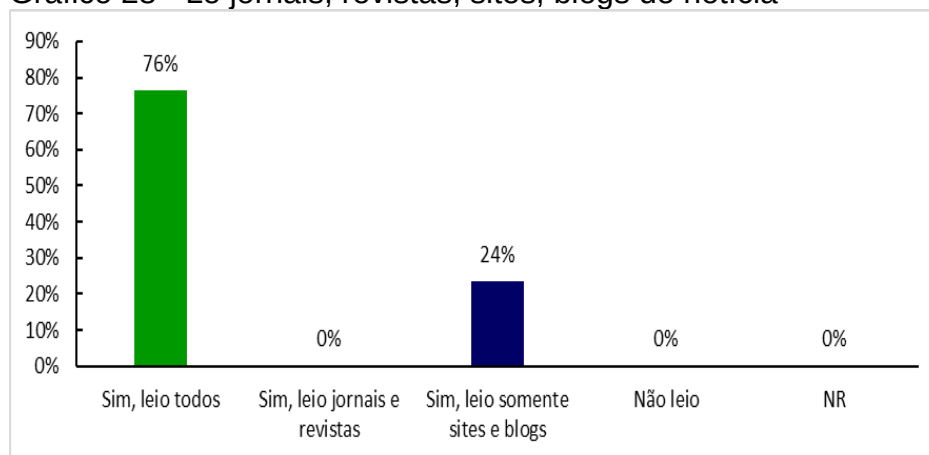
No que tange à participação dos conselheiros estaduais de saúde de MT no processo de liderança dos bairros é constatado pelos dados apresentados que não há atuação direta no processo político formal. Isto pode sugerir que o envolvimento dos conselheiros estaduais de saúde de MT não é pela via política partidária e sim pelo processo político estruturante (que serve de base para organização da sociedade).

A dimensão histórica das práticas de associação, a preexistência de herança associativa, tem sido associada a maiores possibilidades de construção de capital social e de consequente desempenho institucional (PUTNAM, 1996 apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 165).

Eles participam de associações que estão ligadas ao processo de socialização política vertical (política no âmbito do Estado). Os conselheiros estaduais de saúde de MT adquirem um capital social que os habilita a exercer o controle social no CES.

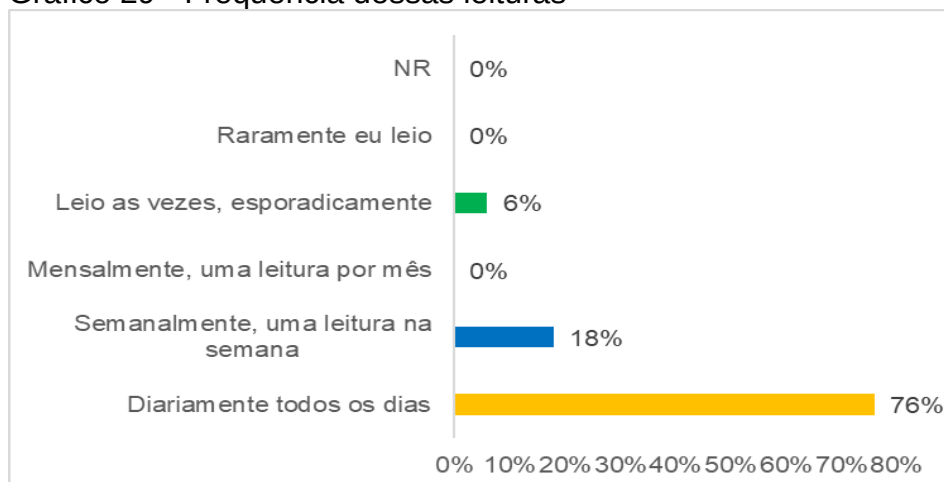
Participação social e associativismo são habilidades políticas adquiridas pelos conselheiros estaduais de saúde de MT. O controle social é político, a socialização política habilita a exercer um ato político – o controle social. O controle social é político e não técnico. Conforme conselheiro nº 5 afirma: “O CES é político, suas decisões não são técnicas, são políticas.” Para tanto, o CES de MT, as políticas de saúde, gera uma solução política, como foi o caso das OSS em MT.

Gráfico 28 - Lê jornais, revistas, sites, blogs de notícia



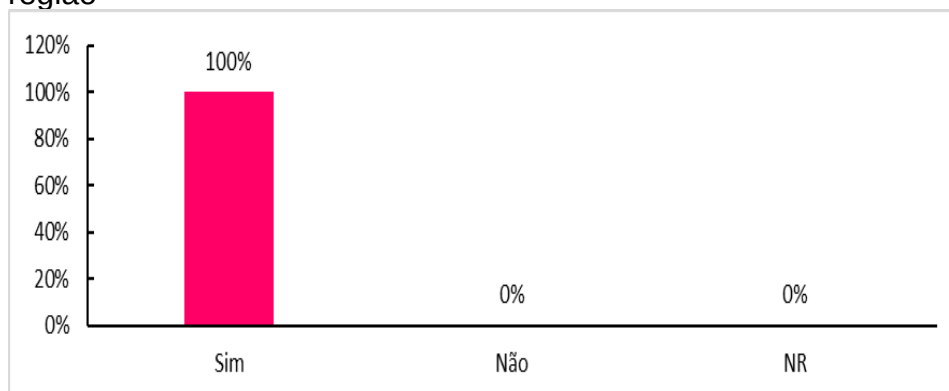
Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Gráfico 29 - Frequência dessas leituras



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Gráfico 30 - Procura de assuntos relacionados a sua cidade ou região



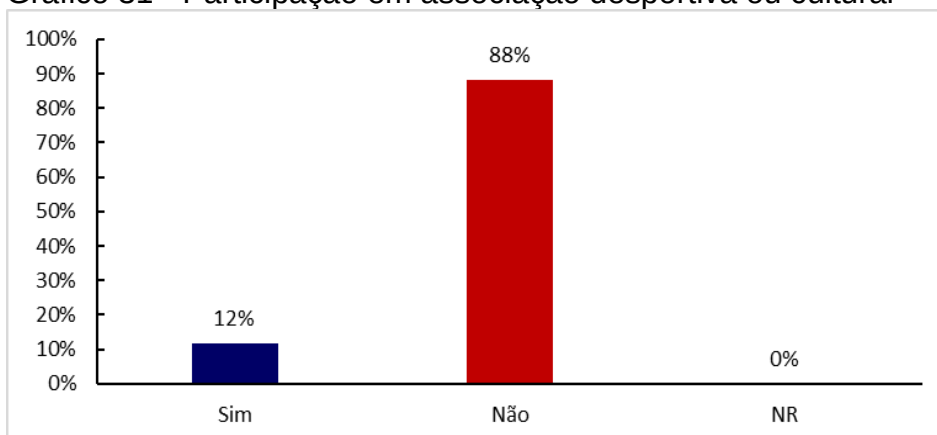
Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O gráfico 28 indica que 76% dos conselheiros leem jornais, revistas, sites, blogs de notícia correspondentes a sua região/ sua cidade. O gráfico 29 traz o dado que 76% destes conselheiros tem frequência diária dessas leituras. E o gráfico 30 indica que 100% dos conselheiros procura assuntos relacionados a sua cidade ou região.

Os dados nos dizem que os conselheiros buscam e adquirem informação à respeito de sua comunidade. Os dados também se referem a uma busca de “[...] capital social e de consequente desempenho institucional” (PUTNAM, 1996 apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 165) por parte do conselheiro estadual de saúde de MT, fortalecendo assim a “[...] relação entre espaços públicos de participação e cultura política local dos atores participantes.” (CARLOS; SILVA, 2006, p. 165). Os resultados também reforçam um “ativismo civil” (CARLOS;

SILVA, 2006) que caracterizará uma cultura política local por parte desses conselheiros.

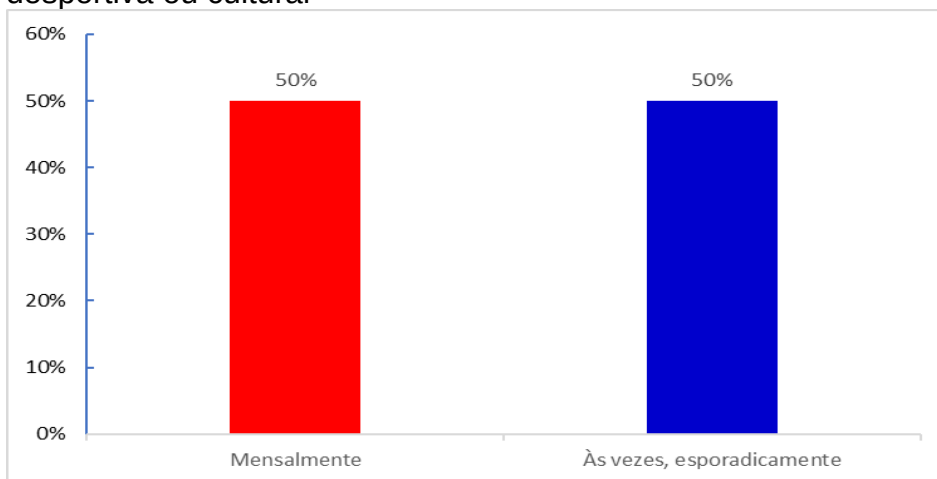
Gráfico 31 - Participação em associação desportiva ou cultural



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Este é um dado interessante, pois, como podemos perceber pelas análises anteriores, os conselheiros estaduais de saúde de MT participam de várias organizações sociais. Nesta pergunta: “participa de uma associação desportiva ou cultural?”, 88% dos conselheiros dizendo que não participam. Isso não invalida o fato de que eles participam, tem capital social, tem socialização política, pois isso é evidenciado em outros dados já expostos aqui.

Gráfico 32 – Frequência da participação em associação desportiva ou cultural



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

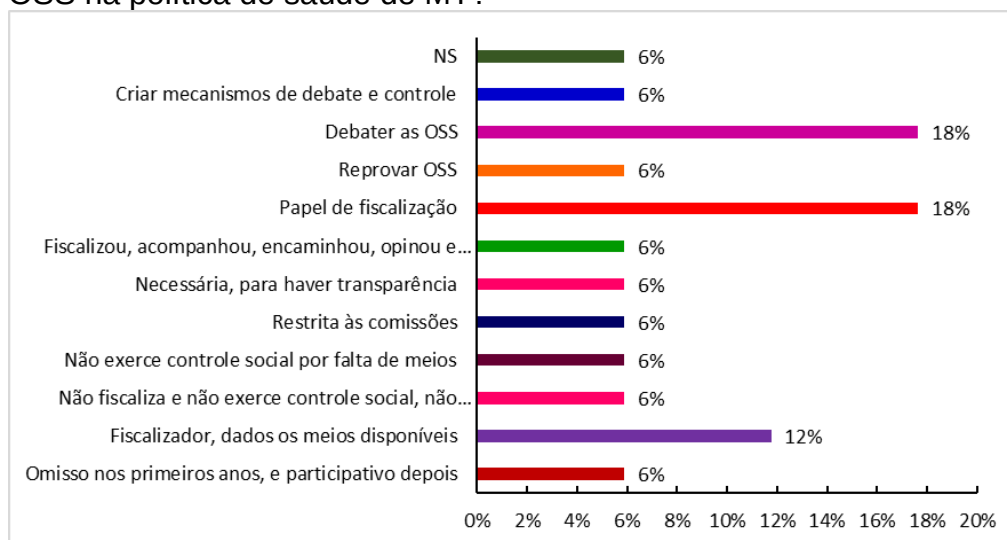
OBS: Dos indivíduos que participam de associação desportiva ou cultural 50% o fazem mensalmente e 50% esporadicamente.

O gráfico 32 mostra a frequência de participação em uma associação desportiva ou cultural por parte dos conselheiros estaduais de saúde de MT.

A participação cívica pode ser analisada através da prática voluntária desenvolvida em organizações privadas sem fins lucrativos, o designado terceiro sector. Este abarca uma multiplicidade de interesses sociais, lúdicos, desportivos e culturais.²⁰³

Esse dado mostra que, embora não haja adesão a valores coletivos referentes a este indicador, isso, não diminui o capital social desses atores a ponto de afirmar-se que não tem acúmulo de socialização política. Assim o é, pois os indicadores anteriores apresentam uma adesão robusta a valores coletivos.

Gráfico 40 – Qual é o papel do CES referente à participação das OSS na política de saúde de MT?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

Desde 2011, quando integraram o sistema de saúde de MT, os conselheiros gostariam que o CES realmente fiscalizasse as OS, mas isto aconteceu. Como mostram as falas abaixo.

Segundo o entrevistado nº 1,

Quanto ao papel do Conselho referente a participação das OSS em MT, só uma coisa a dizer o Conselho foi omissos nos primeiros anos, é 2011 e depois parece que engrenou, depois de 2015, ficou mais participativo depois. É que entrou gente nova também.

²⁰³Disponível

em: http://www.apgeo.pt/files/docs/CD_V_Congresso_APG/web/_pdf/E11_15Out_Patricia-Domingas-Alexandra.pdf. Acesso em: 3 jan. 2019.

De acordo com o entrevistado nº 2,

Foi fiscalizador das OSS, dados os meios disponíveis.

Para o entrevistado nº 3,

Não fiscaliza e não exerce controle social, não dispõe de acesso à informação completa. Está tudo bloqueado. A gestão não passa as informações.

Segundo o entrevistado nº 8,

Precisamos criar mecanismos de debate e controle mais fortes. Precisamos ser ouvidos pela gestão. Ela atrapalha demais.

Conforme o entrevistado nº 10,

Nosso papel é de fiscalizador, mas como fiscalizar sem todas as informações disponíveis. A SES até ajudou, fiscalizou também. Ela criou mecanismos. O Conselho ficou parado de 2011 à 2015. Não pode.

Na opinião do entrevistado nº 11,

O Conselho precisa debater mais as OSS, do jeito que veio ele as foram sem muito debate no Conselho. Aqui é uma casa de discussão, de debate das políticas públicas implementadas no Estado. Este é nosso papel. Ficamos apáticos de 2011 à 2015. Isto não deveria acontecer. A gestão não nos ouvia.

O entrevistado nº 13 afirma:

Não sei dizer, não estava presente nesta discussão, foi o outro representante.

O que percebemos é que as OSS não possuem dentro delas espaço para participação popular ou participação de movimentos sociais. Do modo como o contrato dessas com Estado de Mato Grosso foi firmado e gerido, são suscetíveis apenas ao controle social por parte Estado. Esse dado é perceptível nas declarações dos conselheiros.

O funcionamento das OSS difere do mecanismo de “controle social” democrático, como é aquele exercido pelo conselho de saúde, que “[...] são instituições participativas permanentes, definidas legalmente como parte da estrutura do Estado”. (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2007, p. 62). Os dados apresentados aqui nos permitem afirmar que as dificuldades de atuação do CES no que se refere

ao controle social das OSS na política de saúde em MT foram advindas da atuação do poder público – do Estado de MT – através da SES.

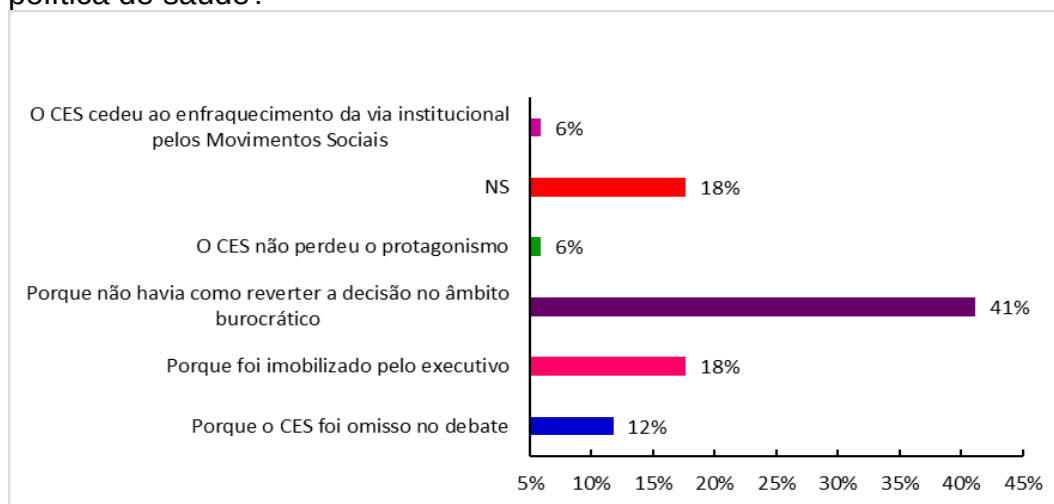
De acordo com a entrevista nº 14, o CES

Não exerce controle social por falta de meios.

O que percebemos também foi que as OSS não desempenharam nenhuma função ativa nesse processo de restrição para atuação do CES no que refere ao controle social previsto pelo SUS. Como demonstra a fala do entrevistado abaixo. Quando perguntado se as OSS criaram obstáculos para que o conselho exercesse o controle social o entrevistado nº 15 relatou:

Os obstáculos foram criados pela gestão e não pelas OSS no que se refere ao controle social. O tempo todo a gestão nos bloqueou, não chegava informação para a gente decidir no conselho, e o que chegava de informação era pouco.

Gráfico 42 - Por que o protagonismo sobre o debate a respeito das OSS esteve com as Organizações Sociais de 2011 a 2015, e não com o CES que tem a prerrogativa de exercer o controle social sobre um meio da política de saúde?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O protagonismo sobre o debate a respeito das OSS em MT esteve com as Organizações Sociais de 2011 a 2015. Este fato foi percebido pelas entrevistas realizadas e material oriundo de reportagens de canais de comunicação aqui de MT da época. Vamos aos dados coletados.

O quadro acima mostra que 41% dos conselheiros afirmam que de 2011 à 2015 o CES de MT “perdeu” seu protagonismo sobre o debate a respeito das OSS.

Para o entrevistado nº 2,

O conselho foi politicamente influenciado. As OSS era projeto de Pedro Henry, não da população, do Conselho, da SES.

De acordo com o entrevistado nº4,

O conselho decidiu naquela época e ficou assim. Depois foi muito difícil reverter a situação. Nós ficamos imobilizados. A gestão amarrou muito bem o conselho. Só em 2015 a coisa começou a reverter.

Para o entrevistado nº 6,

As coisas aconteceram de forma muito rápida no conselho, não houve muita discussão na plenária sobre a implementação das OS na saúde de MT. O que houve foi uma amarração muito bem-feita por parte da gestão. Até a SES ficou no meio disto tudo.

Sobre a SES, citada pelo entrevistado nº 6, na reportagem de 09 de julho de 2013, intitulada “Governo de MT gasta mais com OSS do que com gestão pública de saúde”²⁰⁴ informa-se:

Por meio da assessoria, a Secretaria Estadual de Saúde informou que monitora, supervisiona e audita todos os contratos de gestão com as organizações sociais de saúde. Alegou que se for detectada alguma irregularidade serão tomadas providências.²⁰⁵

O entrevistado nº9 afirma:

Acho que foi tomada uma decisão precipitada por parte do secretário de saúde Pedro Henry. Ele viu as OS em outro lugar e queria fazer o mesmo aqui no MT, só que existe um conselho, tem que passar por ele, ter discussão, muita discussão, várias plenárias, não houve. O executivo nos imobilizou.

A fala do entrevistado é corroborada em reportagem de 21 de fevereiro de 2017, intitulada “OSS – Contratos de R\$ 640 milhões sob suspeita”²⁰⁶:

Em quatro anos (2011-2015), A Secretaria de Saúde (SES) firmou contrato com sete OSS e “nenhum” teve parecer do conselho. O

²⁰⁴Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

²⁰⁵ Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

²⁰⁶ Disponível em: <https://sismamnt.org.br/24100/circuito-mt-oss-contratos-de-r-640-milhoes-sob-suspeita> Acesso em: 24 nov. 2017.

inquérito civil revela uma crônica de enormes fracassos financeiros e administrativos, inclusive na área finalística, no funcionamento das OSS contratadas para gerir os serviços públicos de saúde, várias das quais simplesmente abandonaram esta unidade federativa gerando prejuízos que não se sabe se um dia serão ressarcidos, aponta o relatório.

O entrevistado nº12 diz que

As organizações Sociais existentes em MT viram que o conselho estava amarrado, sem força e desmobilizado após a derrota e assumiram o lugar de luta que era nossa. Foi o que aconteceu.

Para o entrevistado nº13,

Quem mais brigou foi o pessoal do Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso - Sindimed/MT a Elza, representante deles travou uma batalha contra as OS, ela foi com outras organizações sociais para frente da assembléia com cartazes, e lá recebeu apoio de muitos deputados, inclusive o deputado Riva que na época era presidente da assembléia legislativa do estado de mt. Foi o empenho destas organizações que saiu a CPI das OS aqui no estado.

Diz o entrevistado nº15:

Ha! Depois daquele dia lá no Hotel, da reunião com o secretário Pedro Henry, não havia mais como reverter a decisão que foi no âmbito burocrático. Levamos anos, e se não me engano, dois ou três secretários de saúde depois, aqueles que foram trocados, para reverter a situação.

Segundo o entrevistado nº16,

É claro que as organizações sociais assumiram o protagonismo, o conselho estava encolhido, amarrado pela gestão. Não conseguia nem quórum depois daquela votação para discutir qualquer pauta. Foi difícil a gente se recuperar daquilo, só em 2015 quando trocaram os conselheiros.

O entrevistado nº 17 declara:

Não sei nada sobre isto, era suplente e não participei desta discussão das OSS em MT.

Como podemos observar pelo depoimento dos conselheiros, o CES de MT ficou imobilizado em função do modo como o processo foi conduzido pelo executivo/gestão. O conselho não tinha muito que fazer. O governo do Estado tomou a frente do conselho e o conduziu a atender os seus objetivos. O conselho ficou amarrado em termos legais.

Em 2012 o CES de MT realizou uma reunião onde tentou revogar a autorização da atuação das OSS. O Conselho teve como aliado a AL de MT, que revoga lei 150/2004 que dá origem as OSS em MT. Conforme reportagem abaixo:

Em reportagem de 19 de setembro de 2012 intitulada “Reunião do Conselho de Saúde que “veta” OSS é realizada sem a presença do secretário estadual de Saúde”²⁰⁷, o CES, que é a instância deliberativa dos assuntos relacionados à saúde pública, revoga lei que autoriza o governo de Mato Grosso a contratar as OS. Em 2012,

[...] o CES aprovou uma resolução proibindo o Estado de contratar OSS, revogando, assim, a Deliberação 007, de 2011, que permitia a inserção de OSS no Estado, desde que todos os contratos passassem pelo crivo do Conselho, o que nunca ocorreu.²⁰⁸

E ainda,

O Conselho Estadual de Saúde revogou, na manhã desta quarta-feira (19), a decisão que autoriza o Governo do Estado a contratar Organizações Sociais de Saúde (OSSs) para o gerenciamento de unidades hospitalares. Dos 30 membros da entidade, 15 são representantes do Estado, mas apenas o da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) compareceu. Presidente do Conselho, o secretário de Estado de Saúde, não apareceu.²⁰⁹

Ainda segundo a reportagem o Estado deve

[...] reassumir o gerenciamento das unidades de saúde repassadas à OSS, como os hospitais regionais de Rondonópolis, Cáceres, Colíder, Sorriso, o Hospital Metropolitano de Várzea Grande, bem como as unidades municipais de Alta Floresta e Sinop, estadualizadas.²¹⁰

Segundo a mesma reportagem, “Dos 30 membros, 12 votaram pela revogação da autorização pelo Conselho. O vice-presidente vai procurar o Ministério Público Estadual (MPE) para analisar a situação”²¹¹. Apesar dessa votação, já havia uma decisão da Assembleia Legislativa, segundo a qual

²⁰⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/reuniao-do-conselho-de-saude-que-veta-oss-e-realizada-sem-a-presenca-do-secretario-estadual-de-saude/18861> Acesso em: 24 de out. 2017.

²⁰⁸Disponível em: <http://midianews.com.br/cotidiano/mpe-quer-organizacoes-sociais-fora-da-gestao-de-hospitais-em-mt/285831> Acesso em: 24 jan. 2018.

²⁰⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/reuniao-do-conselho-de-saude-que-veta-oss-e-realizada-sem-a-presenca-do-secretario-estadual-de-saude/18861> Acesso em: 24 de out. 2017.

²¹⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/reuniao-do-conselho-de-saude-que-veta-oss-e-realizada-sem-a-presenca-do-secretario-estadual-de-saude/18861> Acesso em: 24 nov. 2017.

²¹¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/reuniao-do-conselho-de-saude-que-veta-oss-e-realizada-sem-a-presenca-do-secretario-estadual-de-saude/18861> Acesso em: 24 nov. 2017.

[...] permanece a alteração aprovada pela Assembleia Legislativa que, com a lei número 417/2011 revogou parágrafo da lei 150/2004, que dispõe sobre o modelo de gestão das unidades públicas de saúde.²¹²

Em reportagem de 01 de dezembro de 2012 intitulada “Contas da Saúde reprovadas... e qual a novidade?”²¹³, afirma-se:

Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES), do qual faço parte representando o segmento trabalhador, acertou ao reprovador o Relatório Anual de Gestão de 2011-RAG, pois entendeu que havia inúmeras falhas. Isso também foi divulgado, mas talvez não tenha sido observado com a gravidade que deveria pela sociedade civil. [...] Acertamos também ao revogar a Resolução 007/2011, que permitia ao governo oferecer à população "um novo modelo de gestão"- as Organizações Sociais da Saúde (OSS's) -, sem aprovação do Conselho dos Contratos de Gestão com cada uma delas, além dos Termos Aditivos de Cedência dos servidores da SES.²¹⁴

Em reportagem de 09 de julho de 2013, intitulada “Governo de MT gasta mais com OSS do que com gestão pública de saúde”²¹⁵, afirma-se que O CES apresentou denúncia sobre os repasses do Estado às OSS:

O Conselho Estadual de Saúde apresentou números extraídos das tabelas fornecidas pelo Ministério da Saúde, com informações dos municípios e estados. Foram comparados os repasses de dinheiro público e o gasto com serviços hospitalares, como cirurgias, consultas e internações, de acordo com a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos de 2010, 2011 e 2012 em cinco hospitais regionais administrados pelas OSSs²¹⁶.

O CES também encaminhou proposta a AL sobre as OSS:

No ano passado, o Conselho Estadual de Saúde encaminhou à Assembleia Legislativa um projeto de lei de iniciativa popular com 27 mil assinaturas pedindo a revogação da lei que autoriza a contratação de organizações sociais de saúde. Em maio deste ano, foram

²¹²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/reuniao-do-conselho-de-saude-que-veta-oss-e-realizada-sem-a-presenca-do-secretario-estadual-de-saude/18861> Acesso em: 24 nov. 2017.

