Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Hegemonia e potenciais de contra-hegemonia nos espaços de participação e controle social em saúde: reflexões sobre a agenda política do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Kássia Fernandes de Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

São Paulo
2016

Hegemonia e potenciais de contra-hegemonia nos espaços de Participação e Controle Social em Saúde: reflexões sobre a agenda política do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Kássia Fernandes de Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

Versão Original
São Paulo
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pela autora

Fernandes de Carvalho, Kássia
- Hegemonia e potenciais de contra-hegemonia nos espaços de participação e controle social em saúde: reflexões sobre a agenda política do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo / Kássia Fernandes de Carvalho; orientador Carlos Botazzo. -- São Paulo, 2016.
108 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Saúde Pública. 2. Direitos Sociais. 3. Participação Social. 4. Controle Social. 5. Hegemonia. I. Botazzo, Carlos, orient. II. Título.

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho:

A minha mãe, Edna Campos, minha tia, Eda Valéria, minhas irmãs, Karen Fernandes e Érika Campos, e minha prima-irmã, Marina Fernandes, fonte de amor sem restrições, que tornam meu mundo um lugar mais seguro; mulheres que admiro pela valentia, solidariedade e coerência em suas trajetórias e em quem me espelho.

A meu pai, Romeu Fernandes, e meu irmão, Romeu F. Filho, cujo amor, carinho e generosidade me fortalecem, pessoas por quem tenho grande admiração e orgulho.

A minha prima Rozângela Fernandes Camapum, que esteve presente em tantos momentos significativos da minha vida e com quem compartilhei a primeira visita à Faculdade de Saúde Pública/USP.

A meus sobrinhos, Lucas e Daniel, e minha sobrinha, Mariana, pelos momentos lúdicos que me renovam e trazem leveza ao modo de levar a vida.

A meu companheiro, Marcus Araújo, pelo apoio fundamental durante este percurso, com incrível paciência para escutar e contribuir a cada etapa da construção deste trabalho, incluindo árduas tentativas de ensinar conceitos filosóficos. Companheiro com quem vivencio a construção cotidiana do amor e da amizade.

AGRADECIMENTOS

Ao Armando De Negri Filho, pelos ensinamentos e incentivo pessoal, com afetuosa atenção, mas principalmente por renovar a esperança de que um outro mundo justo é possível.

Ao meu orientador, Carlos Botazzo, pela orientação diferenciada, compartilhamento de saberes densos e estímulo à construção da autonomia.

À Enilda Lara, por compartilhar sua sabedoria, ternura e alegria, cuja amizade contribui para a experiência em São Paulo valer a pena.

À Otília Seiffert, pelo paciente trabalho de revisão e reflexões metodológicas.

Aos colegas do LIGRESS / HCor, por compartilhar a experiência da construção profissional com amizade e generosidade, especialmente Jeane Quintans, pela atenção carinhosa sempre.

Aos colegas do grupo de estudo liderado pelo Prof. Carlos Botazzo, cuja convivência, estudos conjuntos e amplo apoio tornaram tão prazerosa a vivência acadêmica, especialmente Carolina Rogel, Hindira Barbosa, Rachel Batista e Thais Oliveira, companheiras que trouxeram alento a momentos críticos.

Ao HCor – Hospital do Coração de São Paulo, que, pela Superintendente Dra. Bernardete Weber, tornou possível a realização de tantos projetos pessoais e profissionais.

À Faculdade de Saúde Pública/USP, seu corpo docente, direção e administração, por proporcionar uma formação acadêmica com amplo acesso à informação e liberdade de expressão.

Aos conselheiros e à Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, pelo gentil acolhimento e disponibilidade em contribuir para a ampliação do conhecimento em torno ao Controle Social em Saúde, especialmente Arnaldo Marcolino, Benedito Alves (Bené), Ana Flores, Belfari Guiral, Cássia Tubone, Carlos Alberto, e Maria Palmira. À Maria Erminia Ciliberti, pela agradável companhia e apoio na aproximação ao campo.