²¹³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/artigos/contas-da-saude-reprovadas-e-qual-a-novidade/21381> Acesso em: 24 nov. 2017.

²¹⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/artigos/contas-da-saude-reprovadas-e-qual-a-novidade/21381> Acesso em: 24 nov. 2017.

²¹⁵Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

²¹⁶Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

encaminhadas mais de 9 mil assinaturas. Porém, a proposta não entrou em votação.²¹⁷

A partir de 2015, com uma nova composição de representantes no conselho e com as OSS de MT mais enfraquecidas devido: a) primeiramente ao fato de seus contratos terem sido encerrados; b) as várias denúncias pelo próprio conselho sobre irregularidades de pagamento pela gestão; c) ao empenho dos sindicatos dos trabalhadores da saúde mostrando as falhas do novo sistema; d) pelo apoio de grande parte da mídia mato-grossense, que denunciava as irregularidades das OSS a respeito de questões trabalhistas; e) a alta rotatividade de secretários de estado de saúde. Em vista disso, encontramos um Conselho mais fortalecido na relação às OSS. Em 18 de agosto de 2016, é publicada a reportagem intitulada “OSSs fracassam na gestão de hospitais públicos de Mato Grosso”²¹⁸. Segundo a matéria,

O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES-MT), órgão colegiado e tomador de decisões acerca das políticas públicas no Estado, vem questionando a implantação das Organizações Sociais de Saúde. Em conversa com a equipe do *Circuito*, a conselheira, [...] houve uma representação no Ministério Público Estadual (MPE) em 2012, que pedia a revogação do modelo de gestão de saúde em Mato Grosso. No entanto, a demanda ainda não foi respondida pelo MPE.²¹⁹

Conforme a representante,

O conselho estadual de saúde, que faz parte do controle social do Sistema Único de Saúde, tem o poder de decisão das políticas públicas referentes ao SUS. Apresentamos ao Ministério Público Estadual uma resolução contra as OSS's, mas até agora não obtivemos resposta”, explica ela.²²⁰

O CES

[...] por meio da resolução nº 31/2012, determinou a revogação de uma decisão que autorizava o Estado a implantar o modelo de gestão da saúde por meio das Organizações Sociais de Saúde, além de vedar ao Estado de Mato Grosso “a delegação total ou parcial dos serviços de saúde prestados em cada uma de suas unidades”. Para ter efeito, a deliberação deveria ser assinada pelo

²¹⁷ Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²¹⁸ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/90844-oss-fracassam-na-gestao-de-hospitais-pablicos-de-mato-grosso.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

²¹⁹ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/90844-oss-fracassam-na-gestao-de-hospitais-pablicos-de-mato-grosso.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

²²⁰ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/90844-oss-fracassam-na-gestao-de-hospitais-pablicos-de-mato-grosso.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

secretário de saúde, além do governador do Estado. Silval Barbosa estava à frente do Palácio Paiaguás na época, mas a homologação não ocorreu.²²¹

Em reportagem de 13 a 19 de julho de 2017, intitulada “Mais de 73 mil pessoas aguardam na fila do SUS em Mato Grosso”²²², o CES sinaliza fazer uma nova avaliação das OSS em Mato Grosso.

Para José Alves Martins vice-presidente do CES “A gente vai continuar botando muito dinheiro na saúde e nunca vai ter dinheiro suficiente se o modelo for por OSS. Vai dobrar o recurso e vamos continuar com os mesmos problemas,” apontou.²²³

Em reunião do dia 10 de julho o CES através de seus conselheiros [...] reclamaram a precariedade, a falta de diálogo com o governo e descartaram a necessidade de realização de concurso público no Estado.²²⁴ Segundo o conselheiro

A gente entende que a OSS foi aprovada aqui no Conselho, mas ela não provou a proposta de melhorar e dar soluções para os problemas de saúde do Estado. Ela só conseguiu piorar, e muito, o que já era ruim.²²⁵

Ainda falou:

Quando o Conselho se posiciona, ele não está dizendo: acabem com as OSSs amanhã e façam concurso público! A gente não é irresponsável de criar uma epidemia. A gente quer sinalização, uma direção, uma ponta. Para ano após ano e não direcionam para onde vai a saúde.²²⁶

Apesar de algumas ações pontuais do CES de MT as OSS continuaram a exercer suas atividades no Estado, e este continua a mantê-las como um meio de execução da política de saúde. O conselho fala de uma situação de descompasso e “falta de diálogo” com o executivo de saúde.

²²¹ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/90844-oss-fracassam-na-gestao-de-hospitais-publicos-de-mato-grosso.html> Acesso em: 24 nov. 2017.

²²² Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page4.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²²³ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page4.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²²⁴ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page4.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²²⁵ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page4.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²²⁶ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page4.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

Em reportagem de 13 a 19 de julho de 2017 intitulada “Conselhos cobram mais diálogo com as OSS”²²⁷, o conselheiro representante da UFMT se posicionou com relação as OSS, e disse: “[...] é chegada hora de pensar no que o Estado pretende para a gestão pública de saúde.”²²⁸ O conselheiro ainda disse:

Isso não está claro ainda. Nós estamos há mais de dois anos de gestão governamental e o que a gente vê é que a falta de diálogo tem sido recorrente. E este é um órgão para o diálogo e construção de políticas públicas, que estão sendo desconsideradas.²²⁹

O conselheiro também fala do CES como um órgão de participação da sociedade na gestão pública e pede ao governo que “[...] para de tampar o sol com peneira.”²³⁰ Segundo o conselheiro,

O Conselho em nenhum momento deixou de dialogar, deixou de cumprir o seu papel, deixou de emitir o seu posicionamento. O que houve nesse período todo é que faltou ressonância e um diálogo com a gestão governamental.²³¹

A presidente do conselho reclama da falta de assessoria técnica para as demandas do Conselho e salientou que

[...] o governo está fragilizando a ação dos conselheiros por falta de assessoria técnica e favorecendo ainda mais o desmonte devido a este estrangulamento.²³²

O representante do TCU, em mesma reportagem “Conselhos cobra mais diálogo com as OSS”²³³, relatou ver fragilidade do CES de MT com relação as OSS.

O conselho deve assumir para si o risco de mostrar que modelo X não deve ser adotado e Sim o Y, mas fazer isso apresentando o porquê disso, A medida que o Conselho toma decisões mais responsáveis, mais fundamentadas, terá mais força para cobrar sua

²²⁷Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²²⁸ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²²⁹ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²³⁰ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²³¹ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²³² Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²³³ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

decisão tanto no poder Executivo como nos órgãos de controle. Afirmou.²³⁴



Figura 5 - O Conselheiro sobre as OSS²³⁵

Fonte: www.circuitomato grosso.com.br

Abaixo elencamos algumas das manifestações das organizações sociais referente a presença das OSS em Mato Grosso, oriundo de material coletado de canais de comunicação de MT desde a época de 2011 a 2015. Em 19 de Setembro de 2011, segundo o Presidente do Sindicato dos Profissionais da Enfermagem (Sinpen)

²³⁴ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

²³⁵ Disponível em: <http://circuitomt.com.br/flip/640/files/assets/basic-html/page5.html> Acesso em: 2 jan. 2018.

[...] deve existir um conselho fiscal para ver o que as Organizações estão fazendo e até acredito que o Ministério Público do Trabalho vai fiscalizar e notificar com mais facilidade.²³⁶



Figura 6 - Presidente do Sinpen²³⁷
 Fonte: www.hipernoticias.com.br

Em 09 de Novembro de 2011, segundo reportagem intitulada “Entidades se unem para fazer frente à implantação de OSS no PS de Cuiabá.”²³⁸, algumas entidades ligadas a vários segmentos da sociedade, dentre elas o Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Sindimed/MT, se encontraram em frente ao Pronto-Socorro de Cuiabá para fazer frente a possível implantação de uma Organização Social de Saúde (OSS) no Pronto-Socorro da capital.

²³⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/sindicato-diz-que-parceria-e-um-dos-caminhos-para-melhorar-saude/5250> Acesso em: 23 out 2017.

²³⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2011/09/16/860x480/00af93b71928839d91fd75b4c0c42752.jpg> Acesso em: 23 out. 2017.

²³⁸Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em: 25 nov. 2017.



Figura 7 - Representantes de entidades disseram não a implantação de OSS no PS de Cuiabá²³⁹
 Fonte: www.hipernoticias.com.br

Segundo a reportagem realizada

Todos são contrários a implantação da OSS. Soares foi enfático em dizer que quem é a favor da gestão por Organização Social na Saúde Pública é conivente com a corrupção. “O Contrato com OSS se paga até seis vezes mais do que a tabela SUS. Quem é a favor de OSS defende a corrupção na Saúde afirmou.”²⁴⁰

Segundo a presidente do Sindimed/MT, as medidas estão sendo tomadas contra as OSS no PS de Cuiabá. Ela disse:

Já acionamos o Ministério Público Federal, o Supremo Tribunal Federal também está decidindo sobre a inconstitucionalidade do caso, então a justiça irá decidir.²⁴¹

Em reportagem de 29 de novembro de 2011, “Comitê em Defesa da Saúde faz apelo ao governador para impedir contrato com OSS”²⁴², é informado sobre a reunião de 20 organizações em um comitê, denominado “Comitê em Defesa da Saúde Pública em Mato Grosso” que solicita ao governador que “freie a

²³⁹Disponível em: <http://hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2011/11/09/728x546/c41b45bf3244bf8624b28dcda3c96a69.jpg> Acesso em: 25 nov. 2017.

²⁴⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em :24 out. 2017.

²⁴¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-se-unem-para-fazer-frente-a-implantacao-de-oss-no-ps-de-cuiaba/6740> Acesso em: 24 out. de 2017

²⁴²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 21 nov. 2017.

parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), medida que está sendo adotada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).²⁴³



Figura 8 - Ativistas e conselheiros de saúde se reúnem e se posicionam contrários à parceria com OSS.²⁴⁴

Fonte: www.hipernoticias.com.br

O movimento em favor da saúde pública e frente a implantação das OSS articulou um

[...] ato público em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de qualidade quer demonstrar que a parceria com as OSS não é o caminho. De acordo com o movimento, o governador Silval Barbosa e o secretário de Saúde Pedro Henry são pais da OSS.²⁴⁵

Em reportagem de 30 de janeiro de 2012, intitulada “Entidades dão nota baixa para o Sistema Único de Saúde em Cuiabá e Várzea Grande”²⁴⁶, os representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM) e Sindimed voltaram a se manifestar publicamente com relação as OSS, após o SUS “distribuir uma Carta aos estados em janeiro por parte do Ministério da Saúde que quer saber o nível de satisfação do usuário diante do atendimento na rede pública de saúde no país.”²⁴⁷

Um dos diretores do Sindicato dos Médicos (Sindimed), afirma:

²⁴³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 21 nov. 2017.

²⁴⁴Disponível em <http://hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2011/11/29/728x546/00107aa96872595b3be8ef19e2fd a76e.jpg> Acesso em: 21 nov. 2017.

²⁴⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/comite-em-defesa-da-saude-faz-apelo-ao-governador-para-impedir-contrato-com-oss/7348> Acesso em: 25 out. 2017.

²⁴⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-dao-nota-baixa-para-o-sistema-unico-de-saude-em-cuiaba-e-varzea-grande/9362> Acesso em: 25 out. 2017.

²⁴⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-dao-nota-baixa-para-o-sistema-unico-de-saude-em-cuiaba-e-varzea-grande/9362> Acesso em: 25 out. 2017.

Esse caminho (das OSS) é perigoso porque você tira o papel dos conselhos de saúde, no qual tem função importante, afirmou.²⁴⁸

Em reportagem de 31 de outubro de 2012, intitulada “Servidores se mobilizam contra OSSs, entregam Projeto de Lei e Assembleia promete reavaliar lei que a autorizou”²⁴⁹, relata-se que os servidores entregaram um Projeto de Lei de Iniciativa Popular aos deputados,

[...] a fim de inviabilizar e impedir as OS’s no Estado e revogar a Lei Complementar n. 150. A lei dispõe sobre a qualificação de entidades como OSS’s, no âmbito do Poder Executivo estadual.²⁵⁰



Figura 9 – Servidores da Saúde foram a Assembleia Legislativa pressionar os parlamentares para a criação de Lei de Iniciativa Popular²⁵¹

Fonte: www.hipernoticias.com.br

Assembleia, em nome dos deputados estaduais, recebeu dos servidores da saúde as 21 mil assinaturas necessárias para rever o projeto que autoriza as OS. “Assinaturas foram levadas em cadeiras de roda, simbolizando deficiências do modelo atual”.²⁵²

²⁴⁸Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/entidades-dao-nota-baixa-para-o-sistema-unico-de-saude-em-cuiaba-e-varzea-grande/9362> Acesso em: 22 nov. 2017.

²⁴⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-se-mobilizam-contr-o-ss-entregam-projeto-de-lei-e-assembleia-promete-reavaliar-lei-que-a-autorizou/20562> Acesso em: 20 nov. 2017.

²⁵⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-se-mobilizam-contr-o-ss-entregam-projeto-de-lei-e-assembleia-promete-reavaliar-lei-que-a-autorizou/20562> Acesso em: 20 nov. 2017.

²⁵¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2012/10/31/original/7f4e4d7acf65581604a245af4ad43dba.jpg> Acesso em: 20 nov. 2017.

²⁵²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-se-mobilizam-contr-o-ss-entregam-projeto-de-lei-e-assembleia-promete-reavaliar-lei-que-a-autorizou/20562> Acesso em: 20 nov. 2017.



Figura 10 – Mais de 21 mil assinaturas foram entregues aos parlamentares a fim de criar a Lei de Iniciativa Popular ²⁵³
 Fonte: www.hipernoticias.com.br

Em reportagem de 14 de janeiro de 2013, intitulada “Servidores do Samu protestam na porta do governador com buzinaços e alertam sobre população ‘ferrada’”²⁵⁴, um servidor do Samu há 8 anos,

[...] lembra que os métodos usados pelo Governo em sucatear as unidades de saúde para depois implantar as OSSs devem ser desmascarados. “O governo quer sucatear o Samu para depois colocar as organizações e dizer que elas são milagrosas. É mentira”, aponta.²⁵⁵

²⁵³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-se-mobilizam-contr-o-ss-entregam-projeto-de-lei-e-assembleia-promete-reavaliar-lei-que-a-autorizou/20562> Acesso em: 20 nov. 2017.

²⁵⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-do-samu-protestam-na-porta-do-governador-com-buzinacos-e-alertam-sobre-populacao-ferrada/22513> Acesso em: 26 nov. 2017.

²⁵⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-do-samu-protestam-na-porta-do-governador-com-buzinacos-e-alertam-sobre-populacao-ferrada/22513> Acesso em: 23 nov. 2017.



Figura 11 - Ambulâncias e motolâncias são usados em manifestação contra privatização do Samu²⁵⁶
 Fonte: www.hipernoticias.com.br

Em reportagem de 15 de maio de 2013, intitulada “Sindicalistas entregam cerca de 8,5 mil assinaturas e pedem fim das OSSs”²⁵⁷ informa-se que 35.956 assinaturas foram entregues ao deputado Antônio Azambuja (PP). Os sindicalistas afirmam:

Queremos que seja dada uma resposta clara à sociedade e que isso seja aprovado o mais rápido possível, pois houve sinalização dos parlamentares no sentido de que a proposta seria aprovada em plenário”, afirma Alzita Ormond, presidente do Sindicato dos Servidores da Saúde e do Meio Ambiente (Sisma).²⁵⁸



Figura 12 – Sindicalistas entregaram na Assembleia Legislativa assinaturas contra contratos do OSS no setor público²⁵⁹
 Fonte: www.hipernoticias.com.br

²⁵⁶Disponível em <http://www.hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2013/01/14/860x480/85a18e76be2d09b104ddfa8410c1ee10.jpg> Acesso em : 23 nov. 2017.

²⁵⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/sindicalistas-entregam-cerca-de-85-mil-assinaturas-e-pedem-fim-das-oss/25629> Acesso em:30 nov. 2017.

²⁵⁸Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/sindicalistas-entregam-cerca-de-85-mil-assinaturas-e-pedem-fim-das-oss/25629> Acesso em: 30 nov. 2017.

²⁵⁹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2013/05/15/original/8fb1f6d6d8da97a0a5ca0e79a12883c0.jpg> Acesso em: 28 nov. 2017.

Em reportagem de 09 de julho de 2013, intitulada “Comitê denuncia precarização na saúde e 'superfaturamento' às OSS”²⁶⁰, declara-se que levantamento feito pelo Comitê está baseado no cruzamento de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) com os dados do sistema Fiplan.”²⁶¹

Em reportagem de 11 de junho de 2013, intitulada “36 mil pessoas querem OSS fora da gestão da saúde - Proposta será apreciada na Assembleia Legislativa nesta terça-feira, pois 22 parlamentares assinaram petição”²⁶² informa-se que

Cerca de 36 mil eleitores do Estado exigem que os contratos com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) sejam anulados pelo Governo do Estado. E o número de assinaturas está crescendo, garante entidades. Desde 2012 são recolhidas assinaturas.²⁶³



Figura 13 - Entidades sociais têm se mobilizado há um ano com coleta de assinatura para projeto de iniciativa popular²⁶⁴
Fonte: www.hipernoticias.com.br

²⁶⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/comite-denuncia-precarizacao-na-saude-e-superfaturamento-as-oss/27102> Acesso em: 23 nov. 2017.

²⁶¹Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/comite-denuncia-precarizacao-na-saude-e-superfaturamento-as-oss/27102> Acesso em: 23 nov. 2017.

²⁶²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/especial/36-mil-pessoas-querem-oss-fora-da-gestao-da-saude/26325> Acesso em: 30 nov. 2017.

²⁶³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/especial/36-mil-pessoas-querem-oss-fora-da-gestao-da-saude/26325> Acesso em: 30 nov. 2017.

²⁶⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/especial/36-mil-pessoas-querem-oss-fora-da-gestao-da-saude/26325> Acesso em: 27 nov. 2017.

Em reportagem de 18 de junho de 2013, intitulada “Servidores mobilizam para pressionar fim de OSSs em MT.”²⁶⁵ Informa-se que, desta vez, o Projeto de Lei de Iniciativa Popular deve passar por uma comissão especial para ser analisado antes de votação.



Figura 14 – Protesto dentro da AL²⁶⁶

Fonte: www.hipernoticias.com.br

Em reportagem de 26 de agosto de 2013, intitulada “Assembléia realiza audiência para decidir sobre OSS”²⁶⁷, Otto Tem Caten, membro do comitê em Defesa da Saúde Pública, acusa o governo de Silval:

Fomos informados da audiência apenas na sexta-feira (23) que ela ocorreria hoje. Isto prova que eles não querem um debate e sim uma apresentação para justificar a presença das OSS? afirmou. Temos os relatórios que mostram o aumento de gastos com as OSS mesmo com a precariedade dos serviços. Este dinheiro está sendo tirado dos municípios e dos hospitais.²⁶⁸

²⁶⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/servidores-mobilizam-para-pressionar-fim-de-de-oss-em-mt/26542> Acesso em: 29 nov. 2017.

²⁶⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2013/05/15/860x480/e1e1c1d01f595f2bcffa70601e41e878.jpg> Acesso em: 29 nov. 2017.

²⁶⁷Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/assembleia-realiza-audiencia-para-decidir-sobre-oss/28494> Acesso em: 29 nov. 2017.

²⁶⁸ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/assembleia-realiza-audiencia-para-decidir-sobre-oss/28494> Acesso em: 29 nov. 2017.



Figura 15 - Médicos têm feito protesto por causa das condições de saúde no Estado e contra OSS²⁶⁹

Fonte: www.hipernoticias.com.br

Em reportagem de 03 de março de 2014, intitulada “Xô OSS”²⁷⁰, declara-se:

O bloco xô OSS, formado por profissionais da saúde, se apresentou ontem (02) no carnaval de Chapada dos Guimarães. Foi um desfile divertido com protestos contra a privatização da saúde pública. Os foliões carregaram cartazes com fotos de todos os deputados estaduais. Além da foto do parlamentar, cada cartaz também trazia a palavra NÃO, conclamando os eleitores a não votarem nos políticos em questão. A crítica aos deputados estaduais é pela omissão quanto a votação de um projeto de Lei, de iniciativa popular e com 36 mil assinaturas, que exige a saída das OSS's. O projeto foi apresentado aos deputados em 31/10/2012, mas nunca foi votado. Já o ex-deputado federal Pedro Henry, condenado por envolvimento no esquema do Mensalão e mentor da contratação das Organizações Sociais de Saúde (OSS), na época em que foi secretário de saúde do estado, recebeu uma “homenagem especial” do bloco.²⁷¹

Em reportagem de 11 de abril de 2014, intitulada “OSS rompe contrato e Estado assume gestão de três hospitais”²⁷², o presidente da Associação Mato-grossense dos Municípios (AMM) afirma:

[...] as OSS não deram certo no Estado, porque não conheciam a logística do setor. “Vieram de fora e quando chegaram aqui, se

²⁶⁹Disponível em: <http://hipernoticias.com.br/storage/webdisco/2013/07/03/original/c0b314160270764fe1da21c441a73649.jpg> Acesso em: 29 nov. 2017.

²⁷⁰Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/no-de-cachorro/xo-oss/33756> Acesso em: 24 nov. 2017.

²⁷¹ Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/no-de-cachorro/xo-oss/33756> Acesso em: 25 nov. 2017.

²⁷²Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/oss-rompe-contrato-e-estado-assume-gestao-de-tres-hospitais/34629> Acesso em: 25 nov. 2017.

depararam com a saúde diferente daquela executada nos outros Estados. A localização é distante, a saúde se concentra na Capital e nas cidades polo”, afirmou. [...] segundo Colle. Uma alternativa seria trabalhar bem a saúde preventiva para depois levar a alta complexidade. “O governo teria maior poder de investimentos com melhor qualidade e menores recursos”, frisou Valdecir.²⁷³

Em reportagem de 22 de outubro de 2015, intitulada “Revoltados com aprovação de OSS, manifestantes promovem quebra-quebra em Câmara de Várzea Grande.”²⁷⁴

Depois que 14 vereadores votaram a favor da entrega da administração da UPA Cristo Rei a uma Organização Social de Saúde (OSS), com apenas cinco votos contrários, pelo menos 50 manifestantes do coro dos descontentes presentes à sessão na Câmara de Várzea Grande resolveram não aceitar a decisão democrática da maioria e promoveram um verdadeiro furdunço nas dependências da casa.²⁷⁵

Segundo a reportagem,

A coisa foi ficando cada vez mais tensa e séria quando a divergência se tornou quebra-quebra na Casa de Leis, logo depois da aprovação da Lei complementar 63/2015, que autoriza o Poder Executivo municipal a contratar Organização Social de Saúde (OSS).²⁷⁶

O próximo gráfico avalia a importância do controle social exercido pelo CES para funcionamento da OSS em MT.

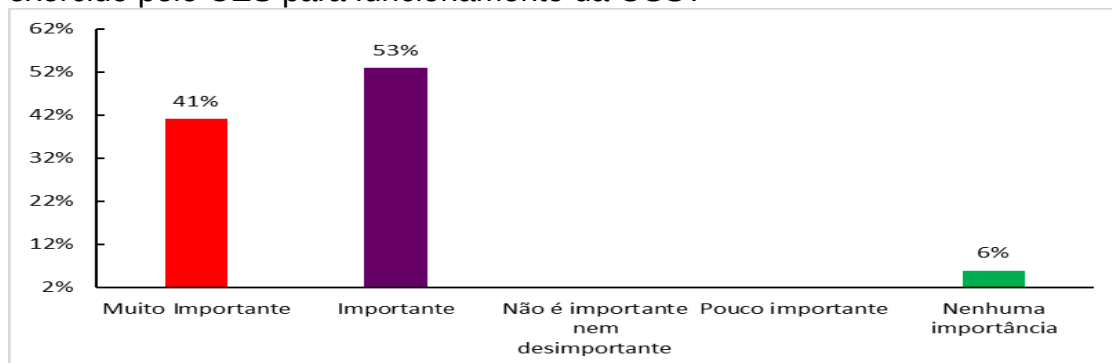
²⁷³Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/cidades/oss-rompe-contrato-e-estado-assume-gestao-de-tres-hospitais/34629> Acesso em: 25 nov. 2017.

²⁷⁴Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/revoltados-com-aprovacao-de-oss-manifestantes-promovem-quebra-quebra-em-camara-de-varzea-grande/50365> Acesso em: 25 nov. 2017.

²⁷⁵Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/revoltados-com-aprovacao-de-oss-manifestantes-promovem-quebra-quebra-em-camara-de-varzea-grande/50365> Acesso em: 25 nov. 2017.

²⁷⁶Disponível em: <http://www.hipernoticias.com.br/politica/revoltados-com-aprovacao-de-oss-manifestantes-promovem-quebra-quebra-em-camara-de-varzea-grande/50365> Acesso em: 26 nov. 2017.

Gráfico 43 – Como você avalia a importância do controle social exercido pelo CES para funcionamento da OSS?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O quadro acima demonstra que 41% dos entrevistados afirmam que é “muito importante” exercer o controle social pelo CES para funcionamento da OSS. 53% dos conselheiros afirmam ser importante fazer o controle social sobre as OSS. Isto significa que para os conselheiros é importante fazer o controle social na política de saúde de MT. Embora haja um bloqueio burocrático à ação do conselho na política de saúde, isto não é suficiente para suprimir o entendimento entre os conselheiros de que o controle social é muito importante. Isso demonstra que, apesar de todos os obstáculos, o CES resistiu em vista de seu objetivo que é de efetivar a participação social na política de saúde de MT. Vejamos o que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 7:

O controle social deve ser exercido pelo CES, e é muito importante exercê-lo. Sem o controle social a sociedade não estaria representada aqui no conselho.

A importância do controle social está relacionada “[...] à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado. (ARANTES et al., 2007 apud ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 140).

Entrevistado nº 9:

O conselho tem essa prerrogativa de exercer o controle social sobre as políticas de saúde do Estado. Por isto acho que é importante o controle social.

Entrevistado nº 10:

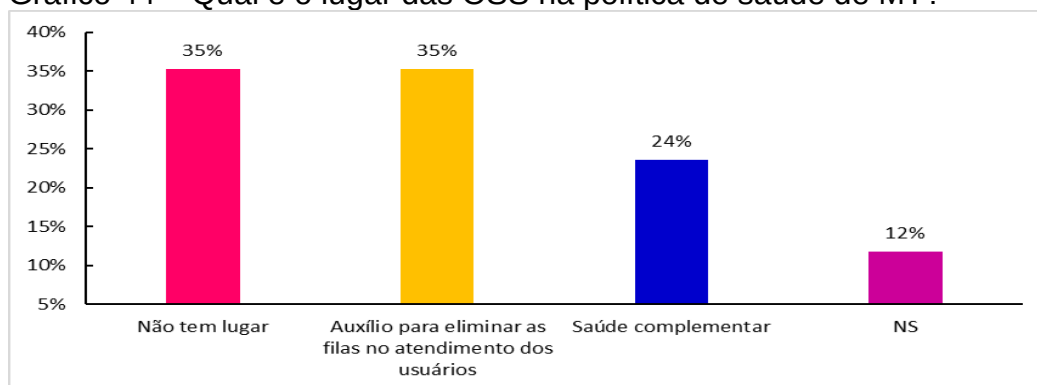
O controle social na saúde de MT ele é importante sim. Sem ele a sociedade não estaria representada por este conselho.

Entrevistado nº11:

O que as OS fizeram aqui em Mato Grosso na saúde e com controle social ou sem controle social ficaram quase 7 anos. A gente até esperneou. Então acho que é de nenhuma importância. O executivo não nos escuta, mesmo.

Como se pode observar, somando os conselheiros que dizem que é “muito importante” exercer o controle social sobre as OS, que representam 41%, e os 53% dos conselheiros que dizem que é “importante” exercer o controle social, 94% dos conselheiros afirmam acreditar na importância do controle social exercido por parte do CES.

Gráfico 44 – Qual é o lugar das OSS na política de saúde de MT?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

Os dados mostram que 35% dos conselheiros dizem que as OSS de MT não têm nenhum lugar na política de saúde. E tivemos 35% dos conselheiros que acreditam que as OS auxiliam a eliminar filas no atendimento dos usuários e 24% as OS tem lugar como saúde complementar. Somados estes dois últimos dados temos 59% dos conselheiros que acreditam que as OS tem lugar na política de saúde de MT. Vejamos agora algumas falas dos entrevistados que corroboram com os dados acima:

Entrevistado nº 3:

A experiência com as OS em terrível para o conselho. Acredito que as OS não tem lugar aqui.

Entrevistado nº4:

Queremos a saúde 100% SUS. As OS só atrapalham, sem elas seria bem melhor. A saúde é pública. As OS não tem lugar na saúde de MT.

Entrevistado nº6:

As OS não são política de saúde, eles vieram de cima pra baixo. Política é formulada na base, na base dos movimentos sociais. Ela não tem lugar na saúde de MT.

Entrevistado nº10:

Se forem fiscalizadas direitinho, podem trabalhar direitinho para diminuir as filas do SUS. Nossa gente é muito maltratada, tem gente que morre e não faz a cirurgia que precisa. Estas OSS podem sim diminuir as filas do SUS.

Entrevistado nº 12:

O lugar delas é na saúde complementar; que fique lá.

Entrevistado nº13:

Elas podem trabalhar se quiserem. Mas parece que não querem, sei lá. A gestão podia colocar elas para baixar as filas do SUS. É enorme parece que nunca acaba, e o sofrimento das pessoas também.

Entrevistado nº14:

As OSS não são política de saúde, são um meio. A gestão podia usar este meio para sanar as filas de cirurgias. Podia sim. Porque não faz não sei. AH é pelo contrato, elas só fazem o que tá escrito no contrato e nada mais.

Entrevistado nº15:

Na realidade não sei dizer, não peguei esta discussão sobre as OS.

Entrevistado nº17:

Não sei dizer, teve tanta confusão e polêmica com estas OS aqui no conselho, no sindicato. E elas acabaram saindo. Então não sei.

Sobre a presença das OS na saúde

A política de redução dos gastos leva à deterioração cada vez maior do atendimento à população carente. Apesar de sua fragilidade, a existência de [...] Conselhos [...] Saúde indica a possibilidade de uma ação mais ofensiva e consequente diante da situação.²⁷⁷

Sobre as OS como saúde complementar a Constituição Federal menciona a complementaridade saúde através da

²⁷⁷Disponível em: <http://www.esocite.org.br/eventos/tecso2011/cd-anais/arquivos/pdfs/artigos/gt023-politicaspUBLICAS.pdf>. Acesso em 23 out. 2018.

[...] atuação da iniciativa privada na área da saúde será considerada complementar quando for desenvolvida nos termos do art. 199 da CF, que prevê que as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.²⁷⁸

A segunda parte deste capítulo recai sobre o descortinar das OSS em MT de 2011 a 2018, sob a ótica dos entrevistados.

4.2 Analisando as OSS em MT

Alguns questionamentos surgem nesta discussão que nos propomos: as OSS são um mecanismo inovador dirigido à “solução” de conflitos em saúde? E no que tange ao direito à saúde como expressão da questão social na Política Social? Quais as consequências da inserção das OSS na política de saúde de MT?

São questões que serão analisadas, a seguir através das respostas dos entrevistados.

4.2.1 A presença das OSS como um meio de realizar a política de saúde: o que dizem os conselheiros estaduais de saúde de MT.

Perguntamos aos entrevistados sobre a reunião no dia 7 de abril de 2011 no CES de MT sobre a implementação das OSS como um meio de realização de uma política de saúde, que responderam o seguinte:

Entrevistado nº 4:

Ela foi realizada no Hotel fazenda Mato Grosso, no maior espaço que eles têm lá disponível. Foi um verdadeiro show. Pedro Henry orquestrou tudo. Então foi feito uma mesa redonda gigantesca e o espaço era muito grande, então os conselheiros aqui sentados à mesa e ao nosso redor não cabia mais ninguém. Estava lotado, de gente para todo lado. Então você estava sentado ali e na sua nuca várias pessoas atrás, estudantes, profissionais da saúde, imprensa, com cartazes, faixas, apitos, camisetas, todos uniformizados. Toda vez que alguém votava contra as OSS em MT o pessoal aplaudia e gritava muito. Mas quando chegava a hora de votar gritavam “e aí conselheira, você vai votar contra ou a favor?” Estávamos todos naquela tensão, naquela pressão. Lembro também que quem votava contra gritava no microfone e fazia aquele discurso no

²⁷⁸Disponível

http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/saudecomplementar/1/frames/fr_saudecomplementar.aspx Acesso em jul.2019.

em:

microfone, e quem votava a favor falava bem baixinho no microfone.

Entrevistado nº 5:

Perdemos por um voto (referindo-se a quem votou contra). E aí começou nosso calvário, brigas e discussões intermináveis de 2011 a 2015. Quando houve a troca da maioria que estava lá naquela época, naquela votação.

Entrevistado nº 8:

O Conselho ficou apático durante muito tempo, foi uma pancada mesmo que a gestão deu no controle social que a gente faz.

Entrevistado nº14:

O conselho foi cooptado, ele perdeu a prerrogativa de liderar no espaço e foi preenchido por outros, os movimentos políticos, dos sindicatos, dos médicos principalmente, entidades que viam as OSS como ameaça. O CES não foi protagonista da entrada das OSS em MT, ele foi alheio, ele ficou alheio. A gestão da SES através do Pedro Henry é que foi o protagonista.

Entrevistado nº15:

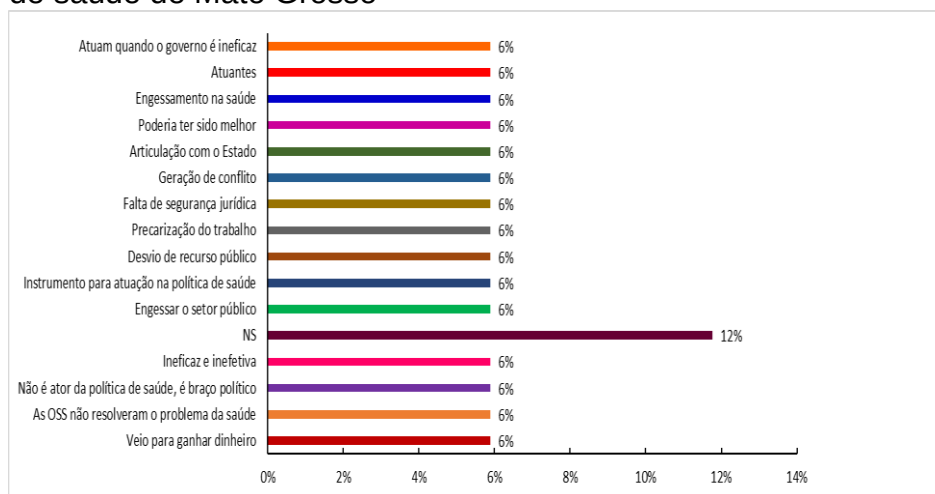
A discussão ficou fora do CES. Foi uma gritaria lá fora, até sobrou para a Assembleia Legislativa de MT. As entidades correram para lá pra bloquear as OSS.

Entrevistado nº16:

65% dos conselheiros daquela época foram trocados. As entidades mesmo encarregaram de trocar quem votou a favor das OSS em MT. Ficou feio, quem tinha ganhado alguma vantagem, voltou a ficar sem nada, porque a gestão mudou e Pedro Henry foi preso.

Esta discussão está apresentada a seguir, conforme os dados das entrevistas.

Gráfico 36 - Como o conselheiro estadual entende a atuação das OSS na política de saúde de Mato Grosso



Fonte: Pesquisa de campo (2018)

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O gráfico acima retrata que o entendimento sobre a atuação das OSS na política de saúde em MT é difuso, ou seja, não há resposta por parte dos conselheiros estaduais de saúde que possamos aglutinar em uma única percepção sobre o que lhes foi perguntado. Esse dado é interessante, pois todos os entrevistados – conselheiros titulares e suplentes – do período de 2011 à 2018 acompanharam o processo de implementação das OSS em MT. Esse fato nos remete à reunião referente ao processo de implementação das OSS em Mato Grosso que se deu a partir de uma reunião com votação no Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso em abril de 2011,

[...] na qual 26 pessoas, representando diferentes instituições, tiveram direito de voto. O resultado da votação apresentou treze votos favoráveis à esta implantação, doze contrários e uma abstenção. (MELO; PAESE, 2013, p. 318).

O que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº2:

Depende. Elas atuaram aqui porque o governo foi ineficaz para solução dos problemas de saúde de Mato Grosso.

Entrevistado nº3:

Elas atuaram na saúde, foram atuantes. Eram muitas OS aqui na saúde.

Entrevistado nº5:

Poderia ter sido melhor a atuação das OS, o conselho, a mídia bateu muito nelas. Elas foram desistindo daqui.

Entrevistado nº8:

Elas foram uma desgraça na saúde, trouxeram precarização dos trabalhadores da saúde.

Entrevistado nº10:

Elas desviaram muito recurso enquanto atuaram na saúde, e as filas não diminuíram nada. Era pra usar o recurso do Estado para melhorar as coisas aqui. Isto não aconteceu.

Entrevistado nº13:

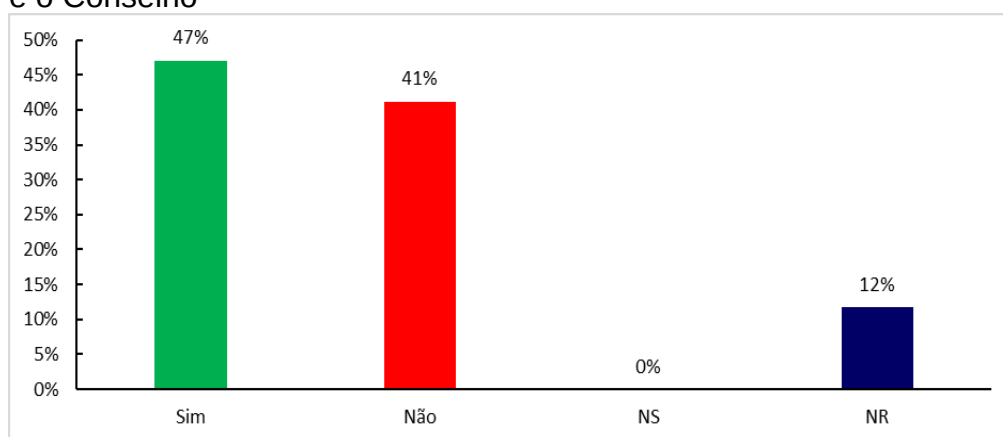
As OS não são atores, nem meio de realizar a política de saúde, elas são braço político do Estado. Isto sim.

Entrevistado nº15:

Não sei dizer não participei desta discussão.

Cabe observar diante do relato acima dos entrevistados, que já naquele período 2011, o CES de MT estava dividido quanto a presença e atuação das OSS em MT.

Figura 39 – Na atual (2018) condição da gestão da política de saúde de Mato Grosso há estímulo para o surgimento do conflito entre OSS e o Conselho



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Os dados acima demonstram que 47% dos conselheiros estaduais entrevistados afirmam existir um conflito. Vamos ao que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 1:

Claro que existe um conflito. A gente briga o tempo todo para tirar as OS daqui, da saúde, e o governo quer as OS trabalhando. Como o conselho fica então?

Entrevistado nº 2:

É conflito sim, e de interesses. A gestão quer as Os trabalhando aqui na saúde. O conselho rejeita, os sindicatos rejeitam, a sociedade rejeita.

Entrevistado nº 4:

Tem conflito, oh se tem. O conselho faz reunião, chama ministério público, os movimentos sociais vão pra rua. Só a gestão quer as OS o resto não

Entrevistado nº 7:

Tem, a gente aqui se bate todo em reunião atrás de reunião pra tirar estas OS, e o governo insiste. A SES fiscaliza, denuncia, e o governo insiste nelas.

Entrevistado nº 9:

Não tem conflito nenhum. As OS existem, fazem o trabalho delas e o conselho faz o trabalho dele. É assim.

Entrevistado nº 11:

Não. Não tem conflito. Elas existem, e a gente fiscaliza e denuncia quando tem necessidade. Cada um faz sua parte.

Entrevistado nº 13:

Não vejo conflito. Elas as OS foram proposta do governo,o conselho não aceitou e rejeitou a proposta. E então lutou para que as OS não ficassem aqui na saúde. Cada um cumpri o seu papel.

Entrevistado nº 17:

Não vejo como conflito a presença das OS na saúde.

Os dados apontam que 47% concordam que existe um conflito, explicado pela constante reclamação por parte dos conselheiros estaduais sobre a falta de informação a respeito das OSS em MT. Identificamos que a falta de informação advém de 2 causas:

- a) As dificuldades de atuação do CES no que se refere ao controle social das OSS foram advindas da atuação do poder público – do Estado de MT. É o Estado de

MT é que contrata as OSS, e pelo contrato, estas devem prestar contas de suas atividades ao Estado de MT.

Segundo o entrevistado nº 2,

O conselho foi politicamente influenciado. As OSS era projeto de Pedro Henry, não da população, do Conselho, da SES.

Aqui percebe-se que ocorre uma relação direta entre Estado e OSS, ficando completamente de fora desta relação o CES de MT. E é por isso que os conselheiros estaduais reclamam tanto da falta de informação sobre as OSS. As informações não chegam aos conselheiros;

- b) O CES não consegue exercer o controle social direto sobre as OSS, quando o faz é de modo indireto, com pouca ou nenhuma informação sobre estas.

O entrevistado nº 15 relatou que

Os obstáculos foram criados pela gestão e não pelas OSS no que se refere ao controle social. O tempo todo a gestão nos bloqueou, não chegava informação para a gente decidir no conselho, e o que chegava de informação era pouco.

- c) O conflito com as OSS em MT é estimulado pela reclamação sobre a falta de transparência na prestação de contas destas diante do CES. As OSS em MT não desempenharam nenhuma função ativa nesse processo de restrição para atuação do CES, no que refere ao controle social previsto pelo SUS. O entrevistado nº 1:

Faltou transparência e mais informação por parte da gestão sobre a atuação das OS diante do conselho, que é o órgão fiscalizador das políticas de saúde, não o Estado.

O que podemos observar é que ocorreu um bloqueio do diálogo entre CES de MT e as OSS, ocasionado pela ação do Estado.

Quanto às perguntas enunciadas nesta segunda parte do capítulo:

- i. As OSS são um mecanismo inovador dirigido à “solução” de conflitos em saúde?
- ii. E no que tange o direito à saúde como expressão da questão social na Política Social?
- iii. Quais as consequências da inserção das OSS na política de saúde de MT?

Podemos dizer que em Mato Grosso as OS na saúde não foram uma experiência bem-sucedida.

5. DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS PARA PENSAR A DEMOCRACIA

Nesta seção apresentamos em um primeiro momento o debate acerca da democracia com o objetivo final de embasar a discussão da participação, fundamento do regime democrático. A democracia será apresentada em suas vertentes clássica, elitista, poliárquica, deliberativa e participativa.

Em um segundo momento abordaremos as respostas dos conselheiros estaduais de saúde entrevistados sobre a gestão de um meio de realização da política de saúde em MT, as OSS. O procedimento permitirá tanto explicar o processo de execução das políticas de saúde de MT, como testar o potencial explicativo das teorias em foco.

A OSS foi o meio pelo qual o Estado de MT delegou a viabilização de uma função estatal (sua) para uma organização social privada sem fins lucrativos como são denominadas. Entendemos que as OSS não são uma política social, ela não é uma ação governamental, e seguimos a definição de Marshall (1967, p. 7) política social é a “[...] política dos governos relacionada à ação que exerça um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, ao proporcionar-lhes serviços.” As políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Mas entendemos que as OSS são um dispositivo de execução da política de saúde de MT.

Em vista a teoria da democracia participativa, a obrigatoriedade de verificar a influência da participação dos cidadãos na execução da gestão de uma política de saúde no Estado de Mato Grosso. Isso é consequência do exercício do controle social, que se realiza via conselhos de saúde por parte destes cidadãos. O processo democrático é o modo pelo qual a sociedade civil organizada participa e exerce o controle social sobre as políticas do Estado na área de saúde.

Podemos afirmar que em uma sociedade democrática o controle social (a participação assumida na estratégia política) é um dos seus fundamentos. A partir de 1988 surgiram novos mecanismos para a expressão e tratamento das novas demandas sociais, visando mais participação política e ação coletiva, consequentemente fortalecendo a democracia. Estamos preocupados em compreender a dinâmica e o processo em que se manifesta a participação política, ação coletiva e a democracia entre organizações da sociedade civil.

5.1. Teoria Clássica: dos gregos

A democracia antiga está exposta no ideal dos gregos, onde apresentava uma forma de governo que visava o “bem comum”²⁷⁹. Em sua definição mais trivial, basicamente, a palavra democracia vem da junção dos radicais gregos demos, que significa povo, e kratos, que significa poder, isto é, governo do povo ou poder do povo. (CASTRO, 2018, p. 2). Em Atenas a democracia era

[...] direta que se realizava num espaço restrito – a cidade/Estado grega. Ela, a democracia, se processava por intermédio de um sistema de assembleias, às quais era atribuído o poder de tomar todas as decisões políticas. O comparecimento à assembleia era teoricamente permitido a todo cidadão, não havia burocracia e o governo era exercido pelo povo. (NETO, 1997, p. 288).

Com a guerra do Peloponeso, entre 431 e 404 A.C., a democracia e o que representava acaba desaparecendo, e

[...] com o florescimento do ideário absolutista - que serviu de sustentáculo aos governos despóticos - os ideais democráticos saíram de cena por um longo período histórico. (NETO, 1997, p. 291).

A ideia de democracia retorna à cena política a partir do século XVII, com as revoluções liberais, a Revolução Gloriosa na Inglaterra (1688/89), a Revolução Americana (1776) e a Revolução Francesa (1789) que introduziram inovações na vida política e social na Europa e na América. Em contraste com o período absolutista, essas revoluções contribuíram para a criação do ambiente cultural, social e político que permitiu a emergência dos direitos individuais na forma dos direitos civis, políticos e sociais, (MARSHALL, 1967), fundamentos da democracia moderna. (PAESE, 2011, p.86). É pelo chamado movimento federalista

[...] um movimento político-constitucional que pregava a necessidade da elaboração de Constituições escritas que regulassem o fenômeno político e o exercício do poder, em benefício de um regime de liberdades públicas. (JUNIOR, 2006 apud MONTEIRO, s/d).²⁸⁰

²⁷⁹ O sentido da palavra bem-comum define os benefícios que podem ser compartilhados por várias pessoas, pertencentes à um determinado grupo ou comunidade. Disponível em: <https://www.significados.com.br/bem-comum/> Acesso em 2 jan. 2019

²⁸⁰ Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/sites/default/files/anexos/16006-16007-1-PB.pdf> Acesso em 25 jan. 2019.

A discussão sobre democracia retorna com o constitucionalismo moderno, termo que serve para

[...] designar o movimento político, social, cultural que, sobretudo a partir de meados do século XVII, questiona nos planos político, filosófico e jurídico os esquemas tradicionais de domínio político, sugerindo, ao mesmo tempo, a invenção de uma forma de ordenação e fundamentação do poder político. (MONTEIRO, s/d, p. 5).²⁸¹

O constitucionalismo

Trouxe o ideal de justiça, de direito igualitário e acima de tudo de organização na seara da política governamental, limitando o poder de atuação do Estado e descentralizando os poderes-executivo, legislativo e judiciário, pautando em um documento de lei - a Constituição. (MONTEIRO, s/d, p. 5).²⁸²

Os constitucionalistas se opuseram a antiga forma de democracia e se manifestaram sobre uma democracia que fosse do tipo

[...] democracia representativa era a forma de governo em que o povo não participava diretamente da tomada de decisão sobre os temas de seu interesse, mas escolhia os seus representantes que deveriam tomar por ele tais decisões. (NETO, 1997, p. 291).

Alex Tocqueville (França, 1805-1859), autor de *Democracia na América* (1834) de tradição ao pensamento liberal²⁸³, estabeleceu o conceito de democracia, relacionando liberdade e igualdade. Outra contribuição importante para o debate sobre democracia, Tocqueville faz no tocante à sua fragilidade

[...] a democracia consiste no “desenvolvimento gradual e progressivo da igualdade”, permitindo a todos e a cada um, independentemente de diferenças hereditárias e de desigualdade de fortuna, atingir o bem-estar comum, graças especialmente à aquisição de riquezas materiais. (GIBERT, 1977 apud BASTOS; ARRIADA, 2007, p. 9).

Uma das coisas que chama atenção de Tocqueville em seu estudo é a preparação para a “vida cívica” percebida na América.

²⁸¹Disponível em <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/sites/default/files/anexos/16006-16007-1-PB.pdf> Acesso em 25 jan. 2019.

²⁸²Disponível em <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/sites/default/files/anexos/16006-16007-1-PB.pdf> Acesso em 25 jan. 2019.

²⁸³ O liberalismo teve sua origem no século XVII, na Inglaterra. Tinha como principais idéias a defesa da liberdade política e econômica, e era contrário à influência do Estado na economia e vida das pessoas.

[...] a preparação para a vida cívica que a democracia americana desencadeia, através das várias associações livres e do interesse bem compreendido. É a partir dele que, entre os americanos, pode-se pensar a virtude cívica, revelando um modo particular de equilibrar as exigências políticas e os interesses privados, as esferas pública e privada. (ROHLING, 2015, p. 81).

Tocqueville apresenta uma análise da democracia americana, na contramão de uma França que possuía traços característicos de pensadores liberais do século XVIII. A maior contribuição de Tocqueville é à uma análise da democracia que percebeu e analisou na América e que ao seu ver teria como riscos, dentre eles o risco de se instalar uma tirania da maioria.

5.2 A Teoria das Elites: Pareto, Mosca e Michels, Schumpeter

Primeiramente vamos definir o que a teoria das elites se propõe a analisar, ela que tem seu surgimento no final do século XIX e como representantes Vilfredo Pareto, Gaetano Mosca e Schumpeter.

[...] as relações de poder entre a chamada classe dirigente e a classe dirigida. Os elitistas se contrapõe a premissa democrática de igualdade, afirmando que a desigualdade é natural e necessária a todas as sociedades organizadas politicamente, porque apenas uma minoria organizada é capaz de gerir o Estado, sendo assim superior a maioria que é sempre desorganizada. (SCHMÖKE; MIRANDA; COLVERO; 2014, p. 1).

Para Pareto a elite é representada por “[...] aqueles indivíduos que se destacam em sua área por competência, inteligência, poder econômico, social e político [...]”. (SCHMÖKE; MIRANDA; COLVERO, 2014, p. 4). Como podemos perceber existe uma classificação entre os indivíduos na sociedade. A não elite termo ressignificado por Pareto “[...] compreende a maioria da população, é reservada aquelas pessoas que não possuem nenhuma qualidade que as deem algum tipo de poder ou prestígio sobre as demais.” (SCHMÖKE; MIRANDA; COLVERO; 2014, p. 4).

Mosca utiliza os termos “classe dirigente” e “classe dirigida” para expor a mesma teoria, em todas as sociedades. A classe dirigente é assim definida pelo autor:

[...] se caracteriza por ser a menos numerosa, mais organizada e com poder de controle sobre o governo, e consequentemente, sobre a vida da massa, que é a classe dirigida. Essa minoria, em termos de número de indivíduos, seria organizada justamente por

ser uma minoria. A maioria não se organiza, assim seus indivíduos são atacados isoladamente pela minoria, que por ter organização se torna um grupo coeso. (SCHMÖKE; MIRANDA; COLVERO;2014, p. 4).

Roberts Michels, outro representante da teoria das elites, estuda o problema na “Sociologia dos partidos políticos”²⁸⁴, escrito no início do século XX a respeito do Partido Social-Democrata Alemão (SPD). Este estudo tinha por objetivo

[...] demonstrar que a democracia era impossível em organizações e sociedades complexas. O tamanho da organização era fundamental para sua tese. A democracia poderia existir em pequenos grupos, mas, mesmo nesses casos, a especialização e a divisão de funções em larga escala, quando necessárias, inviabilizariam a manutenção dos processos democráticos. (BRAGA, 2012, p. 84).

Michels nesse estudo retrata a propensão à concentração de poder nas mãos de uma oligarquia²⁸⁵ do partido, quando “[...] ressalta um aspecto crucial para o surgimento de uma oligarquia no seio de um partido político: o controle exercido pelos dirigentes sobre a estrutura organizacional.” (BRAGA, 2012, p.84). Segundo Castro (2018, p. 6),

Michels (1982) entende que o número de cidadãos que realmente se interessa pelos assuntos políticos é insignificante, ou seja, a maioria dos cidadãos não faz a mínima ideia das influências e consequências que os assuntos do Estado podem exercer sobre suas vidas. A renúncia ao exercício dos direitos democráticos, nesse sentido, é uma renúncia voluntária, o que sugere a necessidade de chefes entre as massas.

Outro autor que se destaca na “democracia elitista” é Schumpeter. Para ele, a democracia elitista tem uma explicação “[...]muito mais veraz sobre os fatos da vida e que, ao mesmo tempo, resgata muito do que os patrocinadores do método democrático realmente querem dizer com esse termo”. (SCHUMPETER, 1984, apud PAESE, 2011, p. 86). O autor concentra sua análise na escolha de representantes - para ele o povo faria sua parte pela escolha de representantes que respeitariam a opinião destes e que a seguiriam.