RESUMO

Introdução: A Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde como um direito de todos e dever do Estado e institui a universalidade como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), o que remete a saúde ao campo dos direitos humanos e sociais garantidos por um Estado Democrático de Direito. Apesar do discurso constitucional não ser uma realidade de acesso a todos a condições favoráveis de saúde e de qualidade de vida, este é muito significativo para a constituição da cidadania. As lutas contra-hegemônicas de resistência ao capitalismo e de defesa dos direitos humanos devem buscar ganhar potência na promoção da cidadania sob a perspectiva da justiça e da equidade social. Os conselhos, arenas de participação e de negociação legítimas, estão abertos a interesses particulares ou corporativos e a presença do poder hegemônico nesses espaços reforça a dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas públicas. **Pressuposto:** A atuação dos conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES-SP) ilustra a guerra de posições nos espaços nacionais de participação e controle social em saúde onde a resistência contra-hegemônica se dá no contexto da lógica dominante do poder hegemônico. **Objetivo:** Compreender e interpretar a perspectiva discursiva dos conselheiros do CES-SP em sua reivindicação pelo direito à saúde e sua universalidade, se esta se aproxima mais ao discurso hegemônico de manutenção e reprodução do *status quo* ou contra-hegemônico de transformação e emancipação social. **Método:** Pesquisa social qualitativa desenvolvida em três etapas: exploratória; trabalho de campo; e análise e tratamento do material coletado. A principal ferramenta para a coleta de dados foi a observação não participante de cinco reuniões do CES-SP e da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Os achados foram coletados a partir de dados públicos (ata e vídeo das reuniões). Para a análise foi utilizada a abordagem hermenêutica-dialética. **Resultados:** Os achados foram as falas dos conselheiros do CES-SP durante reunião sobre o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, em torno ao debate sobre a proposta de retirar da administração da Organização Social as centrais estaduais de regulação de leitos e distribuição de medicamentos. **Conclusões:** Há uma disputa em torno à organização do SUS, que vem sendo implementado sob a perspectiva hegemônica dos serviços de atenção à doença, na contramão da resistência contra-hegemônica que defende o sistema público de atenção universal e a indissociação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade ao exercício da formulação de políticas, organização dos sistemas e serviços e desenvolvimento das ações de saúde.

Palavras-chave: Saúde pública; Direitos sociais; Participação social; Controle social; Hegemonia.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Federal Constitution of 1988 states that health is a right of everyone and a duty of the State, and universality is a fundamental principle of SUS – the Brazilian public health system. Universality means that health is a human and social right guaranteed by a Democratic Rule-of-Law State. Although the Constitution statement is still not a reality, where everyone has access to favourable health conditions and life quality, it is very meaningful to the constitution of citizenship in Brazil. The counter-hegemonic resistance against capitalism and for human rights should aim at powerfully promoting citizenship, based on the social justice and equity approach. The councils, spaces of legitimate participation and negotiation, are open to private or corporate interest, and the presence of hegemonic power in the councils enhance the private and individual dimension in the public policies' formulation process. **Assumption:** The performance of the councillors of the Sao Paulo State Health Council illustrates the war of positions in the national spaces of social participation and control in health, where the counter-hegemonic resistance takes place within the dominant logic of the hegemonic power. **Objective:** To understand and interpret the discursive perspective of the councillors of the Sao Paulo State Health Council in their advocacy for the right to health and for universality, if it would come closer to the hegemonic discourse of the status quo maintenance and reproduction, or to the counter-hegemonic one for social transformation and emancipation. **Method:** Social qualitative research developed in three stages: exploratory phase; fieldwork; and data analysis and treatment. The main technique for data collection was non-participant observation of five meetings of the Sao Paulo State Health Council and the 15th National Health Conference; the findings were collected from public data (meetings' minute and video). Data analysis was based on the hermeneutic-dialectic approach. **Results:** The findings were the statements of the councillors of the Sao Paulo State Health Council on a debate around the proposal of taking the management of both São Paulo State medicine distribution and bed management centres out of the hands of a Social Organization; the debate took place during a meeting on the Health State Plan 2016-2019. **Conclusions:** There is a dispute over the SUS management, which has been implemented according to a hegemonic perspective that advocates for services focused on the disease, different from counter-hegemonic perspective that advocates for the public universal healthcare and for the undissociation of the universality, integrality and equity principles to the policy formulation, system and services' organization, and health actions' development.

Keywords: Public Health; Social rights; Social participation; Social control; Hegemony.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **9**

1. INTRODUÇÃO: REFERENCIAIS TÉORICOS-CONCEITUAIS **11**

1.1 DIREITOS SOCIAIS, POLÍTICA SOCIAL, PROTEÇÃO SOCIAL 11

1.2 HEGEMONIA E CONTRA-HEGEMONIA 18

1.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE 23

2. OBJETIVO **30**

3. PERCURSOS METODOLÓGICOS **31**

3.1 REFERENCIAIS TÉORICOS-METODOLÓGICOS 31

3.1.1 Pesquisa Social 31

3.1.2 Análise Qualitativa 36

3.2 A CONSTRUÇÃO DO CAMPO 36

3.2.1 O Campo: Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (CES-SP) 37

3.2.2 Coleta de Dados: Reuniões Plenárias do CES-SP e 15ª Conferência Nacional de Saúde 46

3.2.3 Os Participantes: os Conselheiros do CES-SP 50

3.2.4 Aspectos Éticos 54

4. CONFRONTO NO CES-SP: HEGEMONIA *VERSUS* CONTRA-HEGEMONIA? **56**

4.1 DEBATE: PROPOSTA DE RETIRAR DA OS A ADMINISTRAÇÃO DAS CENTRAIS ESTADUAIS DE REGULAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO 56