De acordo com Schumpeter

[...] o método democrático é um arranjo institucional, para se chegar a decisões políticas que realiza o bem comum fazendo o próprio

²⁸⁴ MICHELS, R. Sociologia dos partidos políticos. Brasília: UNB, 1982.

²⁸⁵ Preponderância de um pequeno grupo ou facção no exercício do poder, especialmente para governar conforme seus interesses(Dicionário Brasileiro da língua portuguesa)Disponível em <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=2aR42> Acesso em: 3 abr. 2019.

povo decidir as questões através da realização da eleição de indivíduos que devem reunir-se para realizar a vontade do povo. (1984, p. 313 apud PAESE, 2011, p. 86).

A teoria elitista, segundo este autor é uma “[...] luta competitiva pelos votos da população”, a qual permite a aceitação da liderança, de maneira que o povo não governa, mas apenas aceita ou recusa “as pessoas designadas para governar.” (GASPARDO, 2018, p. 68). Schumpeter identifica na teoria elitista um método de seleção de líderes.

5.3 Teoria Contemporânea da Democracia

Dividimos esta seção em duas partes distintas, ao apresentamos a seguir alguns autores da teoria contemporânea da democracia. Trataremos da teoria: democracia deliberativa de Habermas e da democracia participativa de Pateman. Os autores que sustentaram a discussão da representatividade do CES de MT.

5.3.1 Democracia Deliberativa de John Rawls e Jürgen Habermas

A concepção de democracia deliberativa abrange diversos autores e correntes: ELSTER (1998); GUTMANN; THOMPSON (2004)²⁸⁶. No Brasil Sartori (1994), Avritzer (2000,) dentro alguns. John Rawls a concepção de democracia constitucional bem ordenada, e “racionalidade deliberativa” (ROUANET, 2011), e a teoria da justiça como equidade, e Jürgen Habermas democracia deliberativa, ou da política deliberativa sendo a ação comunicativa seu foco, são os que daremos destaque. A deliberação faz parte do processo da democracia constitucional bem - ordenada, quer dizer

que ela está presente em todas as suas etapas e se estende à época atual. De fato, ela está presente nas quatro etapas, desde (1) a posição original e a escolha, pelos agentes, dos princípios que nortearão a sociedade do futuro para que ela seja considerada justa; em seguida, (2) a etapa da elaboração da constituição, de acordo com os princípios – princípio da liberdade igual para todos e princípio da diferença – encontrados na primeira etapa; depois, (3) vem a etapa da legislatura, na qual as leis específicas são votadas, de acordo com o que foi decidido nas etapas 1 e 2; finalmente, (4) passa-se à aplicação das leis aos casos particulares por parte de

²⁸⁶ Jon ELSTER (ed.), *Deliberative democracy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998; Amy GUTMANN; Dennis THOMPSON. *Why deliberative democracy*. Princeton, NJ/Oxford, UK: Princeton University Press, 2004 apud Luiz Paulo Rouanet. *Democracia deliberativa: entre Rawls e Habermas* Veritas, v. 56, n. 1, jan./abr. 2011, p. 52-63

juízes e administradores, bem como à obediência às leis por parte dos cidadãos. (ROUANET, 2011, p. 56).

Segundo Rawls, a racionalidade é uma concepção apresentada que “[...] parte de um agente, isto é, de um indivíduo racional, que busca a maximização de seus interesses como forma de realização de seus planos de vida.” (ROUANET, 2011, p. 54) Outra concepção defendida por Rawls é o “equilíbrio reflexivo” (ROUANET, 2011, p. 54), que é uma via subjetiva e do indivíduo. Isto fica claro quando Rawls define deliberação racional como

[...] extremamente circunscrita. Pode-se chegar à conclusão de que a reflexão sobre determinada questão, por exemplo, não vale a pena, ou não vale o esforço empregado, numa versão modificada da “navalha de Okham”: “A regra formal é que devemos deliberar até o ponto em que os prováveis benefícios de melhorar nosso plano valem o tempo e o esforço de reflexão empregados”. O processo de decisão não é um fim em si, como, muitas vezes, parece ser o caso em outras teorias: “O bem como racionalidade [goodness as rationality] não atribui qualquer valor especial ao processo de decisão. (ROUANET, 2011, p. 54).

Rawls ao introduzir à posteriori o fator razoabilidade, introduz a ideia de “equilíbrio reflexivo”, “[...] que implica a ideia de que o plano não só tem que promover os seus próprios interesses como tem que poder ser defendido, de maneira argumentativa, em público.” (ROUANET, 2011, p. 54). Na teoria da justiça como equidade “[...] parte da prioridade do justo sobre o bem” (ROUANET, 2011, p. 56). Isto envolve:

[...] a presença, em todas as etapas²⁸⁷, da deliberação, inicialmente com abstração total das condições e chances respectivas dos participantes, até o conhecimento completo de todos os interesses envolvidos por parte dos agentes, ou pelo menos aqueles envolvidos na deliberação.

Habermas é representante de uma perspectiva teórica de democracia que fundamenta a participação, a discussão, a decisão e a deliberação das decisões em canais da sociedade. “Democracia deliberativa consiste em uma proposta de tomada de decisões, em sociedades democráticas, por meio de deliberação, [...]”. (ROUANET, 2011, p. 52). Esta perspectiva é aplicada à esfera pública, como o CES de MT.

²⁸⁷ Citadas anteriormente.

Jürgen Habermas é idealizador de um modelo de deliberação política democrática, baseada em um conjunto de pressupostos teórico-normativos, dentre eles a ação comunicativa – com destaque a capacidade do o discurso - , identificada como o processo de convencimento e que incorpora a participação da sociedade civil na regulação das decisões que influenciam a vida em sociedade .

A democracia deliberativa trata de um esforço de reflexão em que se busca superar a ideia de que o cidadão ordinário, não-organizado, seja apático ou que não tenha capacidade de intervir de maneira qualificada no sistema político. (PAESE, 2011, p. 92).

Falamos agora sobre os pressupostos teórico-normativos, dentre eles a ação comunicativa, traduzida no

[...] discurso racional e crítico ocupa, na obra do autor [Habermas], um lugar fundamental e permite consolidar a construção da cidadania informada e comprometida com os assuntos comuns. Surge, assim, um fator de integração social alternativo, baseado no diálogo e não na dominação. (VITULLO, 2000, p. 187 apud PAESE, 2011, p. 93).

Para Martins (1997, p. 99),

A família de teorias da democracia a que pertence a de Habermas tende a ver na quarta vaga da democratização uma confirmação do seu ideal e programa de Modernidade: escolarização, ilustração e participação esclarecida dos cidadãos nas questões públicas.

Lauth (2013, p. 117-119) para se determinar a qualidade da democracia [...] se sugerem que as seguintes regras pragmáticas para determinar a qualidade da democracia: (1) Abstração: Aqui as bases normativas são reconstruídas, na medida do possível, em suas formas abstratas básicas a partir das concepções atuais sobre democracia. (2) Modularização: Neste segundo nível os componentes centrais ou módulos da democracia são identificados em um nível mais baixo de abstração, situados no nível do desenho institucional. Nesta abordagem, as instituições relevantes para a democracia são citadas como exemplos. (3) Construção: Combina a abstração e modularização. Ao fazê-lo, as seguintes regras deveriam ser observadas: a) Coerência (ou validade do conteúdo). Os componentes institucionais devem corresponder às bases normativas do nível abstrato. b) Parcimônia. Para limitar a divergência no nível de construção e para possibilitar a conexão com tantas variantes de democracia quanto possível, só devem ser considerados os elementos necessários. c) Equivalentes funcionais deveriam ser identificados e integrados dentro de um único componente. (4) Devemos, além disso, diferenciar entre os elementos inerentes à democracia e aqueles que constituem fatores necessários e

promocionais. (5) Evasão do estiramento conceitual (SARTORI, 1970). (2013, p. 117-119).

Em alusão a MARTINS (1987, p.85) seguiremos a tipologia sugerida por Manfred G. Schmidt²⁸⁸ sobre democracia, que tipificou 4 tipos de teorias, as

1) Teorias centradas nos processos; 2) teorias centradas nas instituições e formas de constituições democráticas; 3) teorias orientadas para o input e output num esforço de síntese das três dimensões do político: forma, processo e conteúdo; 4) teorias centradas nos pressupostos funcionais da democracia e nas condições de transição para a democracia.

Entre as experiências consideradas inovadoras na perspectiva da democracia deliberativa estão os espaços participativos criados pela Constituição de 1988, no caso desta tese nos reportamos ao Conselho de Saúde.

Estas experiências têm sido vista pelos autores como uma possibilidade de aumentar a *accountability*²⁸⁹ no exercício do poder e exercer o monitoramento da administração; de horizontalizar os processos decisórios [...] ou de promover processos de “alfabetização política” que se dão a partir de uma interação da sociedade com os espaços institucionalizados no plano local, que permitem a vivência da noção de poder.²⁹⁰

Para Arato (2002, p.91) *accountability* está baseada

[...] na capacidade dos eleitores, individuais ou grupais, de exigir que os representantes expliquem o que fazem (respondam por, sejam responsabilizados, sejam punidos ou mesmo recompensados pelo que fazem.

O processo de decisão ou

O sistema de decisão política, segundo Lindblon (1981), tem um importante efeito sobre as aspirações, opiniões e atitudes que respondam às políticas. Seu funcionamento não é como de uma máquina que é alimentada com demandas para produzir decisões. É a própria máquina que fabrica necessidades e demandas. Modelando as aspirações dos cidadãos que formam parte da organização, ela põe alguns temas na agenda do debate político e rejeita outros; apresenta certas políticas aos cidadãos e aos formuladores de políticas e informa as opiniões que vão condicionar tais escolhas. (LINDBLON, 1981 apud CORNÉLIO, 1999, p. 28).

²⁸⁸ Manfred G. Schmidt é professor de Ciência Política na Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais da Universidade de Heidelberg, autor de várias obras envolvendo o tema democracia

²⁸⁹ Prestação de contas.

²⁹⁰ Disponível em: www.neic.iesp.uerj.br/textos2/Debora%20Resende%20de%20Almeida.pdf
Acesso em: 25 abr. 2011 apud Paese, 2011, p. 94.

O processo de decisão por parte dos conselheiros de saúde é um momento que

[...] inicia-se pela identificação das necessidades, do que é possível fazer, da informação que está disponível e da comunicação que precisa ser efetuada. Esperamos que esses elementos, ordenados em uma estrutura lógica, resultem na possibilidade de uma melhor decisão. (PRÉVE; MORITZ; PEREIRA, 2010, p. 77).

Ainda segundo os autores acima existem 4 etapas a serem verificadas no processo decisório

Etapa 1 (decisão de decidir): assumir um comportamento que leve a uma decisão qualquer é sempre uma decisão. Etapa 2 (definição sobre o que vamos decidir): há ocasiões em que trabalhamos na solução de problemas que não definimos, mas ocorrem. Etapa 3 (formulação de alternativas): momento em que trabalhamos as diversas soluções possíveis para resolver o problema ou as crises ou as alternativas que vão permitir aproveitarmos as oportunidades. Etapa 4 (escolha de alternativas que julgamos mais adequadas): este é o momento de tomada de decisão propriamente dito. (PRÉVE; MORITZ; PEREIRA, 2010, p. 81).

Sobre a governança, Gonh (2003 apud PAESE 2011, p. 48), entende os conselhos de saúde como

[...] novos mecanismos participativos incluídos na governança²⁹¹ se baseiam no engajamento popular como um recurso produtivo central, utilizando da participação como fonte de informações e diagnósticos sobre os problemas públicos, gerando conhecimentos e subsídios à elaboração de estratégias para resolução dos problemas e dos conflitos envolvidos.

Sem dúvida os Conselhos de Saúde são espaços institucionalizados de democracia, espaço de diálogo e representação social além de espaços de deliberação de políticas de saúde.

5.3.2 Democracia Participativa de Carole Pateman.

A democracia para os gregos era uma forma de governo que visava o “bem comum” e está na gênese da “doutrina clássica da democracia”, formulada a partir do século XVIII. (AVELAR, 2004, p. 225, PAESE, 2011, p. 85). Para Miguel (2017, p.1), “[...] nos anos finais do século XX, prosperou a ideia de que novas

²⁹¹ “[...] inclui a habilidade de administrar a gestão com ética, integridade e transparência, levando em conta a participação dos indivíduos que compõem este espaço. (PAESE, 2011, p. 48).

formas de inclusão podiam oxigenar e revigorar os regimes democráticos.” Já a “idéia” de democracia participativa nos anos de 1960

[...] manifestou-se originalmente na atuação dos movimentos estudantis da “Nova Esquerda” [...], espalhando-se nos anos seguintes junto à classe trabalhadora em razão da crescente insatisfação com a estrutura social e as práticas políticas dominantes naquele contexto. (MACPHERSON, 1978, p.97; PATEMAN, 1992, p.9 apud GASPARDO p. 70).

No Brasil, este tema “[...] surge com o processo de redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988 constituem o marco fundamental no desenvolvimento dos institutos participativos, [...]” (GASPARDO, 2018, p. 70). E ganha status no governo de Dilma Rousseff , com [...] o decreto presidencial n. 8.243 de maio de 2014, que oficializa a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS)²⁹².” (LAVALLE; SZWAKO, 2014, p. 91). A participação é vista como

[...] um avanço significativo na cultura política do país e no repertório discursivo, assentado na valorização dos espaços destinados ao encontro da sociedade civil com o Estado, sendo estes tidos como mecanismos de emancipação social, na medida em que permitem o engajamento político das classes trabalhadoras. (AIRES; GUIMARÃES, 2015, p. 391).

A participação

[...] apresenta duas bases complementares: a base efetiva – participamos porque sentimos prazer em fazer coisas com os outros; e uma base instrumental – participamos porque fazer coisas com os outros é mais eficaz e eficiente do que fazê-las sozinhos. (BORDENAVE, 1994, p. 16).

Segundo Gaspardo (2018, p. 72-73) “[...] quais são as diferenças da ideia de participação no modelo de democracia participativa?”

São basicamente quatro: 1) a inclusão de atores historicamente excluídos das decisões políticas; 2) o caráter deliberativo da participação; 3) o papel pedagógico da participação; e 4) a pluralidade de desenhos institucionais.

Ao analisar a questão da participação popular nos Conselhos de saúde, Bordanave (1994 apud PAESE, 2011, p. 96), concebe a participação como um “[...] processos mediante o qual as diversas camadas sociais têm parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”.

²⁹² Decreto Federal 9.759 /2019, extinguiu conselhos de participação social.

Pois bem, agora vamos à definição de Pateman sobre democracia participativa. Utilizamos como “norte” Pateman (1992), em que a autora retrata a democracia participativa com o objetivo de transformar o cidadão em “ator político”, além de

[...] permitir aos cidadãos desvendar o Estado, geri-lo e estabelecer um efeito demonstração para outros setores da sociedade traduzir este método para suas esferas da luta política e da competência administrativa.” (OLSEN; BERTOLDO; SOUZA, 2005 apud PAESE, 2011, p. 97).

Pode-se afirmar que “[...] não há democracia sem seu ator principal, que é o cidadão.” (DEMO, 1988, p. 71). Trazendo a luz o cidadão, Habermas, fala da participação política exercida por este cidadão e que vai

[...] além de ser um produto, é também um elemento propulsor do difícil e do incerto caminho da humanidade em direção à sua própria emancipação. Com isto, evita-se o perigo de tratá-la como um fator que, ao lado de outros, garantem o equilíbrio do sistema e de reduzir democracia a simples regras de um jogo. (HABERMAS, apud CARDOSO; MARTINS, 1979, p. 376).

Entre as experiências consideradas inovadoras na perspectiva citada, destacamos os espaços “[...] públicos participativos ou deliberativos que surgiram no Brasil Pós-Constituição de 1988: os Conselhos de políticas públicas.”²⁹³ Para Faleiro et al., (2006 apud PAESE, 2011, p. 98),

[...] a democracia participativa do Conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as “ruas” para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo [...].

Entendemos, assim, que, no caso dos Conselhos, o processo de deliberar “[...] cria oportunidades para aqueles que serão submetidos a uma política de criticá-la, considerar suas justificações e talvez modificá-la.” (FUNG apud COELHO; NOBRE, 2004, p. 188). O que se percebe é que, na natureza dos Conselhos, desde sua criação, a

[...] participação e deliberação aparecem hoje no centro de um grande debate sobre a renovação da democracia, sendo que a experiência brasileira nessa área, por sua dimensão e vitalidade, ganhou um lugar de destaque no cenário internacional. (COELHO; NOBRE, 2004, p. 11).

²⁹³ Ver in ALMEIDA, Debora C. Rezende de. Deliberação nos Conselhos Municipais de Saúde e Educação de Juiz de Fora. Disponível em: www.neic.iesp.uerj.br/textos2/Debora%20Resende%20de%20Almeida.pdf Acesso em: 25 abr. 2011.

Ainda com relação aos Conselhos

A tomada de decisão pode resultar de um cálculo orientado para escolher a melhor solução e, nesse sentido, depende da racionalidade dos gestores ou das informações que eles conseguem processar. (LEITE, 2006, p. 10).

Para Rolim, Cruz e Sampaio a participação exercida através do controle social está reforçada na “[...] Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS.” (2013, p. 140).

Para Pateman existe um questionamento crucial a ser feito buscando relacionar os movimentos sociais oriundos dos anos de 1960 e a efetivação de direitos, qual seja, “[...] qual o lugar da participação numa teoria da democracia moderna e viável?” (1992, p.9). Segundo a autora, longe de encontrar respostas prontas para este questionamento, é apenas capaz de relacionar a teoria da democracia participativa com a experiência da participação que “[...] de algum modo, torna o indivíduo psicologicamente melhor equiparado para participar ainda mais no futuro.” (PATEMAN, 1992, p. 65). Segundo Pateman (1992) a democracia participativa pode ser classificada em três categorias:

1. Pseudoparticipação;
2. Participação parcial;
3. Participação plena.

Compreende-se pseudoparticipação como o conjunto de técnicas de persuasão com o objetivo de aceitar decisões tomadas. Neste caso não há participação alguma no processo de tomada de decisão. Seu objetivo é criar um “sentimento” de participação. A “participação”, assim, limita-se a endossar decisões tomadas pelo líder. Este não é selecionado pelo grupo e não deve responder ao grupo pelas suas ações. O líder do grupo tem em mente um objetivo particular, e a discussão de um grupo é utilizada como um meio de induzir à aceitação desse objetivo.

A participação parcial, por sua vez, “[...] é um processo no qual duas ou mais partes influenciam-se reciprocamente na tomada de decisões, mas onde o poder final de decidir pertence apenas a uma das partes.” (PATEMAN, 1992, p.97). Na definição está implícita uma relação entre “influência” e “poder”. Estar em posição de influenciar uma decisão não é o mesmo que estar em condições de

determinar o resultado ou tomar a decisão. Neste caso, a influência do indivíduo A afeta o indivíduo B, sem que B subordine sua vontade à de A. Assim, A tem influência sobre B e sobre a tomada de decisão, mas é B quem tem o poder final de decidir. Diz-se que a participação é parcial “porque o trabalhador A não tem igual poder de decisão sobre o resultado final do que se delibera, podendo apenas influenciá-lo.” (PATEMAN, 1992, p.97 apud PAESE, 2011, p. 98-99).

Quando tratamos da participação plena nos referimos a um “[...]processo no qual cada membro isolado de um corpo deliberativo tem igual poder de determinar o resultado final das decisões.” (PATEMAN, 1992, p. 98).

Nesta situação há um grupo de indivíduos em igualdade, com poder de tomar suas próprias decisões sobre a atribuição de tarefas e a execução do trabalho, ao invés de dois “lados” com poderes desiguais de decisão.

[...] quando o problema da participação e seu papel na teoria democrática é colocado num contexto mais amplo do que o fornecido pela teoria da democracia contemporânea, e quando se relaciona o material empírico relevante com os problemas teóricos, torna-se claro que nem as reivindicações por mais participação nem a própria teoria da democracia participativa baseiam-se, como se diz com tanta frequência, em ilusões perigosas ou sobre fundamentos teóricos ultrapassados e fantasiosos. (PATEMAN, 1992, p. 147).

A teoria da democracia participativa, de imediato sugere uma questão básica: como podemos pensar a participação dos atores responsáveis pela implementação de implementação de políticas públicas em vista do ideal democrático? É o que analisaremos, a partir da tipologia da participação proposta por Pateman (1992), através dos resultados desta proposta investigada.

O conceito de participação de Pateman (1992) não é suficiente empiricamente, entretanto, para mensurar em que extensão esta participação se circunscreve a procedimentos ritualísticos — participação instrumental, ou seja, sem efetividade — ou se é uma participação substantiva — participação com efetividade e com potência suficiente para gerar, de fato, o aprofundamento da democracia. Preencher esta lacuna é um dos objetivos teóricos de nosso trabalho.

Já a categoria capital social de Putnam (2001), será um recurso pelo qual a participação não é meramente um ritual, mas é o resultado de uma crença na democracia como um valor --- associativo -- como já foi dito anteriormente. É um

conceito que contribui para entender o processo de participação dos cidadãos na execução da política de saúde no Estado de MT.

Nossa proposta é conhecer os efeitos de organizações privadas - as OSS - na área da saúde sobre a democracia, onde o conceito de participação permitirá explicar os dados a respeito das possibilidades de a sociedade civil exercer alguma influência na atuação deste tipo de instituição, por natureza e direito impermeável à regulação e controle de organizações sociais.

5.4 Influência da Participação sobre a Democracia

Associada à participação como fator constituinte e definidor de democracia está o controle social. Participação e controle convertem-se em propulsores do processo de democratização, tendo embasamento na Lei 8.142/90, na qual a participação da sociedade "[...]foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por "controle social". Controle da sociedade sobre a política de saúde." (MORRONE; DIAS; MORELI, 2013, p.38). A partir da Lei nº 8.142/90

[...] a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão. A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por "controle social". Controle da sociedade sobre a política de saúde. (MORRONE; DIAS; MORELI, 2013, p. 38).

A seguir apresentamos uma síntese relacionada às instâncias de decisão/controle social na saúde. Em saúde foco desta análise as instâncias de decisão são:

Âmbito Nacional - Comissão Intergestores Tripartite;

Conselho Nacional de Saúde

Âmbito Estadual - Comissão Intergestores Bipartite

Conselho Estadual de Saúde

Âmbito Municipal - Conselho Municipal de saúde²⁹⁴

A participação da sociedade civil em assentos em Conselhos de Saúde, bem como na formulação e implementação de políticas públicas setoriais nesta área, enquanto um direito é um marco histórico para as políticas sociais no Brasil e para o fortalecimento da democracia.

²⁹⁴Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf Acesso em 24 jan. 2019.

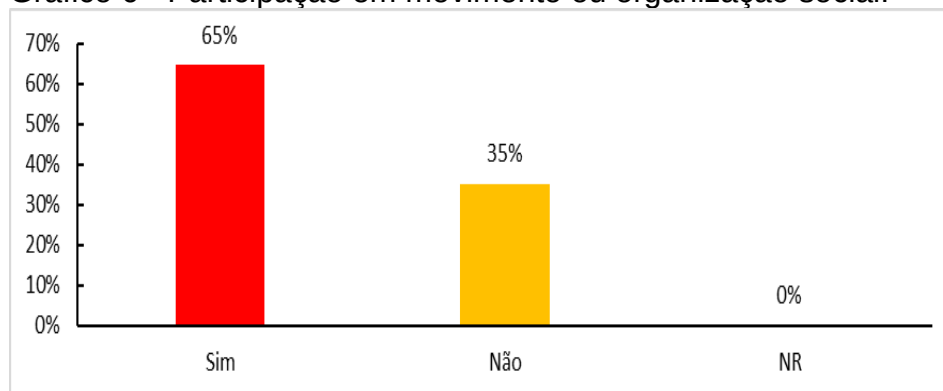
Bobbio (1992, p. 119), sobre a importância dos conselheiros como representantes da sociedade civil organizada dentro de uma democracia representativa afirma que cabe “[...] a cada um individualmente do mesmo modo como a todos os outros, o direito de participar livremente na tomada de decisões coletivas.” Na próxima subseção a análise dos dados referentes à pesquisa.

5.5 Análise dos dados empíricos acerca das questões referentes à Participação dos Conselheiros no CES/MT

Nossa proposta é verificar os resultados da participação, e ao mesmo tempo o processo e o impacto na institucionalização das políticas de saúde de MT. Será feita uma análise dos principais mecanismos de participação - o CES - nas gestões 2011 à 2018, o que nos leva a tentar responder a seguinte questão:

Considerando que a participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas de saúde é entendida como um avanço democrático, pois amplia a participação da sociedade no Estado, a transferência administrativa de unidades de saúde, como hospitais, do Estado de Mato Grosso para organizações privadas, pode ter como consequência um bloqueio à democracia? Abaixo os dados retirados da pesquisa realizada

Gráfico 6 - Participação em movimento ou organização social.



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Vamos aos entrevistados.

Entrevistado nº 4:

Sim. Participo.

Entrevistado nº 6:

Participo já há algum tempo.

Entrevistado nº 7:

Não, não, participo. Só do conselho mesmo.

Podemos perceber que o gráfico acima que retrata 65% dos conselheiros estão envolvidos com algum tipo de movimento social ou organização social. A respeito dos movimentos sociais

A gênese da categoria movimento social deu-se em 1840. Identificava o início do movimento dos trabalhadores da Europa e desenvolveu-se no debate do marxismo para representar a organização racional da classe trabalhadora nos sindicatos e partidos que tinham interesse em buscar a transformação socioeconômica das relações capitalistas de produção. (SANTOS, 2013, p. 234).

No Brasil

[...] a categoria movimento social foi referenciada aos movimentos de reivindicações e de lutas urbanas nos anos de 1970, limitados a determinados grupos que pressionavam o Estado a cumprir suas tarefas no campo social. (SANTOS, 2013, p. 234).

Como já apontamos anteriormente, o movimento de Reforma Sanitária imprimiu aos profissionais da saúde – em suas várias categorias – cursos de formação política e assim formou lideranças.

Tomado o movimento de saúde em seu conjunto, sua tônica foi, de um lado, dada pela constituição de redes locais de reivindicação, participação e mobilização e, de outro, pela atuação e inserção política por dentro do próprio Estado. (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p. 106).

Quais as redes a qual os autores se referem?

Na verdade, as redes sociais locais predispostas à participação em movimentos sociais já estavam interconectadas havia tempo, tendo como carro-chefe as pastorais sociais, entre elas a pastoral da saúde, criada no início da década de 1980 mediante vínculo orgânico com a CNBB sob hegemonia da Teologia da Libertação. Em sua órbita, detectamos inúmeras “entidades” de apoio, renomeadas como ONGs nos anos pós-1990. (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p. 100).

Este dado retrata que estar envolvido em algum tipo de movimento social traz ao conselheiro estadual algum tipo de capital social, que futuramente diferencia o conselheiro com relação ao seu “saber” ou “conhecimento” para que assim possa deliberar questões trazidas ao CES/MT, como também a sua representação ajuda a promover o avanço de políticas de saúde. O capital social

[...] se constitui como uma das mais difundidas linhas de análise no contexto atual das ciências sociais. A crença de que uma sociedade dotada de redes de confiança e solidariedade horizontais produz instituições sólidas é algo que está na agenda do dia para pesquisadores que se dedicam ao estudo das melhores condições na relação público-privado capazes de promover a boa governança.²⁹⁵ (FERNANDES, s/d, p. 1).

Capital social na definição de Putnan (tradução de 1993)

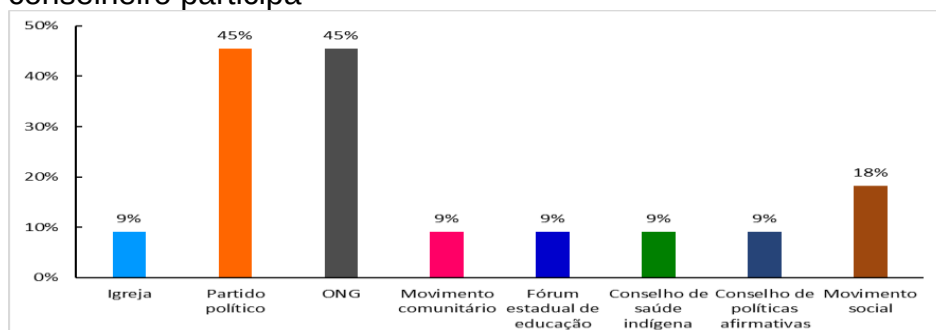
[...] refere-se a aspectos da organização social, tais como redes, normas e confiança que facilita coordenação e cooperação para benefícios mútuos. Capital social aumenta os benefícios de investimento em capital físico e capital humano”. Diante de uma definição tão fluida e abrangente o capital social torna-se um conceito amplo e difuso, uma vez que redes de confiança e solidariedade podem referir-se desde uma densa rede de organizações e associações civis (tais como ONGs, associações profissionais, de classe, religiosas, de bairros, entidades filantrópicas, cooperativas de produção, grupos em geral etc) até as conexões sociais mais informais como relações de amizade. (FERNANDES, s/d, p.1).

Para Fernandes, (s/d, p.2)

O capital social, antes de ser um conceito inteiramente inovador, busca recriar antigas noções de civismo comunitário, tratadas originalmente por autores clássicos como Tocqueville. Para Tocqueville um dos principais aspectos que asseguravam o bom funcionamento da democracia na América era o caráter associacionista dos cidadãos americanos.

Mas, primeiramente precisamos esclarecer quais eram as opções consideradas, o Gráfico 7 responde à questão.

Gráfico 7 - Movimento social/ Organização social que o conselheiro participa



Pesquisa de Campo (2018)

*OBS: Existem indivíduos que participam de mais de um movimento ou organização social, portanto a somatória das questões dará mais de cem por cento.

²⁹⁵ Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2001-pop-16.pdf> Acesso em: 23 mai. 2019.

Nesta questão perguntamos ao entrevistado se ele participava de algum movimento social ou organização cultural. Para ficar mais claro, trouxemos as duas categorias à luz do entrevistado: Movimento social são movimentos não institucionalizados, são ligados a um grupo social com a finalidade de alcançar os objetivos dos seus interessados, pela ação política. Por sua vez organização social é um movimento institucionalizado.

Entrevistado nº 2:

Participo de um partido político, já ha bastante tempo. Sou filiado e sindicalizado também.

Entrevistado nº 3:

Participo da minha igreja. Ela é uma organização social né? Além do Conselho.

Entrevistado nº 5:

Eu ajudo em uma Ong, já faz algum tempo.

Entrevistado nº 8:

Estou no Conselho de ações Afirmativas para Indígenas da UFMT.

Entrevistado nº 9:

Faço parte de movimento social de bairro.

Vamos aos dados: 18% dos entrevistados disseram que atuam em movimentos sociais após nossa definição. A partir deste dado coletado vamos estruturar mais a pesquisa trazendo a definição de movimentos sociais a partir de Gohn, que traz os movimentos sociais como “[...] ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas (GOHN, 2008 apud GOHN 2011, p. 235).

Segundo Scherer-Warren (2008, p. 506), os movimentos sociais possuem “[...] demandas materiais que têm como referência objetiva as exclusões e carências cotidianas dos sujeitos-base das lutas e são, portanto, histórica e espacialmente referenciadas.” A autora ainda nomeia alguns exemplos de movimentos sociais e que contemplam nossa definição

Nessa direção, podemos nomear alguns dos movimentos sociais populares mais expressivos na América Latina atual (sem-terra ou

campesinos, sem-teto ou de moradores, indígenas, quilombolas, negros, mulheres, piqueteiros, desempregados, dentre outros). Essas demandas se tornam signos e representações simbólicas através da tradução de seus significados em políticas de cidadania. (SCHERER-WARREN, 2008, p. 506).

Após esta análise introdutória, voltamos aos dados, em que 18% dizem que fazem parte de movimentos sociais, e citam qual movimento fazem parte conforme a seguir: Associação de Pacientes Renais e Transplantados de Mato Grosso, Movimento Comunitário, Sindicato dos trabalhadores no Ensino Público de Mato Grosso, Fórum estadual de Educação, Conselho de saúde Indígena, Conselho de Políticas afirmativas da UFMT, Conselho Estadual do Trabalho – MT, e um entrevistado citou “Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento SUS” - tema central da 13ª Conferência de Saúde do Município de Cuiabá realizada nos dias 10, 11 e 12 de abril de 2019, no Hotel Fazenda Mato Grosso – como movimento social que participa.

Segundo nossa explanação, fica claro que os conselheiros não estão envolvidos em movimentos sociais, a partir de nossa definição, que são alternativas à burocracia, a estrutura formal instituída em nossa sociedade, e, sim, estão ligados a organizações sociais com atuação política. Outra observação é que estes conselheiros não são oriundos dos movimentos sociais ligados a Reforma sanitária, e a movimentos oriundos de MT como GSP ou MOPS.

A presença dos movimentos populares urbanos entre as organizações de maior densidade associativista vem a demonstrar que, de modo geral, embora os movimentos sociais dos anos 1990 tenham sofrido algumas transformações na sua prática, tendo caracterizado um quadro mais institucionalizado que reivindicatório e, mais de “parceria” que de combatividade, em relação ao Estado, grande parte das reivindicações e demandas da sociedade civil por melhoria nas condições de vida ainda são mediadas pela organização societal em torno de entidades e movimentos. Isto sugere a relevância do papel desempenhado pelo associativismo civil na resolução dos males da pobreza e no acesso a políticas públicas. (CARLOS; SILVA, 2006, p. 171).

Na sequência da análise dos dados observamos que: 45% dos conselheiros fazem parte de uma Igreja – e a que mais aparece é a igreja católica, após a igreja protestante. Outro dado 45% são ligados a partidos políticos. E uma observação importante: o PT perde sua hegemonia, pois aparecem além do PT, PV, PP e o Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB).

Outro dado que aparece é 45% dos conselheiros envolvidos com ONGs

O conceito de Organização Não Governamental – ONG foi formulado em 1940, pela Organização das Nações Unidas – ONU, para caracterizar as entidades da sociedade que atuavam em projetos humanitários ou de interesse público. A expansão dessas organizações ocorreu nas décadas de 1960 e 1970, na América Latina, onde se começou a perceber o importante papel na luta contra Estado bem como a importância das mesmas, na construção de políticas públicas e na implementação de mudanças. (DIAS, 2003, p.15 apud SCHEID; MAFALDA; PINHEIRO, 2010, p. 1-2).

As ONGs são

[...] relacionadas ao chamado “terceiro setor”, contemplando agentes privados que atuam com fins públicos, elas desenvolvem ações para um bem comum. Dessa forma, percebe-se a abrangência das ONGs, que podem ter como norteadores temas diversos, como sociedade, meio ambiente, entre outros. (SCHEIDT; MAFALDA; PINHEIRO, 2010, p. 2).

Esta análise mostra que os conselheiros estão também identificados com o Terceiro Setor. Como já falamos anteriormente o primeiro setor, que é o Estado, o segundo setor que é o mercado, terceiro setor as Ongs têm como ação: educação, esporte, meio ambiente, hospitais, etc.

Há, portanto, um grau de associativismo, por parte dos conselheiros estaduais, o chamado “ativismo civil”, que pode ser analisado sob três dimensões

[...] 1) a participação dos indivíduos em movimentos associativos a partir de três extensões do associativismo – o associativismo civil, o associativismo partidário e o associativismo sindical; 2) os hábitos associativos e práticas de associação dos participantes de entidades civis, a partir de seu formato organizacional e de atuação associativa e; 3) as percepções de grupos sociais acerca da participação e sua prática participativa nos espaços institucionais [...]. (CARLOS; SILVA, 2006, p. 166).

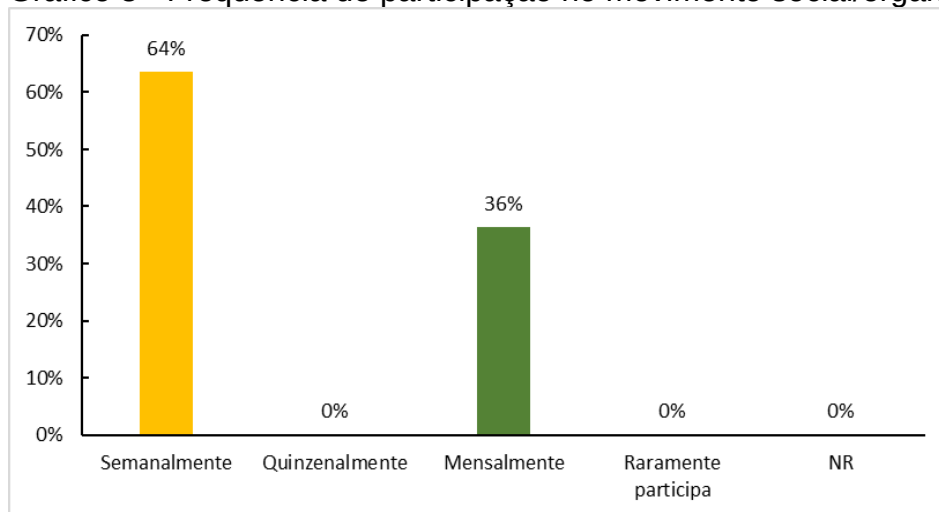
O ativismo civil

[...] expressa na participação de indivíduos em movimentos associativos²⁹⁶, seja ele o associativismo civil, seja o partidário ou o sindical, tem demonstrado impactos diretos sobre propostas de políticas públicas elaboradas com a participação social. (CARLOS; SILVA, 2006, p.167).

²⁹⁶ Movimentos associativos ou “movimentos sociais”: “[...] Os movimentos associativos referem-se a todas as ações coletivas no âmbito da sociedade civil, com o objetivo de defender interesses específicos.” (CARLOS; SILVA, 2006, p. 167).

Contemplando essa discussão, o próximo quadro irá apresentar a frequência de participação dos conselheiros estaduais em suas organizações.

Gráfico 8 - Frequência de participação no movimento social/organização social



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Entrevistado nº12:

Participo semanalmente no movimento.

Entrevistado nº13:

Só participo uma vez por mês. A idade pesa, e já me sinto cansado para ir toda a semana.

Esse gráfico indica que 64% dos conselheiros está envolvido pelo menos uma vez por semana, em sua organização social. O dado sugere o tipo de associativismo civil em que os conselheiros estão inseridos e um grau de cultura política, bem como uma vida política intensa e elevada dos conselheiros estaduais.

A criação de uma cultura política mais complexa e consistente requer e necessita da capacidade pedagógica que as ações políticas podem estabelecer com a sociedade civil. (RICCI, 2004 apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 164).

O autor se reporta a dois momentos aqui quando retrata a capacidade pedagógica: 1) do conselheiro estar engajado a um movimento social ou organização social – o que chamamos de associativismo- e 2) ao exercício contínuo que envolveria a potencialização de um capital social adquirido pelo conselheiro através dessa dinâmica pedagógica. Essa busca por estar engajado em organizações instituídas de poder e conhecimento pelos conselheiros, pode ser explicada

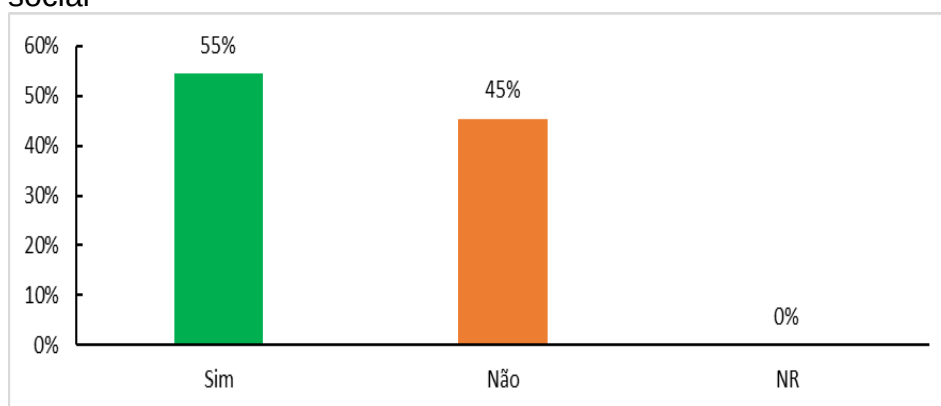
[...] pelo fato de os anos 1990 marcar um período de busca da institucionalização da democratização da gestão pública, em que o poder público local passa a incorporar mecanismos e canais de participação popular na elaboração e implementação das políticas públicas. (CARLOS; SILVA, 2006, p. 168).

E pelo próprio desejo e pela demanda da sociedade dos anos 1990 por uma maior

[...] permeabilidade e controle dos órgãos públicos pela sociedade civil podem ter gerado impactos substantivos na adesão da população aos movimentos populares e entidades civis organizadas. (CARLOS; SILVA, 2006, p. 168-169).

O quadro a seguir nos dará suporte sobre a função que exerce o conselheiro estadual nestes movimentos dos quais está engajado.

Gráfico 9 – Função de direção em movimento social/organização social



Fonte: Pesquisa de campo (2018)

O entrevistado nº 11 afirma:

Sou secretário de mesa.

Diz o entrevistado nº 13:

Sou sindicalizado, faço parte da direção do partido.

Entrevistado nº 16:

Não faço parte de direção.

O quadro acima revela que 55% dos conselheiros estaduais de saúde exercem função de direção em suas organizações sociais e novamente aparece a relação associativismo e participação interligados. A participação entendida como uma ação política pode ser assim compreendida, como

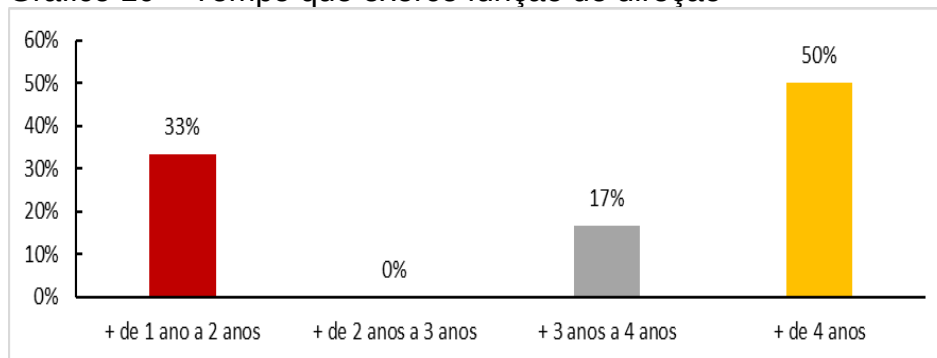
[...] uma prática ético-política, que tem a ver tanto com a questão do poder e da dominação quanto com a questão do consenso e da hegemonia, tanto com a força quanto com o consentimento, tanto com o governo quanto com a convivência, em suma, tanto com o ato pelo qual se elege um governante quanto com o “ato pelo qual um povo é povo, pois esse ato constitui o verdadeiro fundamento da sociedade”. (NOGUEIRA, 2004, p. 133 apud CARLOS; SILVA, 2006, p. 177).

Segundo Carlos e Silva (2006, p. 177), deve-se ter cuidado com a participação política que se expressa em uma dimensão superficial, no mero ativismo político, “[...] e imediatista ao qual em geral sem consequência para o todo, para o cerne das estruturas sociais, políticas e econômicas.” Em um conselho de políticas como é o CES/MT, a participação

[...] torna explícitos as suas diferenças e seus interesses num terreno comum estabelecido a partir de leis e instituições. Uma participação nas esferas decisórias que exige que o poder se democratize e seja compartilhado. (CARLOS; SILVA, 2006, p. 177).

O quadro abaixo se refere ao tempo em que o conselheiro tem na direção de movimento ou organização social.

Gráfico 10 – Tempo que exerce função de direção



Fonte: Pesquisa de campo (2018)

Os entrevistados afirmam o seguinte:

Entrevistado nº 9:

Estou na direção já faz mais de quatro anos.

Entrevistado nº 10:

Ah! Estou na direção já faz mais de três anos.

Entrevistado nº 12:

Na direção, deixa me ver mais de dois anos, por aí.

Entrevistado nº 17:

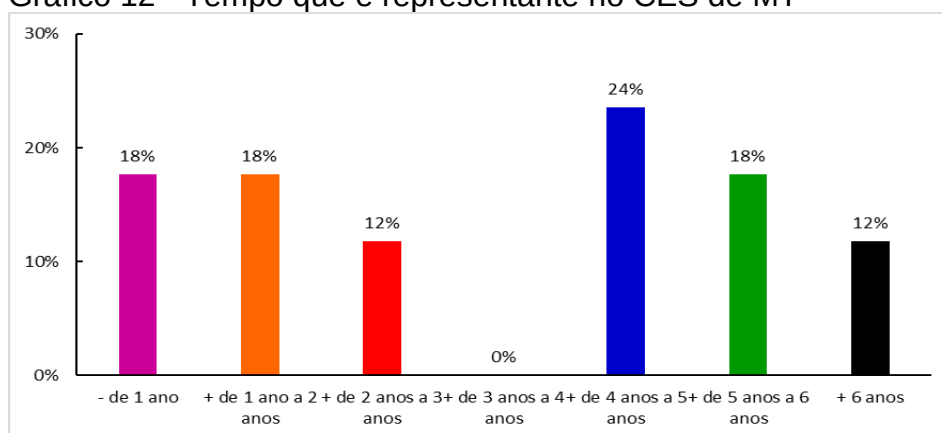
Um ano e um pouquinho.

O gráfico acima demonstra que os conselheiros estaduais de saúde estão envolvidos em organizações sociais e o dado também mostra que esse envolvimento conta com 50% dos conselheiros estaduais com mais de quatro anos na direção dessas organizações sociais. As organizações

[...] caracterizam-se pelo propósito de enfrentar demandas tradicionalmente atendidas pelo Estado em áreas como educação, saúde, geração de renda, promoção de minorias, meio ambiente, entre outras, a partir de lógicas do Mercado, o que se pode resumir na idéia de “privado com funções públicas. (FERNANDES, 1994 apud HOROCHOVSKI, 2003, p. 110).

Significa que são atores capacitados para ser protagonistas do processo de tomada de decisão no CES de MT.

Gráfico 12 - Tempo que é representante no CES de MT



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

Segundo Correia (2005, p. 11),

O caráter permanente e deliberativo sobre a política de saúde formalmente atribuído ao conselho insere no contexto do Sistema Único de saúde cerca de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais) como possíveis sujeitos ativos da política de saúde brasileira.

Considerando o conceito de democracia participativa “[...] cujo princípio fundamental é a participação dos cidadãos nas decisões políticas a partir de uma ampliação dos canais interativos” (YOUNG, 2006; SANTOS e AVRITZER, 2002

apud ZORZAL, s/d)²⁹⁷, podemos perceber que não há renovação, que na base do processo de representatividade não há renovação, que a participação não é tão significativa

[...] quais são as diferenças da ideia de participação no modelo de democracia participativa? São basicamente quatro: 1) a inclusão de atores historicamente excluídos das decisões políticas; 2) o caráter deliberativo da participação; 3) o papel pedagógico da participação; e 4) a pluralidade de desenhos institucionais. (GASPARDO, 2018, p. 71-72).

Esta situação de falta de renovação é comprovada na fala do entrevistado nº15, que relata que é conselheiro há muito tempo em outras gestões, e teve que sair e agora voltou (gestão 2018-2020). Perguntado há quanto tempo é conselheiro disse:

No período novo um ano e meio né, mas eu fui antes conselheiro e sai porque a gente tem que dar vaga para os outros aprenderem. Mas eu tive que voltar a ser titular agora porque o que foi eleito não aguentou e saiu.

Para exemplificar melhor que não há renovação, que na base do processo de representatividade não há renovação, descrevemos a situação do conselheiro entrevistado nº 13 relata que foi por muitos anos titular e seu colega suplente.

[...] eu tive oito anos antes, nos anos 90 como titular, mas nesta mais nova gestão (2018-2020) sou suplente. O que era titular acabou desistindo, e eu voltei a ser titular. Isto acontece muito no conselho.

Outro exemplo é o entrevistado nº 8 que relata da sua dificuldade em ser substituído no CES de MT. Ele reporta assim sua situação

Olha eu tenho 2 anos de Conselho, mas tive neste período um pouco afastada devido a licença de saúde. Sempre tive muita vontade de participar do conselho. Mas minha chegada aqui foi de forma impositiva. Inclusive pedi para sair logo depois, mas não consigo arrumar outra pessoa para pôr no lugar.

O entrevistado 8 relata dificuldade em substituí-lo, mas, segundo Brasil (2013, p. 11), “O conselheiro do órgão ou da entidade não governamental tem sua entidade eleita num fórum específico, ou seja, numa reunião convocada para esta

²⁹⁷ Disponível em: www.periodicos.ufes.br/SCSUFES/article/download/8567/6021 Acesso em jan. 2019.

eleição.” A pouca participação significativa falta de *accountability* por parte do conselheiro

[...] *accountability*, da prestação de contas e da responsabilização dos participantes em relação aos grupos que representam e ao conjunto da sociedade. (GASPARDO, 2018, p. 76).

A pouca participação e/ou baixa participação do conselheiro no CES resulta segundo resultados de uma pesquisa realizado sobre a capacitação dos conselheiros²⁹⁸:

[...] apontam a capacitação como um dos fatores que ajudam o conselheiro, e a sua ausência como segunda (10%) fator que dificulta a atuação dos conselheiros, ficando atrás apenas da “desmobilização dos eu conselheiros”, cujo índice é 27%. (CORREIA, 2005, p. 16).

A questão que nos aflige é: A presença de movimentos sociais estruturados pressiona as velhas instituições, na intenção de defender “a coisa pública” (GOHN, 2000) trazendo uma nova cultura política sustentada na participação e que envolveria também o empoderamento e o protagonismo dos sujeitos sociais?

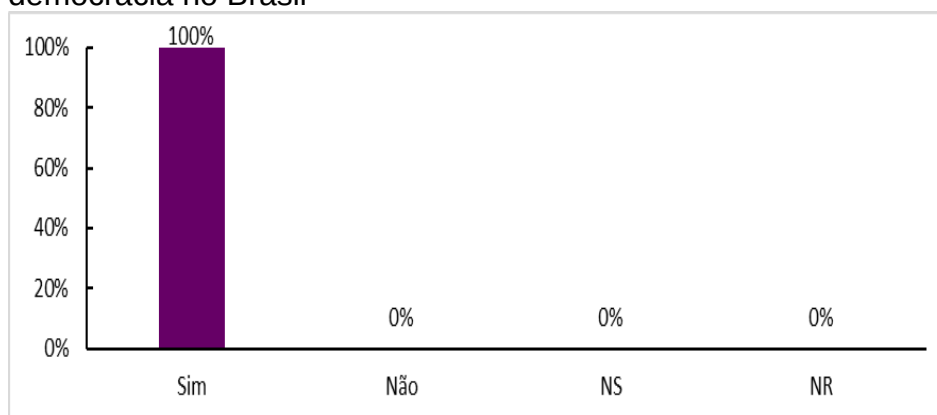
A participação dos conselheiros leva à socialização política (internalizar os valores das instituições das quais participa) de modo que compõem os dispositivos estruturantes da percepção e ação. Em outras palavras, seu entendimento da política e suas escolhas no processo político passam a ser motivados e orientados pela estrutura normativa internalizada em seu processo de socialização. Neste momento, podemos pensar sobre esta socialização política através por uma pergunta,

Um representante deve fazer o que seus eleitores querem ou o que ele acha melhor? A discussão nasce do paradoxo inerente ao próprio significado da representação: tornar presente de alguma forma o que apesar disso não está literalmente presente. Mas, na teoria política, o paradoxo é recoberto por várias preocupações substantivas: a relação entre os representantes na legislatura, o papel dos partidos políticos, a medida em que os interesses locais e parciais se encaixam no bem nacional, a forma pela qual a deliberação se relaciona com o voto e ambas se relacionam com o exercício do governo. (PITKIN, 2006, p. 30).

²⁹⁸Pesquisa de Avaliação do Impacto do Projeto de Incentivo a Participação Popular e ao Controle Social no SUS, realizada durante o primeiro semestre de 1998 pelo Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da Universidade Federal de Alagoas com Parceria do setor de Informação, Educação e Comunicação da Secretaria do Estado de saúde de Alagoas(IEC/SESAU/AL)

Significa que sua atuação no CES de MT é função (resultado) de tais valores. Assim, se a instituição da qual participou comporta-se orientada pelo princípio da participação, então o membro do conselho que nela foi socializado integrará este órgão de representação de modo a fazer valer nele uma concepção participativa da democracia, e assim procederá em todo o processo deliberativo que se realiza no CES de MT.

Gráfico 33 - Em sua opinião, a participação cívica consolida a democracia no Brasil



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Vamos ao que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 1:

Sim. É muito importante participar, e depois que pega gosto, você não quer mais ficar parado em casa.

Entrevistado nº 3

Sim. Acho importante participar.