4.2 TEMA CENTRAL DO DEBATE: O MODELO DE GESTÃO DO SUS 66

5. HEGEMONIA E POTENCIAIS DE CONTRA-HEGEMONIA NOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE **71**

5.1 CRISES DO CAPITALISMO E AS REFORMAS DO ESTADO 71

5.2 REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: O PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO 72

5.3 MODELO DE GESTÃO EM PARCERIA COM A INICIATIVA PRIVADA NO BRASIL: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS 74

5.4 A DEFESA DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE AO MODELO DE GESTÃO DO SUS EXCLUSIVAMENTE PÚBLICA E ESTATAL 75

5.5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: POTENCIAS DE CONTRA-HEGEMONIA 78

NOTAS PARA UMA CONCLUSÃO POSSÍVEL **81**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **85**

ANEXOS **93**

ANEXO 1 - MENSAGEM DA SECRETARIA EXECUTIVA DA CES-SP: COMPOSIÇÃO ATUAL DO CES-SP 93
ANEXO 2 - TRANSCRIÇÃO DO DEBATE SOBRE A PROPOSTA 10 94
CURRÍCULO LATTES 106

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo objeto desta pesquisa – participação e controle social em saúde – coincide, basicamente, com as atividades profissionais que tenho desenvolvido nos últimos anos.

Prestei consultoria ao Conselho Nacional de Saúde, via termo de cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de setembro de 2009 a maio de 2012, para coordenar o escritório executivo da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social (Brasília, dezembro de 2010), que representou um marco na construção de um espaço de diálogo em condições equitativas entre governos e sociedade civil, pela universalidade do direito à seguridade social, nos âmbitos nacional e internacional.

Durante esse período, tive a oportunidade de acompanhar as reuniões plenárias do Conselho Nacional de Saúde e participar do Seminário Nacional Preparatório da 1ª Conferência Mundial (Brasília, dezembro de 2009); do Fórum Social Mundial 10 Anos (Grande Porto Alegre, janeiro 2010); do 26º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Gramado, maio de 2010); e da 14ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, novembro/ dezembro de 2011), como apoio à relatoria.

Em junho de 2012, fui convidada a integrar a equipe do LIGRESS – Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração/HCor, em São Paulo – para a coordenação técnica do Projeto "Apoio ao processo de disseminação internacional da experiência do SUS como parte de um sistema universal de seguridade social", no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS. O projeto envolveu o desenvolvimento de pesquisa colaborativa com o Instituto das Nações Unidas para a Pesquisa em Desenvolvimento Social (UNRISD) sobre "A Universalização da Seguridade Social nas Economias Emergentes", e apoiou a criação de espaços públicos para o desenvolvimento dinâmico de entendimento e mobilização, denominados: Laboratórios de Políticas Públicas Universalistas.

A ideia da rede de conhecimento dos laboratórios de políticas públicas universalistas surgiu com a 1ª Conferência Mundial (2010) e foi ratificada como proposta de iniciativa política

no 4º Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social, em Dakar em 2011; desde então se buscou construir o marco da proposta e estabelecer alianças com grupos de ação política e social nos países para instalar os laboratórios nacionais, ao mesmo tempo em que se discute um projeto de natureza regional e global.

Para a divulgação e apoio à criação dos Laboratórios de Políticas Públicas Universalistas, participei do 13º Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) (El Salvador, novembro de 2014); da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasília, dezembro de 2014); e de duas edições do Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social (Túnis, março de 2013 e de 2015).

Assim, o desenvolvimento desta pesquisa veio de encontro a intenção de aprofundar conhecimento teórico sobre a questão da universalidade da saúde, identificando as relações de poder subjacentes e procurando esclarecer de que modo esse debate influencia a formulação e análise das políticas públicas de saúde.

O trabalho partiu do pressuposto de que a atuação dos conselheiros de saúde do Estado de São Paulo ilustra a guerra de posições nos espaços nacionais de participação e controle social em saúde onde a resistência contra-hegemônica de transformação e emancipação social se dá dentro da lógica dominante do poder hegemônico.

1. INTRODUÇÃO: REFERENCIAIS TÉORICOS-CONCEITUAIS

"'A quem te pedir um peixe, dá uma vara de pescar'.
Pensando bem, não só a vara de pescar, também a linhada, o anzol, a chumbada, a isca, apontar um poço piscoso e ensinar a paciência do pescador.
Você faria isso, Leitor?
Antes que tudo isso se fizesse o desvalido não morreria de fome?
Conclusão: Na prática, a teoria é outra."