A participação cívica

[...] designa que a pessoa pode participar na decisão estratégica de um projecto, associação, organização (instituição) ou ambiente; tudo isto afecta o seu local profissional, hospital e clínica, vizinhos, escola, reunião religiosa, ambiente social e, mesmo, a organização comunitária de “grassroots”²⁹⁹, dedicada à transformação ambiental. A participação cívica é uma boa maneira de redução da distância psicológica e de aumento da capacidade de percepção e senso de controlo. (LUE, 2010, p. 1105).

Freire (2014) em sua pesquisa “Engajamento cívico e capital social: um modelo interativo para o efeito da confiança interpessoal”, realizada em 2014, ao

²⁹⁹ Tradução “base.”

mensurar a propensão dos indivíduos para o engajamento cívico, observou que as atividades contempladas pelos entrevistados foram:

Participação em campanhas de partidos políticos – Dentre as variáveis dependentes selecionadas relativas à propensão para o engajamento, a participação em campanhas político-partidárias foi a que apresentou a menor média. Os entrevistados se mostraram muito pouco dispostos a trabalharem para um partido político. **Participação em protestos** – Assim como na propensão para o engajamento em partidos políticos, os entrevistados declararam-se muito pouco inclinados a se envolverem em protestos, embora relativamente mais dispostos a participar de tal tipo de ação coletiva. **Participação em associações voluntárias** – Os entrevistados revelaram-se mais propensos ao associativismo, em comparação à participação em campanhas partidárias ou em protestos. Ainda assim, a propensão média da amostra indicou que a inclinação ao desengajamento em associações voluntárias aparece como dominante. (FREIRE, 2014, p. 278).

A pesquisa de Freire traz a dimensão da vida cívica dos conselheiros de MT engajados nas 3 (tres) categorias acima como já evidenciamos aqui, na reflexão e análise dos dados apresentados, e do engajamento social e do capital social absorvido pelos conselheiros estaduais de saúde de MT mensurado pelo associativismo.

A teoria do capital social enfatiza a confiança interpessoal como um facilitador da cooperação entre os indivíduos, crucial para a formação de organizações autônomas da sociedade civil e para o engajamento dos cidadãos em questões de interesse público. (FREIRE, 2014, p. 273).

Fernandes (2000) contribui para esta discussão sobre “participação cívica”, trazendo outro conceito o de “comunidade cívica.” Para ele

O termo comunidade cívica está intimamente ligado aos temas da ação e da participação do cidadãos na vida pública. Uma comunidade cívica pode ser caracterizada idealmente como um espaço político-territorial circunscrito, composto de cidadãos dispostos e capazes de participar da vida pública em suas diferentes dimensões. (FERNANDES, 2000, p. 71).

Fernandes também contribui ao elencar dois autores para esta discussão: Michael Walzer (1993, 1990) e de Robert Putnam (2000). Michael Walzer nos trabalhos (1993; 1990)³⁰⁰:

³⁰⁰ WALZER, Michael. (1983). Las Esferas de la Justicia: Una defensa del pluralismo y la igualdad. México. Fondo de Cultura Económica, 1993. Tradução de Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality. New York. Basic Books, 1983.

[...] Esta abordagem segue a tradição do humanismo cívico. Pode-se considerar, em primeira aproximação, que o traço comum a essa tradição é a visão de que o papel primordial do homem enquanto cidadão de uma democracia republicana é a participação na vida política. (FERNANDES, 2000, p. 71).

O estudo de Putnam (1992)³⁰¹

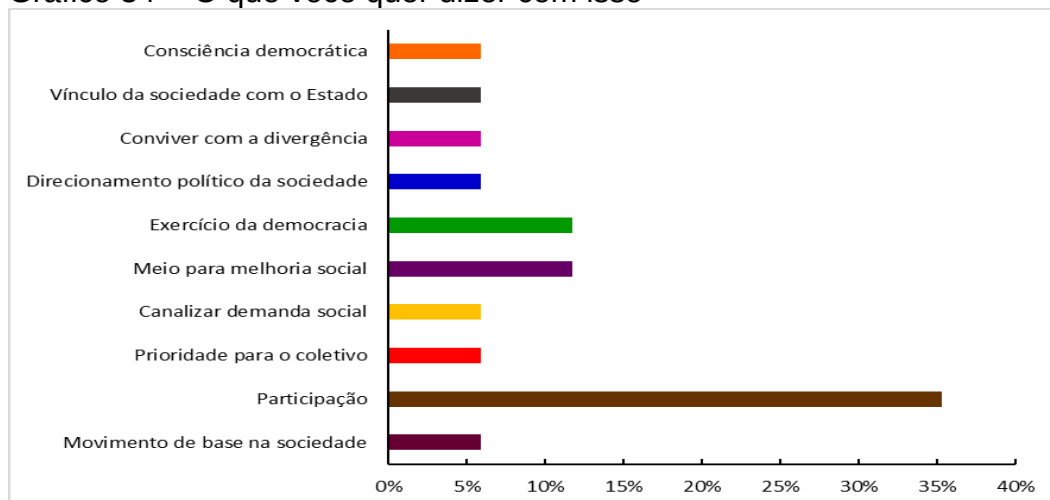
revela que há uma forte correlação entre modernidade econômica e desempenho institucional, e que o desempenho institucional está fortemente correlacionado à natureza da vida cívica. (FERNANDES, 2000, p. 83).

Fernandes (2000, p. 71) deixa claro que,

Argumenta-se que o republicanismo de Walzer permanece tributário do humanismo cívico e de sua visão da unidade social fundada em uma concepção específica da boa vida (a vida do cidadão ativo e imbuído de virtude). As pesquisas empíricas de Putnam sobre o "capital social", em contraste, inspiram-se no republicanismo mais pluralista e mais liberal de Tocqueville.

O dado acima, mostra que 100% dos conselheiros estaduais de saúde de MT, acreditam que a participação cívica é importante no seu processo interior de aquisição de capital social, e, conseqüentemente, ajuda no processo de deliberação da pauta do CES.

Gráfico 34 - O que você quer dizer com isso



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

WALZER, Michael. (1990). "The Comunitarian Critique of Liberalism". *Political Theory*, vol.18, n.1, 1990, pp. 6-23.

³⁰¹ Putnam desenvolveu o livro *Comunidade e democracia* (1996) ele estudou empiricamente durante mais de 20 anos o processo de descentralização do governo italiano a partir da década de 70, analisando comparativamente o caráter da mudança e do desempenho institucional entre os governos de suas várias regiões.

O que dizem os entrevistados a respeito:

Entrevistado nº 1:

A participação é muito importante para a democracia do nosso país. Ela tem que começar na escola, depois ir para o bairro, e assim pra frente. Todos deveriam participar. Participar é um ato democrático.

Entrevistado nº 4

Ajuda a ter consciência, como chama?! consciência democrática.

O dado mostra que 35% dos conselheiros estaduais de saúde de MT elencaram a “participação” no CES de MT como elemento fundamental para consolidar a democracia no Brasil .

A democracia deliberativa tem sido apresentada com base na democracia processual e na democracia constitucional. A democracia processual realça o princípio de decisão democrático caracterizado por a minoria obedecer à maioria. A democracia constitucional não só segue este princípio, mas ainda realça a protecção dos direitos básicos e liberdades individuais; mesmo no caso do consentimento da maioria, os direitos básicos e liberdades da minoria também não podem ser prejudicados; por exemplo, os direitos a eleger e ser eleito, as liberdades de expressão, reunião, associação, crença religiosa, etc., direitos estes que são todos garantidos pela constituição, não sofrendo efeitos da decisão da maioria por votação. (LUE, 2010, p. 1109).

Este dado também nos remete ao fato de que a partir de 1988

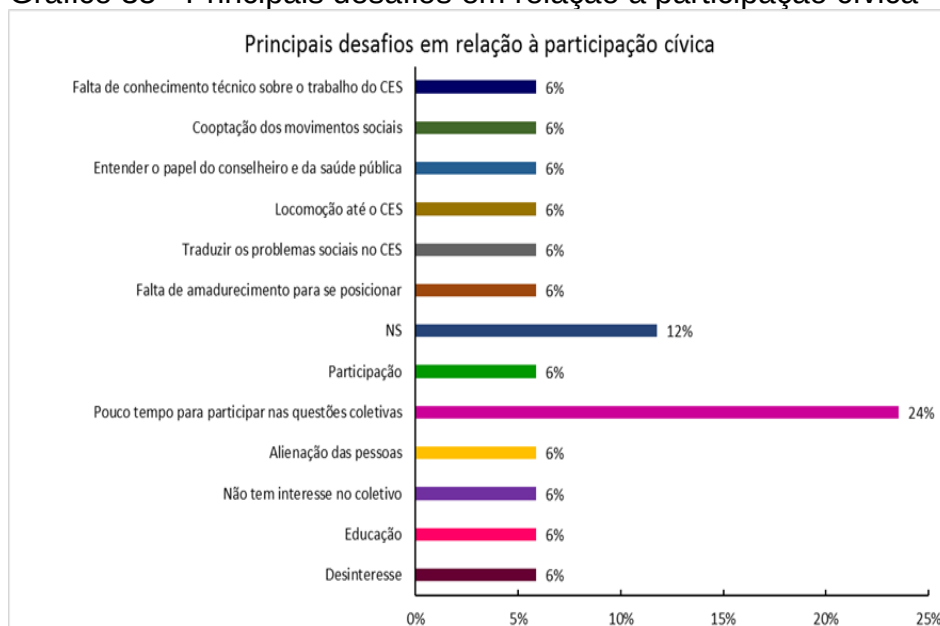
As oportunidades de participação ligam-se ao desenvolvimento dos direitos de cidadania. Em particular, o elemento social de cidadania é constituído pelo conjunto de direitos relativos ao bem-estar económico e social.³⁰²

Mesmo diante de avanços, os conselheiros estaduais apontam alguns desafios/dificuldade com relação a participação cívica, como mostra o quadro abaixo.

³⁰² Disponível

em: http://www.apgeo.pt/files/docs/CD_V_Congresso_APG/web/_pdf/E11_15Out_Patricia-Domingas-Alexandra.pdf. Acesso em: 3 jan. 2019.

Gráfico 35 - Principais desafios em relação à participação cívica



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 7:

O que dificulta mesmo, um desafio é o tempo da gente em participar.

Entrevistado nº 8:

Não sei.

Entrevistado nº 9:

As vezes a gente que não tem muita experiência em participar. Ainda me falta um pouco de amadurecimento.

Entrevistado nº 11:

As pessoas tem medo de participar, de se envolver, não tem interesse no coletivo.

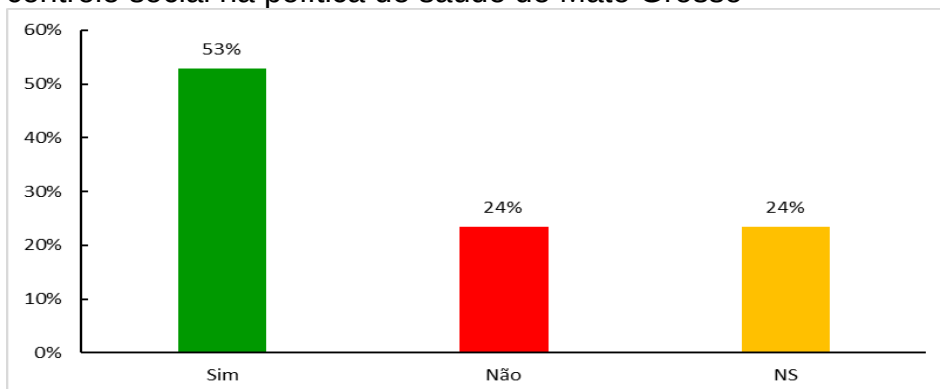
Entrevistado nº 15:

Acredito que a participação cívica venha da escola, de pequeno que se aprende a participar, da educação.

O gráfico acima mostra que 24% dos conselheiros estaduais de saúde entrevistados alegam que um dos principais desafios em relação à participação

cívica é “o pouco tempo para participar nas questões coletivas”, ou seja, os conselheiros alegam que a modernidade, dos tempos atuais, não proporciona aos indivíduos tempo disponível para fazerem o que gostam, estão sempre envolvidos em obrigações pessoais. Outras respostas ponderam um comportamento “alienado” ou “displicente” com relação a participação.

Gráfico 37 – Em sua opinião, o trabalho das OS dificulta o controle social na política de saúde de Mato Grosso



Fonte: Pesquisa de campo (2018.)

O que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 2:

Sim. As OS as vezes trazem pra reunião as informações incompletas pra gente. E a gente fica “perdidinho”. O conselho aí não sabe se estão cumprindo o contrato ou não.

Entrevistado nº 5:

Sim dificulta muito. Falta clareza das OS na prestação de contas no Conselho. Não sei se é má vontade delas ou o que, já que prestam contas para o Estado, acham que o Conselho atrapalha.

Entrevistado nº 7:

Não dificulta não. Elas fazem o trabalho delas e a gente aqui do Conselho faz o nosso. É assim que funciona.

Entrevistado nº 8:

Não sei dizer. Naquela época era suplente e não participei das reuniões e do debate sobre as OS.

Segundo Pereira (2018, p. 29), “O conceito de participação social na esfera pública sempre foi condição elementar para o exercício da democracia e cidadania em um Estado, dito, de Direito Democrático.” O gráfico mostra que 53%

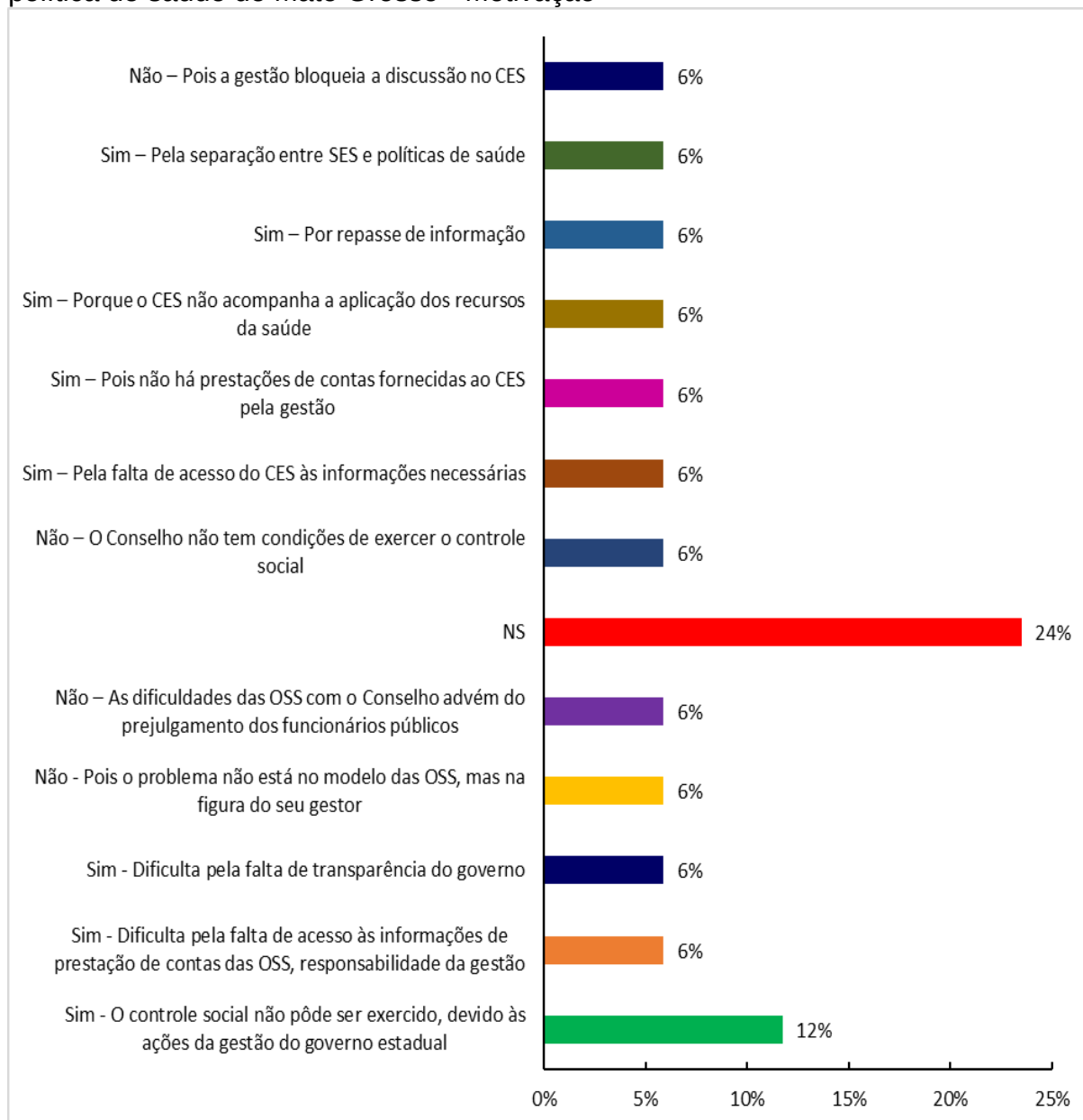
dos conselheiros estaduais acredita que o trabalho das OSS em MT dificulta o controle social por parte do CES de MT, ou seja, um pouco mais da metade dos conselheiros estaduais entrevistados.

Outro dado que temos é referente a 24% que dizem que não e outros 24% não sabem dizer ao certo se o trabalho das OSS na política de saúde de MT dificulta o exercício do controle social pelo CES de MT. Se considerarmos o somatório daqueles que disseram “não dificulta” aos que “não sabem” temos 48% dos conselheiros estaduais. Novamente temos a clareza que os conselheiros estão divididos com relação a temática das OSS em MT.

Este dado mostra que o conselheiro não possui/ não faz uma participação efetiva no CES de MT e para ser efetiva deveria ter as informações disponíveis sobre as OSS em MT, eles não possuem. Consideramos aqui que os conselheiros estaduais de saúde de MT fazem uma pseudoparticipação, segundo tipologia de PATEMAN, (1992). Segundo Pereira (2018, p.32), “[...] a participação dos e nos conselhos é um tanto quanto desalentadora.”

Compreende-se pseudoparticipação como o conjunto de técnicas de persuasão com o objetivo de aceitar decisões tomadas. Nesse caso, não há participação alguma no processo de tomada de decisão. Seu objetivo é criar um “sentimento” de participação. A “participação”, assim, limita-se a endossar decisões tomadas pelo líder. Este não é selecionado pelo grupo e não deve responder ao grupo pelas suas ações. O líder do grupo tem em mente um objetivo particular, e a discussão de um grupo é utilizada como um meio de induzir à aceitação desse objetivo.

Gráfico 37.1 – Em sua opinião, o trabalho das OS dificulta o controle social na política de saúde de Mato Grosso - Motivação



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 17:

Não sei dizer.

Entrevistado nº 1:

Dificulta sim. As informações necessárias sobre as OS em MT não chegam completas ao Conselho.

Entrevistado nº 4:

Dificulta sim. Mas eu acho que é também é falta de transparência do executivo, do governo de MT mesmo.

Entrevistado nº16:

Sim. Elas dificultam o controle social por parte do Conselho.

Entrevistado nº 6:

Não. Não são elas que dificultam. O conselho não consegue exercer o controle social deste jeito sobre as OS. É falta de informação por parte do executivo, transparência na prestação de contas das OS.

Entrevistado nº 7:

Não. Elas não dificultam. Na verdade, a gestão bloqueou o nosso trabalho, e não foi as OS. As poucas informações que vinham ao Conselho sobre as OS era o que o executivo queria que o Conselho soubesse.

Entrevistado nº 13:

Não dificulta nada.

Segundo Bravo (2007 apud PEREIRA, 2018, p. 30), “[...] a participação envolve a gestão de todo o processo nas políticas, desde o planejamento até a fiscalização no momento da operacionalização [...]”. Percebemos que 24% dos conselheiros não sabe dizer se o trabalho das OS dificulta o controle social na política de saúde de Mato Grosso. Os dados podem ser interpretados da seguinte maneira: O conselheiros não tem acesso direto às OSS de MT, por isto não conseguem fiscalizar, exercer o controle social. Porque não tem acesso as OSS, quando digo acesso falo das informações que deveriam estar disponíveis aos conselheiros como: contrato, quanto ela - OS – recebe/valores do estado, a prestação de contas mensal – valores de entrada e saída de serviços realizados por estas instituições, etc.

Uma das causas desse sentimento traduzido pelo dado por parte do conselheiro estadual de saúde, é que o contrato com as OS é feito direto com a gestão – com o governo – e passa pela SES. O conselho não tem/possui todas as informações sobre as OS, por isso 12% dos conselheiros entrevistados alega que o controle social não pode ser exercido.

Outra coisa importante que o dado mostra é que muitas vezes a falta de conhecimento técnico por parte dos conselheiros estaduais de saúde para entender as informações especializadas sobre as OSS atrapalha sua decisão para deliberação sobre o tema. Nesse momento se faz necessário a presença de outro ator, um terceiro, que seja especializado e faça a tradução do saber especializado - a fala - de técnicos (gestores) das OSS.

A presença do terceiro ator possibilita aos conselheiros leigos o empoderamento necessário e contribui para minimizar a assimetria de conhecimento entre os conselheiros. (PAESE, 2011, p. 119).

O “terceiro ator” denomina o conjunto de indivíduos “[...] dotados de predicados que lhes permitem traduzir a linguagem técnica de modo a ser entendida por indivíduos que não dispõem de saber especializado, ou seja, ele é um tradutor.” (PAESE, 2011, p.119-120). O que percebemos é que este papel especializado foi desempenhado pelos próprios conselheiros estaduais, determinados “peritos” com conhecimento técnico suficiente para “[...] esclarecer itens da pauta técnica, que causavam muitas dificuldades para os conselheiros leigos se posicionar.” (PAESE, 2011, p.119-120). Isso foi observado através das reuniões que assistimos.

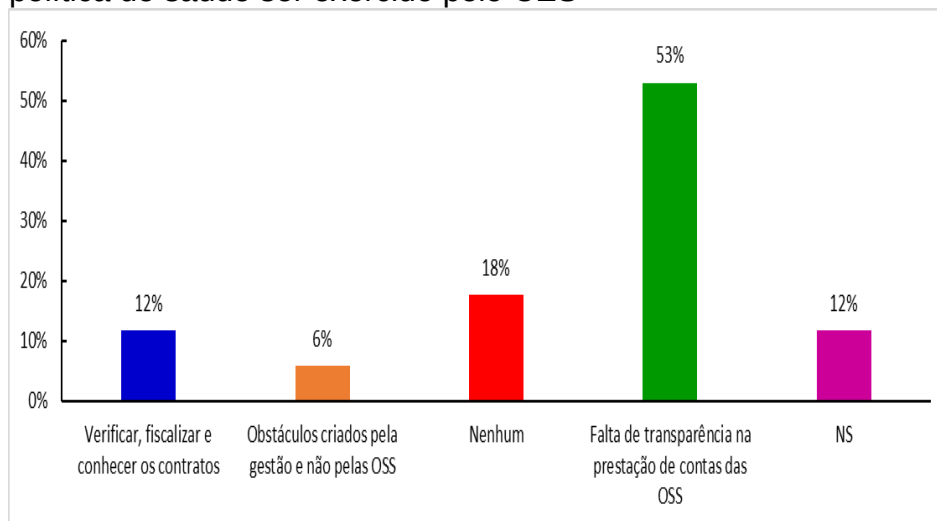
O terceiro ator está garantido no Regimento Interno do CES de MT na Seção III Dos Assistentes Técnicos Art. 163. Os assistentes técnicos têm como atribuições básicas:

I - elaborar relatórios técnicos, a partir das informações produzidas pelas unidades administrativas; II - coletar informações, produzindo dados de forma científica, para estruturação de documentos, visando atender solicitação da alta administração; III - desempenhar outras funções compatíveis com suas atribuições face à determinação superior.³⁰³

Para Pateman existe um questionamento crucial a ser feito, “[...] qual o lugar da participação numa teoria da democracia moderna e viável?” (1992, p.9). Os conselheiros estaduais de saúde de MT fazem uma pseudoparticipação. Neste caso não há participação alguma no processo de tomada de decisão. Seu objetivo é criar um “sentimento” de participação.

³⁰³Disponível em:file:///C:/Users/regimento-interno-secretaria-de-estado-de-saude-[461-230412-SES-MT]%20(1).pdf Acesso em: 23 jul.2019.

Figura 38 – Quais os obstáculos que as OSS criam para o controle social da política de saúde ser exercido pelo CES



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

O que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº 1:

A falta de transparência das OS na prestação de contas para o conselho é o principal obstáculo. Como faz pra acompanhar os gastos deste jeito.

Entrevistado nº 2:

Verificar, fiscalizar e conhecer os contratos que o executivo fez com estas OS. A gente no Conselho leva um tempo pra entender, e começar a fiscalizar elas.

Entrevistado nº 15:

Muitos dos obstáculos para fiscalizar as OS vem do executivo/da gestão. Demora um monte pra gente ter acesso aos contratos. A assessoria jurídica do Estado demora muito pra atender o conselho.

O dado acima mais relevante é o que corresponde a 53% dos conselheiros estaduais de saúde entrevistados, alegam que dentre os obstáculos que as OSS, criam para que o controle social por parte destes se efetive á a falta de transparência na prestação de contas.

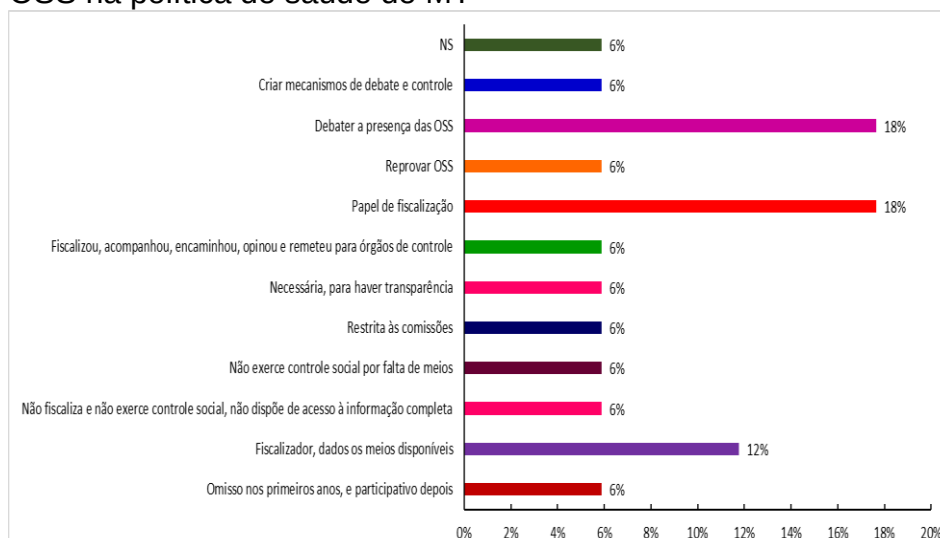
Apontamos duas situações:

- i. Os conselheiros não têm ou conseguem acessar a informação completa sobre as OSS em MT; são enfáticos em eleger o Estado como aquele que lhes bloqueia o efetivo controle social;

- ii. Dentre as informações repassadas pelo Estado ao CES de MT sobre as OSS, essas possuem uma linguagem muito técnica, compactada, em que o conselheiro tem dificuldade de compreendê-las e, por conseguinte, sua decisão é deficitária com relação ao assunto.

Por isso, acreditamos que o conselheiro estadual de saúde faz uma pseudoparticipação conforme tipologia de Pateman (1992). Existe um consenso entre os conselheiros à respeito dos obstáculos ao controle social com relação às OSS em MT. Se o controle social não é exercido pelo CES de MT não existe participação efetiva/ativa por parte dos conselheiros estaduais e isso impacta a democracia. Na constituição Federal de 1988, a democracia está desenhada como tributária(dependente) da participação. Se não há controle social, não existe participação e por consequência não existe um processo democrático, não existe democracia.

Figura 40 – Qual é o papel do CES referente à participação das OSS na política de saúde de MT



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta questão os entrevistados podem escolher mais de uma alternativa de resposta.

Vamos aos entrevistados:

Entrevistado nº 4:

O papel do Conselho é discutir, debater até a exaustão as OS na saúde.

Entrevistado nº 6:

O papel do Conselho ele fez. Esta é uma casa de debates e embates de idéias. Aqui as OS devem ser debatidas, quem era contra e a favor delas na política de saúde.

Entrevistado nº 10:

O papel do Conselho é fiscalizar. As OS já existem, vamos ao trabalho, fiscalizar.

Entrevistado nº 11:

O Conselho fiscalizou dentro dos meios que tinha para fiscalizar as OS. Se não fez mais é porque estava sem as informações completas para agir.

Os dados acima coletados indicam que 18% dos conselheiros acreditam que o papel do conselho diante a participação/presença das OSS na política de saúde de MT deve ser :a) debater/discutir as OSS; b) fiscalizá-las.

As entrevistas mostram que foi o que os conselheiros estaduais fizeram de 2015 à 2018, mas dentro de suas limitações: a) falta de informações por parte do Estado sobre as OSS; b) falta de transparência por parte das OSS frente a reuniões chamadas pelo CES; c) esta última devido a falta de conhecimento técnico – perito - por parte da maioria dos conselheiros de saúde. Para Carvalho (2007 apud PEREIRA, 2018, p. 32), “[...] há fragilidades na representatividade dos conselheiros no que se refere à competência de deliberar e exigir suas decisões frente aos representantes do governo.” Segundo 12% dos conselheiros, há necessidade clara e real de que o CES de MT deve fiscalizar as OSS, mas dentro dos meios possíveis. Corroborando com a análise acima.

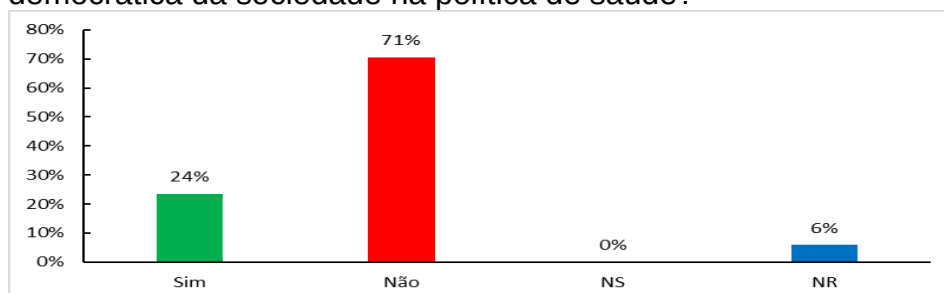
Analisamos nessa caminhada a categoria “participação” da sociedade – representada pelos conselheiros estaduais de saúde de MT. Aqui nos referimos às decisões, formulações e implementações de uma política pública, tendo como foco a participação como princípio constitucional que leva a um modelo de democracia. Mas qual democracia? A representativa conduzida pelas práticas participativas que fortalecem a democracia representativa no país, e consequentemente, as demandas deliberadas pela sociedade civil.

O CES de MT quer exercer a democracia, os conselheiros de saúde elencam dificuldades para exercer esta atividade democrática que é a participação, mas eles entendem que são bloqueados pelo Estado, pelo gestor, que traduziu a contratação das OSS em uma relação direta com esta, consequentemente

diminuindo a participação do CES de MT. É por este motivo que caracterizamos a pseudoparticipação do conselho, na categoria de Pateman (1992), pois o CES de MT é bloqueado no exercício/ato da participação pelo Estado.

Vamos além, por que é pseudoparticipação? Os conselheiros acreditam que ao ir as reuniões do conselho, sentarem-se em seus assentos de representantes de uma/sua categoria, terem voz na pauta, participam plenamente. Ao contrário, como agentes de decisões, formuladores e implementadores de um meio de uma política pública de saúde, não conseguem, participar plenamente como deveria ser, como é o foco a participação como princípio constitucional que leva a um modelo de democracia. Estado e CES de MT deveriam decidir juntos sobre as políticas públicas do Estado, mas o que ocorre é que só este último decide sobre estas.

Gráfico 41 – Em sua opinião a atuação das OSS bloqueia a participação democrática da sociedade na política de saúde?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O que dizem os entrevistados:

Entrevistado nº2:

Não, não vejo como um bloqueio. Eu vejo que a gestão não foi eficiente em finalizar o serviço que ela deliberou para as organizações sociais. Foi a gestão que nos bloqueou.

Tatagiba (2003), sobre o bloqueio que o executivo realiza muitas vezes ao Conselho destaca a

[...] a resistência dos governos em respeitar e operacionalizar as decisões destes espaços, necessitando abrir mão do diálogo, do debate e utilizando estratégias de negociação para ter alguns poucos avanços. (apud PEREIRA, 2018, p. 32).

Entrevistado nº3:

Não. Não bloqueia. O Conselho se reunia, deliberava sobre as Organizações Sociais na saúde.

Entrevistado nº 12:

Não bloqueou nada. Não foi assim que funcionou. Não acho que as OS foram embora em 2018 por causa da ação do Conselho, foram embora porque o dinheiro do Estado secou, ele não pagava mais direito elas, atrasava muito. E elas pararam de funcionar, uma área aqui, outra ali. Elas que decidiram ir embora, elas esperaram encerrar o contrato e foram embora.

Entrevistado nº 8:

Bloqueou sim. A gente depois que as OS foram implementadas, não participou mais igual no Conselho. Só em 2015 com novos membros a participação voltou.

Entrevistado nº 9:

O Conselho ficou bloqueado sim. Nós conselheiros ficamos bloqueados sim. O executivo não nos ouvia, e as Organizações Sociais ficaram até ano passado.

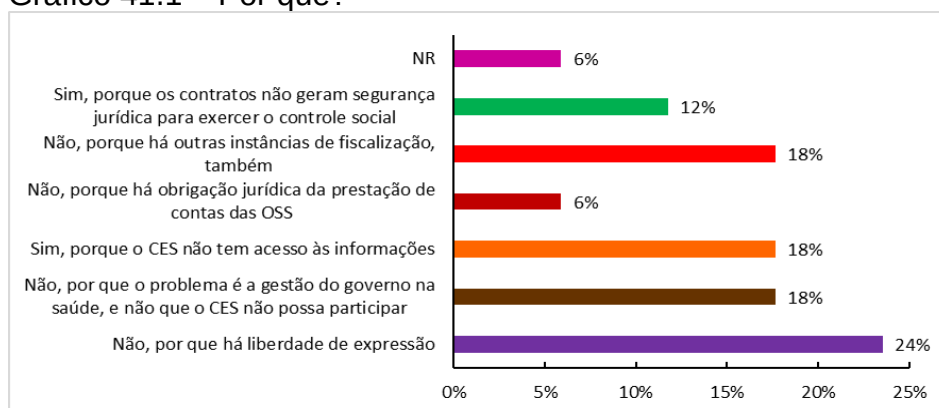
Entrevistado nº 17:

Não vou responder essa. Eu passo. Sempre fui suplente no Conselho.

A partir dos questionamentos feitos inicialmente nesta tese como: Considerando que a participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas de saúde é entendida como um avanço democrático, pois amplia a participação da sociedade no Estado, a transferência administração de unidades de saúde, como hospitais, do Estado para organizações privadas, pode ter como consequência um bloqueio à democracia?

Podemos concluir através da análise do dado acima que mostra que 71% dos entrevistados afirma que a atuação das OSS em MT não bloqueou a participação democrática. O CES e nem os conselheiros não tiveram sua participação bloqueada pelas OSS. Isso reforça nossa conclusão de que se houve dificuldade para exercício de controle social pelo conselho, não foi de vido a ação das OSS e sim por parte do poder executivo (a própria máquina do Estado).

Gráfico 41.1 – Por quê?



Fonte: Pesquisa de campo (2018).

OBS: Nesta pergunta os entrevistados podiam escolher mais de uma alternativa de resposta.

Vamos aos entrevistados:

Entrevistado nº 2:

Não bloqueou a participação democrática. Porque existia uma obrigação jurídica de prestação de contas pelas OS. Existia um contrato com estas organizações. Bem ou mal foi cumprido por elas.

Entrevistado nº 3:

Não bloqueou nada. Porque o problema foi o executivo, a gestão. Essa que bloqueou o conselho.

Entrevistado nº 12:

Não bloqueou. Até porque existem outras instâncias fiscalizadoras. O MP, e a ouvidoria do SUS.

Entrevistado nº 8:

Bloqueou sim. Não havia liberdade de expressão no Conselho é como bater na porta fechada, ninguém ouvia o Conselho.

Entrevistado nº 9:

Sim bloqueou. Principalmente os contratos que eram feitos, todos viam que existia muita insegurança jurídica neles. O Estado ficava a mercê das OS.

Entrevistado nº 11:

Sim bloqueou a participação do Conselho, a participação democrática. O conselho não teve acesso a todas as informações das OSS na saúde de MT. Foi lamentável isto que ocorreu. Como fiscalizar deste jeito.

Conclui-se então que entre 2011 a 2018, período em que as OSS estiveram presentes na política de saúde de MT, o bloqueio ao controle social partiu do estado de MT e não dos entes privados – OSS. O dado contribui para corroborar a nossa conclusão de que o dispositivo burocrático do Estado foi mais nocivo para o controle social do que a natureza privada do agente não estatal na política de saúde em tela.

Podemos concluir que a participação democrática dos conselheiros, segundo Pateman (1992), foi meramente ritualística, devido a dois fatores: a) a falta de informação sobre as OSS de MT que diminui a eficácia do controle social; b) os conselheiros se limitaram a cumprir uma rotina burocrática, que tornou sua atuação sem efetividade, sem potência suficiente para gerar, de fato, o aprofundamento da democracia.

Quanto ao capital social (PUTNAM, 2000), podemos concluir que a experiência prévia de socialização política dos conselheiros nas organizações sociais das quais participaram, foi decisiva para que, apesar do bloqueio imposto pelo Estado ao controle social, este nunca deixou de estar no horizonte dos conselheiros. Foi o associativismo prévio que garantiu um acúmulo de capital social suficiente para ter essa atitude política no Conselho.

A pesquisa empírica foi realizada em 2018, para testar a seguinte hipótese: quanto mais privada é a gestão da saúde — terceirizada, portanto, como no caso da administração de hospitais públicos pelas OSS — o grau de controle social executado pelo CES é menor e, conseqüentemente, a participação da sociedade é restringida. A hipótese visava responder nosso problema de pesquisa: até que ponto a atuação das OSS, por serem privadas, pode ou não impedir que a sociedade civil, pelos seus representantes no CES, possa exercer o controle social preconizado pelo SUS? No caso estudado, não impediu, pelas razões já enunciadas ao longo do trabalho, consubstanciadas no modo como se organizou a relação entre Estado, CES e OSS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo conhecer e analisar os efeitos da atuação de organizações privadas na área da política de saúde sobre a democracia. Sendo assim, os conceitos de participação e controle social permitiram explicar os dados a respeito das possibilidades de a sociedade civil – representada em nosso estudo pelo CES/MT – conseguir ou não influenciar a política de saúde do Estado de Mato Grosso, visto serem as OSS, de direito privado e impermeáveis à ação das organizações sociais.

A política de saúde é entendida nesta tese como um elemento constitutivo das políticas sociais, que correspondem à ação dos governos, a qual, esta ação está ligada ao bem-estar dos cidadãos através da prestação de serviços. As OSS surgiram na política de saúde de MT, na gestão de hospitais públicos em 2011 e permaneceram até 2018. Dada o destaque dos Conselhos de Saúde a partir da Lei nº 8142/1990, o CES/MT foi incluído na pesquisa dada a importância no exercício do controle social que realiza.

O trabalho que apresentamos concluiu que o CES/MT é um espaço de democracia participativa e deliberativa, e que os conselheiros são integrantes do novo arranjo político institucional do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988. O CES mostrou possuir um histórico de lutas em favor da qualidade/efetividade e do acesso à saúde da população que representa. Possui uma dinâmica de boa governança, utilizando os cinco princípios que a definem: legitimidade e voz, direção, desempenho, prestação de contas e justiça.

Os conselheiros estaduais, por sua vez, apresentam um perfil associado à participação em organizações sociais. Dentre as mais novas, citamos as ONGs, de extração mais política, e que lhes confere a capacidade de assumir uma postura de protagonismo no processo de tomada de decisão. Esse envolvimento gera um capital social (PUTNAM, 2000), adquirido pela experiência de associativismo.

O empoderamento dos conselheiros estaduais é realizado periodicamente em cursos divulgados e ofertados por vários órgãos da administração federal, não apenas pelo CES/MT. Seu objetivo é discutir assuntos relacionados à pauta para o processo de tomada de decisão sobre políticas de saúde. Estas passam por deliberações baseadas em conhecimento técnico, que denominamos “saber perito”, não acessível a uma parte dos conselheiros,

chamados, no caso, de leigos. O problema é sanado com a entrada de um “terceiro ator”, o pessoal técnico da SES. Em comissões e reuniões, quando são chamados, tem a tarefa de traduzir a linguagem técnica de modo a ser entendida por indivíduos que não dispõem de saber especializado. Este dado foi encontrado no estatuto do CES/MT, já citado nesta tese.

O trabalho que apresentamos conclui que, quanto à definição por nós usada de democracia participativa (PATEMAN, 1992), a participação democrática dos conselheiros estaduais é considerada uma pseudoparticipação, pois não o faz em sua plenitude, como é de esperar, pois o foco de sua atuação é a participação como princípio constitucional que contribui decisivamente para consolidar um modelo de democracia. Estado e CES/MT deveriam decidir juntos sobre as políticas de saúde do Estado, mas o que ocorre é que só este último decide a respeito.

Também identificamos uma participação meramente ritualística por parte dos conselheiros estaduais, devido a dois fatores: a) falta de informação sobre as OSS de MT, que diminui a efetividade do controle social; b) os conselheiros estaduais se limitaram a cumprir uma rotina burocrática, que tornou sua atuação inefetiva, sem potência suficiente para gerar, de fato, o aprofundamento da democracia.

Concluimos que a atuação das OSS em MT não bloqueou a participação democrática. A participação dos conselheiros e a atuação do CES/MT, por consequência, não foi bloqueada pelas OSS. Isso reforça nossa conclusão de que se houve dificuldade para o exercício de controle social pelo Conselho, não foi devido à ação dos entes privados – OSS - na política de saúde de MT, e, sim, foi causada pela intervenção dos dispositivos burocráticos do Estado na relação entre CES/MT e OSS. A transferência da administração de unidades de saúde em MT, como hospitais, do Estado para organizações privadas, não bloqueou a democracia, portanto.

O presente estudo ainda remete a muitas questões para futuras pesquisas, que pretendemos conduzi-las a partir das bases fornecidas pela investigação em tela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa. OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Significações e perspectivas em mudança. **Saúde e doença**, n. 25, 2002.

ALENCAR, Francisco et al. História da sociedade brasileira. In BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-98, 1996.

ALMEIDA, Eduardo Simões de. et al., **O fator “AGORA É LULA” na eleição presidencial de 2002**. Mestrado em Economia Aplicada Faculdade de Economia e Administração (FEA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, 2007. 26 p.

AMARANTE, Paulo; COSTA, Ana. **Diversidade cultural e saúde**: cidadania para a saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

ANDRADE, Antônia Costa. **Os governos de FHC e Lula e a resignificação do neodesenvolvimentismo**: o reuni. Tese de doutorado em Educação apresentada a Universidade Federal de Uberlândia, 2013, 230p.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. In. ROLIM, Leonardo Barbosa.; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou.; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS**: uma revisão narrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

ARATO, Andrew. Representação, soberania popular e accountability. **Lua Nova**, São Paulo, n. 55-56, p.85-103, 2002.

ARATO, Andrew. Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil. **RBCS**, São Paulo, v. 10, n. 27, p.18-27, 1995.

ARAÚJO, Vinicius de Carvalho. Estado de reforma: reflexões sobre a experiência de reforma do Estado de Mato Grosso. In. LARA, Júlio Cezar de et al. **A construção de uma elite burocrática**: o caso dos gestores governamentais em Mato Grosso. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 66, n. 4, p. 501-522, 2015.

ARENDT, Hannah. **O que é política?** 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Ursula Ludz: Bertrand Brasil, 2002.

ARRETCHE, Marta Teresa Silva. Emergência e desenvolvimento do welfare-state: teorias explicativas. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, n. 39, p. 3- 40, 1995.

ARRETCHE, Marta. Emergência e desenvolvimento do Welfare-State: teorias explicativas. In. Filho, Osvaldo Monteiro da Costa et al. estado do bem-estar social e multiculturalismo: uma utopia possível? **Revista Diálogos Interdisciplinares**, v. 7, n. 3, p. 2-13, 2018.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? In. XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2015. (Tese de Doutorado).

AVRITZER, Leonardo; ZANDER, Navarro. A inovação democrática no Brasil. In. CARLOS, Euzineia; SILVA, Marta Zorzal e. Associativismo, participação e políticas públicas. Florianópolis, **Política & Sociedade**, n. 9, p. 163-194, 2006.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.111-117, 2009.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2004.

BAUDRILLARD, Jean. A sociedade de consumo. In ARAÚJO, Julianna Sampaio de.; XAVIER, Monalisa Pontes. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 117-149, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. In. SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira**: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado. VI Jornada de Políticas Públicas. Desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a Exploração, Dominação e Humilhação. São Luís do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 20 a 23 de agosto de 2013.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. In. MACIEL, Sergiane Maia. **Reforma (Contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde**. VIII Jornada de Políticas Públicas 1907-2017: um século de reforma e revolução. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Cidade Universitária, São Luís do Maranhão, 22 a 25 de agosto de 2017.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, Norberto. Dicionário de política. In MARTINS, Marcos Francisco. Sociedade Civil e “Terceiro Setor”: apropriações indébitas do legado teórico-político de Gramsci. **Revista de Filosofia Aurora**, Curitiba, v. 20, n. 26, p. 75-100, 2008.

BOBBIO, Norberto. MATTEUCCI, Nicola. PASQUINO, Giafranco. Dicionário de política. In. SANTOS, Josué Silva. IRMÃO, Lorena. Estado nacional: perspectivas para um novo debate. Voos - **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 3, n. 2, 2011.

BOBBIO, Norberto. **O conceito de sociedade civil**. 2. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

BOSCHETTI, Ivanete. O futuro das políticas sociais no governo Lula. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 13-14, 2007.

BRAGA, José Carlos de Souza.; PAULA, S. G. de. Saúde e previdência: estudos de política social. In. BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde n o Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.

BRAGA, Maria do Socorro Sousa. Democracia e organização nos partidos políticos: revisitando os microfundamentos de Michels. **Sociologia Política**, Curitiba, v. 20, n. 44, p. 83-95, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Barjas Negri. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 100p. (CONASS Documenta; 18).

BRASIL. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante**. Casa Civil da Presidência da República/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, v. 1, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. **Guia da política de governança pública**. Casa Civil da Presidência da República, 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado, 1995 In. SILVA, Vanice Maria da; LIMA, Sheyla Maria Lemos; TEIXEIRA, Marcia. Organizações sociais e fundações estatais de direito privado no sistema único de saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 145-159, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados. In SILVA, Vanice Maria da. **As organizações sociais (OS) e as fundações estatais de direito privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde**: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle". Rio de Janeiro, 2012, 99p. (Dissertação de Mestrado).

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.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998. In. TRAVAGIN. Letícia Bona. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995- 1006, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS**: a saúde do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; RAICHELIS, Raquel; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Serviço Social**, São Paulo, n. 123, p. 397-406, 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política Social e Democracia. In. PEREIRA, Maria Lucimar.; ZAMBON, Rodrigo Eduardo. **Políticas setoriais e políticas setoriais contemporâneas**. Londrina: Editora Distribuidora Educacional, 2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1).

BUSS, Paulo Marchiori.; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes. **PHYSIS**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori.; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes. In. SOUZA, Diego de Oliveira.; SILVA, Sôstenes Ericson Vicente da.; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. Saúde Soc., São Paulo, v. 22, n.1, p. 44-56, 2013.

CAMARGO, Thiago Alvim. A. et al. **Controle e transparência no modelo de organizações sociais de saúde do estado de São Paulo**. X CONSAD/VI Congresso de gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF, 16, 17 e 18 de abril de 2013.

CARLOS, Euzineia; SILVA, Marta Zorzal e. Associativismo, participação e políticas públicas. **Política & Sociedade**, Florianópolis, n. 9, p. 163-194, 2006.

CAMPOS, Luciane.; WENDHAUSEN, Agueda. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, 2007.

CARNOY, Martin. Estado e teoria política. In. SANTOS, Josué Silva. IRMÃO, Lorena. Estado nacional: perspectivas para um novo debate. **Voos – Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 3, n. 2, 2011.

CARVALHO, Maria Carmo A.; Teixeira, Ana Cláudia (orgs). Conselhos gestores de políticas públicas. In. PEREIRA, Maria Lucimar; ZAMBON, Rodrigo Eduardo. **Políticas setoriais e políticas setoriais contemporâneas**. Londrina: Editora Distribuidora Educacional, 2018.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde ... ou será ao contrário? In. PASSOS, Aricia Furlanetto dos.; KRÜGER, Tania. Regina. **Acesso aos recursos do SUS pelos setores privados e filantrópicos da saúde por meio da complementaridade dos serviços**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, Santa Catarina, 22 a 24 de agosto de 2013.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. Participação social no Brasil hoje. São Paulo: Instituto Pólis, 1995. In. GOHN, Maria da Glória. Sociedade civil no Brasil: movimentos sociais e ONGs. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 14, p. 238-253, 2013.

CASTRO, Alba Tereza Barroso de. **A política social do governo Lula**. III Jornada Internacional de Políticas Públicas - Mundialização e estados nacionais: a questão da emancipação e cidadania. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005.

CASTRO, Alba Tereza Barroso de. **O novo desenvolvimentismo e a nova face das políticas compensatórias**. VI Jornada de Políticas Públicas. Desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a Exploração, Dominação e Humilhação. São Luís do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 20 a 23 de agosto de 2013.

CASTRO, Marco Vinicius de. Robert Michels e Joseph Schumpeter: duas teorias elitistas da democracia em perspectiva comparativa. **Almanaque de Ciência Política**, Vitória, v. 2, n. 2, p. 01-17, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. In. JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, 2014.

CENCI, Ana Righi.; BEDIN, Gabriel de Lima.; FISCHER, Ricardo Santi. Do liberalismo ao intervencionismo: o estado como protagonista da (des) regulação econômica. **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, Curitiba, n. 4, p. 77-97, 2011.

CERQUEIRA, Maria Tereza. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In. SÍCOLI, Juliana Lordello.; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p.101-22, 2003.

CNDSS. In. BRITO, Annie Mehes Maldonado. **Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010, 177p.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. Participation in American politics: the dynamics of agenda-building. In. SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos** L. São Paulo, Cengage Learning, 2012.

COELHO, Eurelino. Uma esquerda para o capital: crise do marxismo e mudanças dos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998). In. XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2015, 195p. (Tese de Doutorado).

COELHO, Sacha Calmon Navarro; COELHO, Eduardo Junqueira. A relação entre as Fundações de Apoio e as Instituições Federais de Ensino Superior, em face da Lei nº 8.958/1994. In. BAIZ, Andressa; EMMENDOERFER, Magnus Luiz. Práticas de gestão de pessoas em fundações de apoio a universidades federais no Brasil: congruências e peculiaridades. **Revista de Carreiras e Pessoas**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2015.

COHEN, Jean Louis. La scommessa egemonica: l'attuale dibattito americano sulla società civile e i suoi dilemmi. In. NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 52, 2003.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In. XIMENES, Assuero Fonseca **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Pós-graduação em Serviço Social, 2015, 195p. (Tese de Doutorado).

CONGER, Jay. Quem é a geração X? In. SANTOS, Cristiane Ferreira dos et al. **O processo evolutivo entre as gerações X, Y e baby boomers**. Seminário em Administração FEA-USP, XIV, São Paulo. Anais do Seminário, SEMEAD, 2011.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. A relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. In. DIEGUES, Geraldo César. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Revista NAU Social**, Salvador, v. 4, n. 6, p. 82-93, 2013.

CORREIA, Emanuelle Araújo. **A efetividade dos incentivos fiscais ambientais por meio de políticas públicas para a redução das desigualdades regionais**. Marília, Universidade de Marília, 2010, 135p. (Dissertação de Mestrado).

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COSTA, Lúcia Cortes da. O governo FHC e a reforma do estado brasileiro. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 49-79, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos da teoria geral do estado. In. CASTRO, Diego Luís de. **O estado democrático de direito**. Lajeado, Centro Universitário Univates, 2007, 22p. (Monografia de Conclusão de Curso – Graduação).

DATASUS/MINISTÉRIO DA SAÚDE. In. SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira**: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado. VI Jornada de Políticas Públicas. Desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a Exploração, Dominação e Humilhação. São Luís do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 20 a 23 de agosto de 2013.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas**: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, 2012.

DIMENSTEIN, Gilberto. O número que importa. In. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf Acesso em: 20 out. 2018.

DOIMO, Ana Maria.; RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Política & Sociedade**, n. 3, p. 95-115, 2003.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. In: MORAES, Ricardo Quartim de. A evolução histórica do Estado liberal ao Estado democrático de direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 51, n. 204, p. 269-285, 2014.