(Cora Coralina)

1.1 DIREITOS SOCIAIS, POLÍTICA SOCIAL, PROTEÇÃO SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde como um direito de todos e dever do Estado e institui a universalidade como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade remete a saúde ao campo dos direitos humanos e sociais garantidos por um Estado Democrático de Direito. Apesar do discurso constitucional não ter se tornado uma realidade de acesso a todos a condições favoráveis de saúde e de qualidade de vida, este é muito significativo para a constituição da cidadania no Brasil.

A construção da cidadania no País inicia sua trajetória no Estado Social, após a Revolução de 1930, marcadamente vinculada ao trabalho e aos direitos clássicos (trabalhistas, previdenciários e sindicais), com o desenvolvimento de políticas públicas de proteção social voltadas para os trabalhadores, inicialmente de ocupações / profissões específicas regulamentadas, posteriormente ampliando para a massa de trabalhadores formais (SANTOS, 1979). O Estado Democrático de Direito no Brasil somente foi instituído pela Constituição Federal de 1988, pela ampliação da cidadania por meio da instituição dos direitos sociais

universais (educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, assistência social e outros) e da participação popular (SIMÕES, 2013).

Segundo SANTOS (1979), o histórico da interferência governamental na regulamentação das relações sociais no Brasil não se afasta do padrão revelado pela experiência de outros países. Na Europa do Estado Liberal de Direito, desde o capitalismo mercantil do século XVIII e a revolução industrial do século XIX, prevalecia a utopia meritocrática de organizar a sociedade de acordo com os indicadores do mercado, onde se previa uma distribuição de bens, serviços e benefícios de acordo com as capacidades e talentos de cada indivíduo, naturalizando a desigualdade e restringindo a igualdade ao acesso aos recursos para competir no mercado, em um jogo livre da oferta e da procura que premia os mais capacitados. Nessa lógica, necessitar de ajuda ou cooperação social era uma evidência da inferioridade dos pobres e desvalidos, e como tal convertia-se em estigma pessoal, e não uma evidência de que o mercado era ineficiente ou injusto, e sua forma de organizar a produção não era satisfatória.

> [A] inexistência de movimentos reivindicatórios organizados facilitava a hegemonia indisputada da crença em que o "mercado", onde se encontravam indivíduos juridicamente iguais e autônomos, capazes de firmar acordos que a ninguém mais interessava, constituía o mecanismo mais eficiente, malgrado suas falhas setoriais e ocasionais, para combinar as mais elevadas taxas de acumulação de riquezas à mais justa distribuição possível de benefícios econômicos e, em decorrência, sociais (SANTOS, 1979, p. 17).

No final do século XIX, para a expansão e consolidação do capitalismo no continente, a Europa do Estado Liberal de Direito que assegurava somente os direitos fundamentais civis e políticos, ao enfrentar a crise do liberalismo devido aos conflitos sociais gerados pela forma industrial de produção e acumulação de bens, termina por permitir o início da ação estatal e dos regulamentos sociais para assegurar os direitos sociais clássicos e o desenvolvimento da legislação previdenciária, variando entre os países a ordem e o ritmo em que vão sendo estabelecidos, o escopo da legislação, a forma da administração, do financiamento e, finalmente, da articulação dos programas sociais, "destinados a maximizar a equidade com as demais políticas governamentais, sobretudo aquelas que têm por objetivo maximizar a acumulação" (SANTOS, 1979, p. 15). Santos entende por equidade "o ideal de reduzir ou extinguir desequilíbrios sociais" e por acumulação "as ações destinadas a aumentar a oferta de bens e serviços disponíveis" (SANTOS, 1979, p. 16).

Tem início, então, o desenvolvimento da Política Social, com a promoção de políticas públicas de proteção social dos trabalhadores, por exemplo, contra a doença, a velhice e a invalidez, que tem como marco o seguro social compulsório destacadamente na Alemanha e na Inglaterra a partir do final do século XIX e início do século XX (SIMÕES, 2013). A inovação do seguro social compulsório diz respeito não somente à interferência do Estado nas relações entre os empregadores e empregados, mas é o início da relação entre o trabalhador agora cidadão e o Estado, e também a expansão das funções administrativas estatais. O trabalhador ao contribuir obrigatoriamente passa a ser sujeito de direitos sociais e o Estado passa a assumir uma responsabilidade pública pelo bem-estar do cidadão – um fenômeno social novo na sociedade liberal europeia.

> Segundo Castel [...], a consolidação do Estado Social está diretamente relacionada ao reconhecimento, na esfera política, da ineficácia de outras formas de regulação sobre a questão social. Este foi um processo particularmente vigoroso nos países onde o crescimento da produção de riquezas não se identificou com o processo de redução da pobreza operária, associando-se mesmo, em larga medida, como sua causa. Tendo sido afastadas as demais alternativas para a resolução da questão social – como as que propugnavam soluções via mercado, via moralização do povo, via ações de solidariedade ou via movimentos revolucionários –, fica fortalecida a alternativa de negociação de medidas de proteção social garantidas pelo Estado (CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005).

Mas há uma importante diferença na evolução da política social naqueles dois países que trazem seus reflexos aos dias atuais entre a discussão em torno à focalização e a universalidade na política social. Enquanto a Alemanha de Bismarck estabeleceu a relação contratual do seguro social compulsório entre o Estado e os trabalhadores, na Inglaterra, a partir do Relatório Beveridge de 1942 a política social trazia uma questão de princípio político da responsabilidade na sociedade (MARSHALL, 1967). De um lado, políticas sociais voltadas a garantir mínimos sociais para os trabalhadores, por meio de contribuição previdenciária, e para os grupos vulneráveis identificados por meio de critérios de elegibilidade; de outro, políticas sociais universais que visam garantir condições favoráveis para uma vida digna para toda a população.

O valor dos direitos sociais e das políticas públicas está no fortalecimento da cidadania e não nos resultados monetários que traz a seus beneficiários. Para o projeto de uma sociedade solidária, a garantia dos direitos universais deve ponderar as desigualdades sociais visando a sua superação, que vai muito além da satisfação das necessidades básicas. A proposta dos mínimos sociais não traz para o debate como superar as desigualdades sociais para que todos tenham uma vida digna, perpetuando a pobreza em uma sociedade cujo projeto é a acumulação do capital, onde não há justiça social, igualdade de oportunidades, proteção social, plena cidadania (SIMÕES, 2013).

Segundo SANTOS (1979), a preocupação com o bem-estar social chegou tarde ao Brasil tanto em relação à Europa, como em comparação com outros países latino-americanos de similar nível de renda. Após a Revolução de 1930, tem início a cidadania regulada, que se faz via regulamentação de novas profissões/ocupações e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. E assim, no âmbito nacional também é consagrada a vinculação entre acumulação – a contribuição de cada categoria profissional para o processo de crescimento, sinalizada pelo diferencial de salários – e equidade – distribuição de benefícios proporcionais à contribuição pretérita. Durante a ditadura militar, as políticas governamentais nas áreas preventivas não vinham alterando significativamente o perfil de desigualdades sociais básicas,

geradas pelo processo acumulativo; o agravamento das condições gerais da população repercutia nas demandas por compensações, isto é, políticas compensatórias que objetivavam amenizar os desequilíbrios sociais em suas consequências, mas sem interferir em sua geração (SANTOS, 1979).

No final da década de 1980, a redemocratização política nacional e o neoliberalismo internacional se entrecruzam como processos antitéticos (STOTZ, 2006). A Constituição Cidadã em seu preâmbulo estabelece que o Estado Democrático de Direito se destina a assegurar o exercício dos direitos sociais – clássicos (trabalhistas, previdenciários e sindicais) e universais (educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, assistência social e outros). Essa inserção dos direitos sociais entre os Direitos e Garantias Fundamentais do Estado Democrático de Direito foi uma conquista histórica dos movimentos e associações populares da sociedade civil brasileira; no entanto, prevaleceu uma tendência reducionista em qualificar tais direitos pela finalidade de "assegurar o acesso da população aos bens sociais necessários à satisfação de suas necessidades básicas, tendo por finalidade o provimento dos mínimos sociais" (SIMÕES, 2013, p. 36).

Assim, o neoliberalismo imprime sua marca no processo de redemocratização nacional, ao se estabelecer que a satisfação das necessidades básicas deva se dar no mercado de consumo; as políticas públicas acabam por se voltar para o acesso aos bens de consumo a partir do aferimento de níveis de renda familiar, definidores da situação de pobreza e carência, institucionalizando a "situação social da população limitada unicamente aos níveis de renda para o acesso aos bens de consumo" e promovendo "a ocultação das determinações dessa situação" (SIMÕES, 2013, p. 38). SANTOS (1979) já chamava a atenção para o fato de a política social brasileira contemporânea, ao vincular as políticas redistributivas ao processo acumulativo, estava sendo inconsistente e segmentada ao não priorizar políticas preventivas (medidas governamentais que deveriam produzir o mínimo de desigualdades sociais – emprego, salário, saúde pública, educação, saneamento, nutrição), acabando por intensificar as magnitudes dos problemas que procurava amenizar ao nível das políticas compensatórias (medidas destinadas a remediar desequilíbrios gerados pelo processo de acumulação).