ENGELMANN, Deise Cristina. O Futuro da Gestão de Pessoas: como lidaremos com a geração Y? In: SANTOS, Cristiane Ferreira dos et al. **O processo evolutivo entre as gerações X, Y e Baby Boomers**. In: Seminário em Administração FEA-USP, XIV, Anais do Seminário, São Paulo: SEMEAD, 2011.

ESCOREL, Sarah. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia et al., (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. In: PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. A construção dos SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. In: PAESE, Cláudia Regina. **Governança e empoderamento: análise do processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá**. Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-graduação em Política Social, 2011, 195p. (Dissertação de Mestrado).

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. In: TAMANO, Luana Tiekko Omena. O movimento sanitário no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, São Paulo, n. 4, p. 102-115, 2017.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. A comunidade cívica em Walter e Putnam. **Lua Nova**, São Paulo, n. 51, p. 71-96, 2000.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; FRIZERA, Franciani Bernardes. Reformas regressivas e política de saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 4-8, 2018.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. In: PAESE, Cláudia Regina.; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-81, 2012.

FREIRE, Alessandro. Engajamento cívico e capital social: um modelo interativo para o efeito da confiança interpessoal. **Opinião Pública**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 273-290, 2014.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In PAESE, Cláudia Regina; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-81, 2012.

FUKS, Mário. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. **Sociologia Política**, Curitiba, n. 25, p. 47-61, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Promoção de saúde e qualidade de vida. Tema: Cidades Saudáveis. In. SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p.101-22, 2003.

FUNG, Aron. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais. In. COELHO, Vera Schatan Pereira.; NOBRE, Marcos. (Org.). Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

GAEDTKE, Kênia Mara.; GRISOTTI, Marcia. Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. In. JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. **Capacitação para quê?: O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, 2014.

GASPARDO, Murilo. Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 65-88, 2018.

GIBERT, P. Alexis de Tocqueville: Égalité sociale et liberté politique. In. BASTOS, Maria Helena Camara; ARRIADA, Eduardo. A democracia na América, de Alexis de Tocqueville: uma leitura para a história da educação. **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 5-14, 2007.

GIUSTINA, Emile Faedo Della. LUIZ, Danuta Estrufika Cantóia. Sociedade Civil e Participação: concepções hegemônicas e contra hegemônicas. **Em Tese**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 67-92, 2013.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOHN, Maria da Glória. Sociedade Civil no Brasil: movimentos sociais e ONGs. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 14, p. 238-253, 2013.

GOMES, Angela Maria et al. Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl1, p. 538-546, 2018.

JACOBI, Pedro Roberto. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. In. NETO, André de Faria Pereira. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 441-462, 2012.

JUNIOR, Gil Soares. **Alianças público-públicas e público-privadas atores e mecanismos**, 2011. Disponível em: <https://www.slideshare.net/jldepaulaneto/alianas-pblico-privadas>. Acesso em: 21 out. 2019.

JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. Capacitação para quê?: que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, 2014

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. Princípios da filosofia do direito. In. NETO. Estevam Alves Moreira. **Sobre a sociedade civil em Hegel, Marx e Gramsci**. Londrina, Anais do IV Simpósio Lutas Sociais na América Latina GT Imperialismo, nacionalismo e militarismo no Século XXI 14 a 17 de setembro de 2010.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: TAMANO, Luana Tieko Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, São Paulo, n. 4, p. 102-115, 2017.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedex**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

IBGE. As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil 2010. **Revista Estudos e Pesquisas - Informação econômica**, n. 20, 2012.
Jornal do Conselho Nacional de Saúde, ano 3, edição especial, novembro, p. 2, 2007.

KINGDON, John W. Agendas, alternatives and public policies. In. PAESE, Cláudia Regina.; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-81, 2012.

KLIASS, Paulo. Austericídio e outras maldades: não tendo sido eleito para o imenso estrago que está promovendo, o governo parece estar preocupado apenas em cumprir com o mandato recebido do financismo. In. SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, 2018.

LARA, Julio Cezar de et al.; A construção de uma elite burocrática: o caso dos gestores governamentais em Mato Grosso. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.66, n. 4, p. 501-522, 2015.

LAUTH, Hans-Joachim. Critérios básicos para a democracia: é a responsabilidade parte de seu círculo íntimo? **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p.115-138, 2013.

LEITE, Sandro Grangeiro. A evolução das empresas públicas e sociedades de economia mista no contexto jurídico brasileiro. **Doutrina - Revista do TCU**, v. 38, n. 110, p. 99-110, 2007.

LEITE, Sergio Pereira et al. (coord.). **Avaliando a gestão de políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policymakers**. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ/CNPq, 2006.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

LINDBLOM, Charles Edward. O processo de decisão política. In. CORNÉLIO, Renata Reis. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública**: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 1999, 130p. (Dissertação de Mestrado).

LOCKE, John. Ensaio acerca do entendimento humano. In. MARTINS, Marcos Francisco. Sociedade civil e "Terceiro Setor": apropriações indébitas do legado teórico-político de Gramsci. **Revista de Filosofia Aurora**, Curitiba, v. 20, n. 26, p. 75-100, 2008.

LOPES, José Rogério. Terceiro setor a organização das políticas sociais e a nova esfera pública. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 57-66, 2004.

LOPES, Laís de Figueiredo; SANTOS, Bianca dos.; BROCHARDT, Viviane. **Entenda o MROSC**: marco regulatório das organizações da sociedade civil. Lei 13.019/2014, Secretaria de Governo da Presidência da República. Brasília: Presidência da República, 2016.

LOTTA, Gabriela. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (org). **Implementação de políticas públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012.

LUE, Li. Participação Cívica e Democracia Deliberativa. **Administração**, v. 23, n. 90, p. 1105-1113, 2010.

MACARINI, José Pedro. **A política econômica do governo Sarney: os planos Cruzado (1986) e Bresser (1987)**. Texto para Discussão. IE/Unicamp, Campinas, n. 157, p. 1-63, 2009.

MACEDO, Laura Cristhina. Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica. In. JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. Capacitação para quê?: o que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v. 11, p. 4513-4523, 2014

MACPHERSON, C. B. *A democracia liberal: origem e evolução*. In. GASPARD, Murilo. **Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 65-98, 2018.

MALUF, Sahid. **Teoria geral do Estado**. 34. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MÂNICA, Fernando Borges. **O novo marco regulatório das organizações da sociedade civil**: lei n. 13.019/2014. Instituto Atuação, 2014.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, António Manuel. Modelos de democracia. **Revista Filosófica de Coimbra**, Coimbra, n. 11, p. 85-100, 1997.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Teses contra Feuerbach. In. MACHADO, Sérgio Bacchi. A ideologia de Marx e o discurso de Foucault: convergências e distanciamentos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 12, n. 23, p. 46-73, 2010.

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In. TREVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

MENDES, Valdenésio Aduci. **Alcances e limites do conceito de sociedade civil em Antonio Gramsci**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006, p. 145p. (Dissertação de Mestrado).

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MICHELS, Robert. Para uma sociologia dos partidos políticos na democracia moderna. In. RIBEIRO, Pedro Floriano. A lei da oligarquia de Michels: modos de usar. **RBCS**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 179-193, 2014.

MIGUEL, Luis Felipe. Resgatar a participação: democracia participativa e representação política no debate contemporâneo. **Lua Nova**, São Paulo, n.100, p. 83-118, 2017.

MINOGUE, Martin. **Theory and practice in public policy and administration**. Policy and Politics, 1983.

MIRANDA, ALCIDES SILVA DE. Análise estratégica do processo decisório na comissão intergestores tripartite do sistema único de saúde. In. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MONSER, Neusa Teresinha Ballardín et al. (coord.). **Terceiro setor: guia de orientação para o profissional da contabilidade**. Porto Alegre: CRCRS Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul, 2016.

MORAES, Ricardo Quartim de. A evolução histórica do estado liberal ao estado democrático de direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente. **Revista de Informação Legislativa**, v. 51, n. 204, p. 269-285, 2014.

MORRONE, Carla; DIAS, Cora; MORELI, Lucinéia. Para entender o controle social na saúde. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MOTTA, Luiz Eduardo. **O conceito de Estado e de sociedade civil na perspectiva relacional**: conflitos e relações de poder nas arenas públicas. Encontro de Administração pública e Governança, Salvador, 12 à 14 novembro de 2008.

NEGRI, Antonio. **O poder constituinte**: ensaio sobre as alternativas da modernidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

NERVO, Alexandre Antônio. O (neo) populismo como estratégia de comunicação política. **Teoria e Pesquisa**, São Carlos, v. 23, n. 1 p. 194-218, 2014.

NETO, André de Faria Pereira. A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 441-462, 2012.

NETO. Antônio Cabral. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 287-312.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e Serviço Social. In. MONTÃO, Carlos. **Terceiro setor e a questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. In. NASCIMENTO, Thiago Alves Moreira. **A apropriação ideológica do conceito de sociedade civil pelo capital em crise**: a questão do terceiro setor. Fortaleza, Programa de pós-graduação em educação brasileira. Universidade Federal do Ceará, 2008, p.83. (Dissertação de Mestrado).

NOGUEIRA. Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 185-202, 2003.

NOGUEIRA, M. A. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. In. CARLOS, Euzineia; SILVA, Marta Zorzal e. Associativismo, participação e políticas públicas. **Política & Sociedade**, Florianópolis, n. 9, p. 163-194, 2006.

NOVAIS, Liliane Capilé Charbel; SANTOS, Fernando Roberto Souza. **Estrutura da contrarreforma do estado e seus impactos nas políticas sociais**: o caso de Mato Grosso (1995-2006). VIII jornada de Políticas Públicas: “para além da crise global: experiências e antecipações concretas”, Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, 25 a 28 de agosto de 2015.

OLIVEIRA, Ana Claudia Pedrosa de; PACHECO, Regina Silva. Partidos de esquerda e Organizações Sociais no Brasil: o caso do estado da Bahia. X Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília, 5 a 7 de julho de 2017.

OLIVEIRA, Francisco de. Os direitos do anti-valor: a economia política da hegemonia imperfeita. In DAVI, Jordeana; MARTINIANO, Cláudia, PATRIOTA; Lúcia Maria (Orgs.) **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios [online]. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, v. 20, n. 2, p. 273-290, 2014

PAESE, Cláudia Regina.; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-81, 2012.

PAESE, Cláudia Regina. **Governança e empoderamento**: análise do processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. UFMT, Programa de Pós-graduação em Política Social, 2011, 195p. (Dissertação de Mestrado).

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. In. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. In. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PATEMAN, Carole. Participação e teoria democrática. In. PAESE, Cláudia Regina. **Governança e empoderamento**: análise do processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. UFMT, Programa de Pós-graduação em Política Social, 2011, 195p. (Dissertação de Mestrado).

PEREIRA, Potyara Amazonense Pereira. Necessidades humanas: subsídios a mínimos sociais. In. SANTINI, Maria Angela et al. **Fundamentos do Serviço Social**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional, 2014.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso.; WESTPHAL, Márcia Faria.; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. In BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde**: evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18).

PINTO, Isabela Cardoso de Matos.; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 n. 9, p. 1777-1788, 2011.

PIRES-ALVES, Fernando Antonio; PAIVA, Carlos Henrique. Recursos críticos: história da cooperação Opas-Brasil em recursos humanos em saúde (1975-1988). In. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

PITKIN, Hanna Fenichel. Representação: palavras, instituições e ideias. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67, p. 15-47, 2006.

POLANYI, Karl. The great transformation. In MORAES, Ricardo Quartim de. A evolução histórica do estado liberal ao estado democrático de direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente. **Revista de Informação Legislativa**, v. 51, n. 204, p. 269-285, out./dez. 2014.

PRÉVE, Altamiro Damian; MORITZ, Gilberto de Oliveira; PEREIRA, Maurício Fernandes. **Organização, processos e tomada de decisão**. Florianópolis: UFSC/Brasília: CAPES/UAB, 2010.

PUTNAM, R. D. Comunidade e democracia: experiência da Itália moderna. In. CARLOS, Euzineia; SILVA, Marta Zorzal e. Associativismo, participação e políticas públicas. **Política & Sociedade**, Florianópolis, n. 9, p. 163-194, 2006.

PUTNAM, Robert. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RAMOS, Giovane Saionara. As fundações de apoio privadas: notas para a análise de uma realidade heteronômica. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 1, n. 1, p. 136-155, 2010.

RIBEIRO, Pedro Floriano. A lei da oligarquia de Michels: modos de usar. **RBCS**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 179-193, 2014.

RICCI, Rudá. Associativismo paulistano e cultura ambivalente. In. CARLOS, Euzineia; SILVA, Marta Zorzal e. Associativismo, participação e políticas públicas. **Política & Sociedade**, Florianópolis, n. 9, p. 163-194, 2006.

ROHLIN, Marcos. A igualdade e a liberdade em Tocqueville: contribuições para o desenvolvimento da virtude cívica liberal e a tarefa político-pedagógica da democracia. **Em Tese**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 80-107, 2015.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A via do Parlamento. In. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

ROSSI, Suelen Soares. A constituição do sistema de saúde no Brasil. In. BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.

ROUANET, Luiz Paulo. Democracia deliberativa: entre Rawls e Habermas. **Veritas**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 52-63, 2011.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. **A lei federal de organizações sociais e sua regulamentação no âmbito do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2016.

SANTINI, Maria Angela et al. **Fundamentos do serviço social**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In SILVA, Vanice Maria da; LIMA, Sheyla Maria Lemos; TEIXEIRA, Marcia. Organizações sociais e fundações estatais de direito privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 145-159, 2015.

SANTOS, Maria Aparecida Nunes dos. Estado moderno, fundo público e capital: uma tentativa de compreensão. In. DAVI, Jordeana., MARTINIANO, Cláudia, PATRIOTA, Lucia Maria (orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Katálisis**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 233-240, 2013.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado**. VI Jornada de Políticas Públicas. Desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, dominação e humilhação. São Luís do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 20 a 23 de agosto de 2013.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAK, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde & Sociedade**, v.v10, n.v2, p. 47-74, 2001.

SCHEID, Liara Laís; MAFALDA, Marielle Picarelli; PINHEIRO, Mirian Teresinha. **Papel das organizações não governamentais: ongs para a divulgação da imagem turística do Brasil**. I Encontro Semintur, Caxias do Sul, UCS, 8 -10 julho de 2010.

SCHERER-WARREN, Ilse. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo. **História: debates e tendências**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 9-21, 2008.

SCHLICKMANN, Flávio; KOCH, Rafaela Borgo. A evolução e crise do estado moderno na perspectiva de Lenio Luiz Streck e José Luis Bolzan de Moraes. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v. 8, n. 2, p. 1428-1450, 2013.

SCHMIDT, Vera Viviane. Sociedade civil organizada, políticas públicas e políticas de saúde no Brasil. **Revista Internacional Interdisciplinar – Interthesis**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 2-28, 2016.

SCHMITT, Carl. Legalidad y legitimidade. In. CASTRO, Diego Luís de. **O estado democrático de direito**. Lajeado, Centro Universitário Univates, 2007, 22p. (Trabalho de conclusão de Graduação em Direito).

SCHMÖKEL, Fernanda; MIRANDA, Caroline Rodrigues; COLVERO, Ronaldo Bernardino. **Elitismo e democracia: uma exposição teórica**. III Seminário de Ciências Sociais - Ciência Política - Buscando o Sul, Unipampa, São Borja, 18-22 de agosto de 2014.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

SCHUMPETER, Joseph A. capitalismo, socialismo e democracia. In. PAESE, Cláudia Regina. **Governança e empoderamento: análise do processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá**. UFMT, Programa de Pós-graduação em Política Social, 2011, 195p. (Dissertação de Mestrado).

SCHUMPETER, Joseph. On the concept of social value. **Quarterly Journal of Economics**, v. 23, p. 213-232, 1908-9. Disponível em: <https://socialsciences.mcmaster.ca/econ/ugcm/3ll3/schumpeter/socialval.html>
Acesso em: 23 out. 2016.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In. SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira**: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado. VI Jornada de Políticas Públicas. Desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, dominação e humilhação. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Cidade Universitária. São Luís do Maranhão, 20 a 23 de agosto de 2013.

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. In. MORAES, Ricardo Quartim de. **A evolução histórica do Estado liberal ao Estado democrático de direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente**. *Revista de Informação Legislativa*, v. 51, n. 204, p. 269-285, out./dez. 2014.

SILVA, José Irivaldo Alves Oliveira. **Formulação de políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2014.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto de. **Processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes de avaliação de programas e projetos. Unicamp, NEPP, 2000. (Caderno 48).

SILVA, Vanice Maria da. **As organizações sociais (OS) e as fundações Estatais de direito privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde**: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2012, 99p. (Dissertação de Mestrado).

SILVA, Vanice Maria da; LIMA, Sheyla Maria Lemos; TEIXEIRA, Marcia. Organizações sociais e fundações estatais de direito privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, número especial, p. 145-159, 2015.

SIMIONATTO, Ivete. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. In. SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. In. PAESE, Cláudia Regina. **Governança e empoderamento: análise do processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá**. Cuiabá, Universidade Federal de Mato Grosso, 2011, 154p. (Dissertação de Mestrado).

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da.; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. In. NETO, André de Faria Pereira. A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 441-462, 2012.

STRECK, Lênio Luiz; MORAIS, José Luiz Bolzan de. Ciência política e teoria geral do Estado. In. CORREIA, Emanuelle Araújo. **A efetividade dos incentivos fiscais ambientais por meio de políticas públicas para a redução das desigualdades regionais**. Marília, Universidade de Marília, 2010, 135p. (Dissertação de Mestrado).

TAMANO, Luana Tieko Omena, O movimento sanitário no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, São Paulo, n. 4, p. 102-115, 2017.

TATAGIBA, Luciana; TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves. **O papel do CMS na Política de Saúde em São Paulo**. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2007. (Cadernos do Observatório, 29).

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. In. PAESE, Cláudia Regina. AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-81, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política de saúde na transição conservadora. In. BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.

TRAVAGIN. Letícia Bona. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995-1006, 2017.

TREVISAN, Andrei Pittol. BELLEN, Hans Michael van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Rap**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

VIANNA, Ana Luiza; QUEIRÓZ, Marcos de Souza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. In PAESE, Cláudia Regina.; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 65-81, 2012.

WEFFORT, Francisco Correa. O populismo na política brasileira. In. NERVO, Alexandre Antônio. O (neo) populismo como estratégia de comunicação política. **Teoria e Pesquisa**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 194-218, 2014.

WU, Xun. et al. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

XIMENES, Assuero Fonseca **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Pós-graduação em Serviço Social, 2015, 195p. (Tese de Doutorado).

XIMENES, Assuero Fonseca; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Alocação de Recursos do Fundo Público para Organizações Sociais da Saúde. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 24, n. 3, p. 113-128, 2018.

ANEXOS

[illegible]

I – Identificação do entrevistado**1. Sexo**☐

- 1. Masculino
- 2. Feminino

2. Cor autodeclarada☐

- 1. Branca
- 2. Preta
- 3. Parda
- 4. Amarela
- 5. Indígena

3. Idade☐

- 1. 16 a 25 anos
- 2. 26 a 35 anos
- 3. 36 a 45 anos
- 4. 46 a 55 anos
- 5. 56 a 65 anos
- 6. Acima de 65 anos

4. Escolaridade☐

- 1. Fundamental incompleto
- 2. Fundamental completo
- 3. Médio incompleto
- 4. Médio completo
- 5. Superior incompleto
- 6. Superior completo
- 7. Pós-graduação incompleta
- 8. Pós-graduação completa

5. Formação dos representantes do CES de MT/graduado em:

R: _____

6. Participa de algum movimento ou organização social? (indicadores de participação)☐

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

7. (APENAS SE A RESPOSTA DA PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM). Qual?☐

- 1. Partido Político
- 2. Igreja
- 3. Organização cultural ou desportiva
- 4. ONG
- 5. Movimento social
- 6. Outro: _____

8. Qual a frequência de participação nestes movimentos? (indicadores de participação)

- ☐ 1. Semanalmente, uma vez por semana
☐ 2. Quinzenalmente, uma vez por quinzena
☐ 3. Mensal, uma vez por mês
☐ 4. Raramente participo
☐ 99. N.R

9. Exerce alguma função de direção nesta (s) organização (ões)? (**indicadores de participação**)

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 99. NR

10. Tempo que exerce função de direção?

- ☐ 1. Mais de 1 ano a 2 anos
☐ 2. Mais de 2 anos a 3 anos
☐ 3. Mais de 3 anos a 4 anos
☐ 4. Mais de 4 anos

II – Informações relativas à sua atuação no Conselho Estadual de Saúde (CES).

11. Segmento que representa no CES de MT?

- ☐ 1. Governo
☐ 2. Trabalhador/ Prestador de serviços
☐ 3. Usuário

12. Há quanto tempo é representante no CES?

- ☐ 1. Mais de 1 ano a 2 anos
☐ 2. Mais de 2 anos a 3 anos
☐ 3. Mais de 3 anos e 4 anos
☐ 4. Mais de 4 anos a 5 anos
☐ 5. Mais de 5 anos a 6 anos
☐ 6. Mais de 6 anos

13. Você recebeu alguma capacitação específica para se tornar conselheiro (a)? (SE A RESPOSTA FOR NÃO IR PARA A PREGUNTA 20)

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 88. NS
☐ 99. NR

14. (APENAS SE A RESPOSTA DA PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM) Qual foi o objeto da capacitação?

R: _____

15. Há quanto tempo ocorreu a capacitação?

☐

1. Mais de 1 ano a 2 anos
2. Mais de 2 anos a 3 anos
3. Mais de 3 anos a 4 anos
4. Mais de 4 anos a 5 anos
5. Entre 5 anos e 6 anos
6. Mais de 6 anos
88. N.S.
99. N.R.

16. Quem promoveu esta capacitação?

R: _____

17. Você atuou em outros Conselhos além do **CES**?

☐

1. Sim
2. Não
99. NR

18. (APENAS SE A RESPOSTA DA PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM) Qual conselho?

R: _____

19. Como o conselheiro define o **CES**?

R: _____

III – Informações sobre a dinâmica de funcionamento do CES

20. Como é definida a pauta das reuniões ou agenda do **CES**?

R: _____

21. Os conselheiros são informados com antecedência sobre os temas a respeito dos quais deverão deliberar?

☐

1. Sim
2. Não
99. NR

22. De que modo são informados?

R: _____

IV – Informações sobre o capital social do entrevistado

23. Você participou das eleições para prefeito ou vereador de sua cidade (2016)?

☐

1. Sim
2. Não
88. NS
99. NR

24. Você participou das últimas eleições brasileiras?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
88. N.S.
99. NR

25. Conhece os líderes comunitários de seu bairro ou região?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
88. N.S.
99. NR

26. Participa do processo eleitoral para lideranças comunitárias no seu bairro e região?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
3. 88. N.S
4. 99. NR

27. (PERGUNTAR PARA QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO ANTERIOR) Você participou das últimas eleições para lideranças comunitárias no seu bairro e região?

- ☐ 1. Sim. De todas
☐ 2. De algumas, mas não de todas
3. Nunca participei
88. N.S
99. NR

28. Você lê jornais, revistas, sites ou blogs de notícia?

- ☐ 1. Sim. Leio todos
☐ 2. Sim. Leio jornais e revistas somente
3. Sim. Leio somente sites e blogs
4. Não leio
99. NR

29. (PERGUNTAR PARA QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO ANTERIOR) Frequência dessas leituras?

- ☐ 1. Diariamente todos os dias
☐ 2. Semanalmente, uma leitura na semana
3. Mensalmente, uma leitura por mês
4. Leio as vezes, esporadicamente
5. Raramente eu leio
99. N.R

30. (PERGUNTAR PARA QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO ANTERIOR) Você costuma procurar assuntos relacionados a sua cidade ou região?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 99. N.R

31. Você participa de alguma associação desportiva ou cultural?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 99. N.R

32. Com que frequência participa?

- ☐ 1. Diariamente todos os dias
☐ 2. Semanalmente, uma vez na semana
☐ 3. Mensalmente, uma vez por mês
☐ 4. Às vezes, esporadicamente
☐ 5. Raramente
☐ 99. N.R

33. Em sua opinião a participação cívica (participar de eleições gerais, participar da eleição para presidente do bairro, desenvolver ações para solucionar problemas de sua comunidade, participar da reunião da associação de moradores, participar de associações – envolvimento com a comunidade) consolida a democracia no Brasil?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 88. N.S
☐ 99. NR

34. O que você quer dizer com isso?

R: _____

35. Quais os principais desafios hoje no que se refere relação à participação cívica? **(sobre capital social do entrevistado)**

R: _____

V- Percepção do CES sobre as OSS

36. Como você, enquanto, conselheiro entende a atuação das OSS na política de saúde de MT?

37. Em sua opinião o trabalho das OSS dificulta o controle social da política de saúde de MT?

38. Quais os obstáculos que as OSS criam para o controle social da política de saúde exercido pelo CES?

39. Na atual (2018) condição de gestão da política de saúde em MT há estímulo para o surgimento de conflito entre as OSS e o CES?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 88.N.S
☐ 99. NR

40. Qual é o papel do CES referente à participação das OSS na política de saúde de MT?

40. Em sua opinião a atuação das OSS bloqueia a participação democrática da sociedade na política de saúde?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não
☐ 88. N.S.
☐ 99. N.R.

41.1 - Por quê?

42 - Por que o protagonismo sobre o debate a respeito das OSS esteve com as Organizações Sociais de 2011 a 2015, e não com o CES que tem a prerrogativa de exercer o controle social sobre um meio da política de saúde?

43 – Como você avalia a importância do controle social exercido pelo CES para funcionamento da OSS?

44. Qual é o lugar das OSS na política de saúde de MT?

Universidade Católica de Pelotas - UCPEL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa As Organizações Sociais de Saúde e o Controle Social exercido pelo Conselho Estadual de Saúde: Um estudo sobre a intervenção destes dois atores na Política de Saúde no Estado de Mato Grosso, com o objetivo de Analisar o conflito que se estabelece entre controle social — da representação popular e das entidades privadas — e lógica neoliberal do mercado no interior do Estado, quando a gestão de unidades de saúde pública é transferida para organizações privadas como as OSS.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que receberá assistência. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas – RS pelo telefone Fones: (53)2128 - 8404 e (53)2128 – 8291. O objetivo deste estudo é analisar o conflito que se estabelece entre controle social/da representação popular e das entidades privadas/ e a lógica neoliberal do mercado no interior do Estado, quando a gestão de unidades de saúde pública é transferida para organizações privadas como as OSS. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. O e-mail do pesquisador, para contato, é: claudiapaese@gmail.com

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante)_____portador
(a) do documento RG Nº_____declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

Cláudia Regina Paese
Pesquisador principal

Cuiabá, 18 de março de 2019.