Ainda que contida nos limites das políticas de acumulação, para que a política social tenha um impacto significativo sobre os desequilíbrios sociais, reduza as disparidades sociais e atenue a injustiça social, é necessária a elaboração de um diagnóstico do estado social que inclui um quadro geral de carências e desequilíbrios sociais existentes em cada país, e ainda uma definição valorativa dos itens integrantes da injustiça social. O desafio que se impõe, então, é a superação dessa concepção teleológica – superação da pobreza por meio de políticas públicas com a

finalidade de garantir as necessidades básicas e mínimos sociais, colocando a crise como crise do consumo e das diferenças de renda –, no sentido de uma concepção ontológica fundamentada na integralidade dos direitos sociais (direitos clássicos e universais) – superação da pobreza por meio de políticas públicas que trabalham as causas das desigualdades sociais e promovem a justiça social (SIMÕES, 2013).

Uma vez que os direitos universais somente são efetivos se observados conjuntamente, a cláusula da reserva do possível (ÁVILA, 2013) compromete a integralidade e resulta na não efetividade dos direitos ao reduzi-los aos mínimos sociais para a satisfação das necessidades básicas. Relevante mencionar a crítica da universalidade apresentada por Simões:

> A crítica da universalidade assenta, pois, no abstracionismo de sua concepção, em que a igualdade é reduzida à essência humana e é o ponto de partida da implementação dos direitos e das políticas sociais, e não a universalidade a ser alcançada a partir do processo de ponderação das desigualdades sociais e diferenças culturais (SIMÕES, 2013, p. 39).

Em suma, os direitos de cidadania – direitos cívicos, políticos, sociais, econômicos e culturais – foram sendo constituídos ao longo dos últimos duzentos anos a partir do conceito de direitos humanos sendo incorporados nas constituições e nas práticas jurídico-políticas de muitos países.

A concepção dos direitos fundamentais nos remete à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão da Revolução Francesa de 1789, que distingui “entre os direitos do homem, atribuídos pelo jusnaturalismo ao ser humano enquanto tal, em sua essência uma abstração genérica e metafísica, e os direitos do cidadão, enquanto ser social e político” (SIMÕES, 2013, p. 50-51). Durante os séculos XIX e XX, o processo de lutas sociais dos trabalhadores face à exploração do capitalismo industrial levou os direitos fundamentais do âmbito dos direitos civis e políticos para o dos direitos sociais. “Os conceitos de liberdade e de igualdade passaram a ser questionados em face da supremacia do valor da solidariedade social” (SIMÕES, 2013, p. 56).

Em 1919, ao final da Primeira Guerra Mundial, a assinatura do Tratado de Versalhes e a Constituição de Weimar culminaram com a Declaração do Estado de Bem-Estar Social e dos direitos sociais clássicos; em 1948, após o final da Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) assinou a Declaração Universal dos Direitos do Homem; finalmente, em 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) foi aprovado pela ONU, e ratificado pelo Estado brasileiro em 1992 (LEIVAS, 2006), promovendo o direito dos povos à solidariedade internacional, à autodeterminação, à paz e ao desenvolvimento (BRASIL, 1992) e à proteção do próprio gênero humano, não especificamente

dos interesses de um indivíduo ou coletividade, inclusive o direito ao trabalho, à saúde e alimentação adequada (SIMÕES, 2013, p. 56).

A saúde como um direito humano social universal é reforçado na Declaração de Alma-Ata (OPAS/OMS, 1978), marco da estratégia da Atenção Primária em Saúde – APS, que aponta para sistemas de saúde universais fundados na intersetorialidade e participação social com foco nas necessidades da população. Trinta anos depois, o Relatório Mundial da Saúde 2008 continua a defender a APS, intitulado "Atenção Primária em Saúde: Agora mais do que nunca" (OMS, 2008), destacando que a atenção universal é mais eficiente do que a atenção privatizada fragmentada, bem como leva a melhores resultados de saúde e maior produtividade e crescimento econômico.

Na verdade, há uma grande discrepância entre os direitos humanos preconizados nas declarações e pactos internacionais e constituições nacionais, e a situação de pobreza, desigualdade e exclusão da grande maioria da população global. Essa inconsistência globalizada entre o discurso e à prática dos direitos humanos nos remete ao *habitus principiorum* de São Tomás de Aquino: o hábito de invocar obsessivamente os princípios para poder se dispensar da sua observância na prática (SANTOS, 2006).

Diante dessa distância histórica entre discurso e prática, como defender a importância de a Constituição Federal de 1988 apresentar a saúde como um direito de todos e dever do Estado e constituir a universalidade como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS)? Estariam o direito internacional e as doutrinas convencionais dos direitos humanos e sociais usados de forma reacionária para a continuidade do *status quo,* e não de forma revolucionária para a emancipação social? Direitos humanos garantem dignidade ou garantem discurso de dignidade em contexto de desigualdade social? Garantem dignidade ou manipulação para exploração?

> Todos os direitos proclamados nos grandes documentos deste gênero são de fato afirmações de uma aspiração, cuja satisfação se encontra limitada pela perspectiva da classe dominante de qualquer comunidade política sobre as relações entre essas proclamações e os interesses que estão determinados em proteger (LASKI apud SANTOS, 2014, p. 23-24).

O efeito perverso dessa natureza convencional do discurso dos direitos humanos, entre a proclamação abstrata e a resignação perante violações sistemáticas, é a trivialização do sofrimento humano contidos nessas violações. Essa trivialização, que segundo Boaventura de Sousa Santos, decorre do discurso normalizado (em sentido foucaultiano) das organizações de defesa dos direitos humanos, "com um forte componente estatístico que reduz ao anonimato

dos números o horror da degradação humana e do sofrimento injusto" (SANTOS, 2014, p. 135), neutraliza a reação da sociedade contra um estado de coisas que produz de modo sistemático o sofrimento injusto.

1.2 HEGEMONIA E CONTRA-HEGEMONIA

No capitalismo globalizado, a hegemonia exercida pela classe dominante, que inclui a ação do Estado como aparato daquela, naturaliza a ordem social em favor dos interesses da própria classe dominante.

> A globalização hegemônica é a nova fase do capitalismo global, constituída pela primazia do princípio do mercado, liberalização do comércio, privatização da economia, desregulação do capital financeiro, precariedade das relações de trabalho, degradação da proteção social, exploração irresponsável dos recursos naturais, especulação com produtos alimentares, mercantilização global da vida social e política (SANTOS, 2014, p. 31-32).

A globalização hegemônica neoliberal, que tem como principais expoentes Grupo dos Sete (G-7), Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, Organização Mundial do Comércio, Nações Unidas, vem sendo acompanhada por uma globalização contra-hegemônica, a partir de articulações locais, nacionais e transnacionais de movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) contra o capitalismo e a desigualdade e injustiça social.

> [A] hegemonia é um feixe de esquemas intelectuais e políticos que são vistos pela maioria das pessoas (mesmo por muitos dos que são negativamente afetados por ela) como fornecendo o entendimento natural ou único possível da vida social. Por outro lado, a contra-hegemonia resulta de um trabalho organizado de mobilização intelectual e política contra a corrente, destinado a desacreditar os esquemas hegemônicos e fornecer entendimentos alternativos credíveis da vida social[,] [...] que se traduz em lutas, movimentos ou iniciativas, tendo por objetivo eliminar ou reduzir relações desiguais de poder e transformá-la em relações de autoridade partilhada. [...] [T]ais ações, para serem eficazes, têm de desafiar o conhecimento que sobre elas é produzido pelas instituições liberais dominantes como sendo uma ideologia mistificadora e contrapor-lhe o conhecimento que elas próprias produzem nos processos de luta e os ideais de uma sociedade justa que neles emergem (SANTOS, 2014, p. 33-35).

O último período da história da humanidade tratou de desfazer a ilusão de MARSHALL (1967), para quem as conquistas da cidadania poderiam se sobrepor à desigualdade. O neoliberalismo e sua atual saída belicista mostram que houve uma espécie de revanche da desigualdade sobre a cidadania. O que paradoxalmente atribui uma radicalidade inusitada à luta em defesa da cidadania, na qual se incluem os direitos sociais e humanos (BEHRING e BOSCHETTI, 2011). Como enfatizou Santos, o fato de não se conhecer "exemplos históricos de sociedades não estratificadas", isto é, "o objetivo de completa e definitiva igualdade social parece estar fora do alcance do engenho humano", não é justificativa para se ignorar "a urgência de que agudos e remediáveis desequilíbrios sejam reparados de maneira eficiente" (SANTOS, 1979, p. 39).

Assim, no âmbito da saúde pública e coletiva no Brasil, ainda que, segundo FINKELMAN (2002), a idealização contra-hegemônica do SUS como um sistema de atenção universal não tenha se tornado realidade, continuando a organização do SUS centrada na perspectiva hegemônica dos serviços de atenção à doença, na contramão da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável, a importância do enfoque da saúde como um direito humano fundamental é a resistência contra-hegemônica por uma representação a partir da equidade, que exige que as desigualdades sejam avaliadas e a representação das iniquidades seja construída desde um julgamento ético/moral no sentido da justiça, onde ficam expressas as múltiplas dimensões das iniquidades entre classes sociais, territórios sociais, gêneros, etnias e faixas etárias. Isto é, vincular o discurso do direito, que impõe a indissociação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ao exercício da formulação de políticas, organização dos sistemas e serviços e desenvolvimento das ações de saúde.

A garantia dos direitos remete a sua materialidade na vida cotidiana por meio da satisfação das necessidades para uma vida plena, com qualidade e bem-estar individualmente e em sociedade. Esse valor moral da saúde "como expressão do direito fundamental à vida e de seus determinantes como condições necessárias para que a vida possa existir e se desenvolver plenamente" deve estar na base das decisões políticas que configuram um sistema de respostas sociais (DE NEGRI FILHO, 2008).

Ao se relacionar as políticas sociais às estratégias de hegemonia, a partir de uma direção intelectual e moral na base do projeto societário e seus padrões de proteção, é preciso compreender: a articulação das políticas sociais com a política econômica e a luta de classes; o papel do Estado e sua relação com os interesses das classes sociais, que se beneficiam de suas decisões e ações; as forças políticas que se organizam no âmbito da sociedade civil, os sujeitos coletivos de apoio e/ou de resistência a determinada política social, bem como sua vinculação

a interesses de classe; e ainda os valores e *ethos* dos sujeitos políticos (BEHRING e BOSCHETTI, 2011). Por exemplo, a atual tendência hegemônica global à focalização das políticas sociais e sua restrição a políticas previdenciárias, acrescidos os gastos com educação e saúde, é justificada ideoculturalmente pela retomada dos valores liberais, de responsabilização individual pela condição de pobreza, onde se prega uma cultura da crise.

Com relação a projetos societários, cabe aqui apresentar as duas estratégias de desenvolvimento social de SANTOS (1979) que levam a políticas substancialmente diferentes: maximizar a igualdade (maximin) ou minimizar a desigualdade (minimax):

> A estratégia maximin assume a igualdade absoluta entre os indivíduos como a norma fundamental, ainda que inalcançável, para a formulação de políticas sociais e é bem representada em John Rawls, *A Theory of Justice*, Oxford, 1972. A estratégia minimax assume que as desigualdades sociais não são necessariamente injustas, se resultantes da estratificação "natural" entre indivíduos iguais perante as oportunidades. As políticas resultantes desta posição, neoconservadora, visariam sobretudo compensar desequilíbrios excessivos sem, entretanto, procurar impedir o funcionamento dos mecanismos que produzem a estratificação (SANTOS, 1979, p. 50).

Considerando a estratégia maximin para o desenvolvimento social, o progresso resultaria da formulação de políticas que teriam como objetivo modificar a distribuição desigual de valores entre classes de populações intranacionais. Santos apresenta treze valores:

> expectativa de vida; propriedade; renda; educação; saúde; habitação; serviços básicos (saneamento, água, luz, telefone); emprego (oportunidade, estabilidade, segurança); bem-estar (previdência social, etc.); lazer e amenidades (museus, parques, etc.); segurança pessoal (crimes, tóxicos); mobilidade social; e participação política (SANTOS, 1979, p. 53).

Com relação ao papel do Estado e sua relação com os interesses das classes sociais, as elites decisórias, produzidas pelas próprias instituições, econômicas, burocrático-administrativas e políticas, são dotadas de acesso aos recursos das organizações e os utilizam para a própria perpetuação do exercício do poder. No contexto de disputa de poder pelas elites e contra-elites e dos grupos sociais organizados, é relevante entender o processo de mudança das decisões políticas e das políticas públicas a partir da ideia de renovação da elite decisória, apresentado por SANTOS (1979) como resultado de processos naturais (população, urbanização e divisão social do trabalho), de complexificação social (emergência de organizações que têm por objetivo alterar a posição na estratificação social dos grupos que representam) e de conhecimento social especializado (progresso científico via canais

tecnológicos, fonte autônoma de criatividade e inovações), admitidos os parâmetros da acumulação e da equidade.

Há outros atores nesse processo de mudança; além das elites e contra-elites e dos grupos sociais organizados, também o influenciam o aparelho do Estado – burocracias, grupos técnicos, assessorias –, o qual pode se tornar um obstáculo ou uma fonte geradora de mudanças, e a burocracia sindical, comprometida com a manutenção de um sistema de cidadania estratificada, que lhe dá recursos de poder perante seus representados:

> no que diz respeito aos ganhos no processo de acumulação, via aumento de salários, coloca-se ao lado de seus representados, inclusive como recurso de poder perante o Estado, mas se comportando de maneira reacionária no que concerne às instituições previdenciárias, opondo-se às propostas de parte da elite burocrática governamental para uniformização e unificação dos serviços (SANTOS, 1979, p. 80).

As imposições da dinâmica dos conflitos, por um lado, e as necessidades de garantir a reprodução ampliada (acumulação) da riqueza social, por outro, induzem os governos a exercitar permanentemente o que se poderia chamar de "cálculo do dissenso", isto é: "a taxa de injustiça, em favor da acumulação, que será socialmente tolerada, ou, conversamente, a magnitude dos recursos que se podem subtrair à acumulação, em favor da equidade, sem prejuízo catastrófico para o processo ampliado de reprodução" (SANTOS, 1979, p. 125).

> [Q]ualquer que seja a orientação dos governantes, deverão, sempre, enfrentar limitações impostas, por um lado, pela estrutura de carências sociais, que podem ou não transformar-se em demandas, e, por outro lado, pela estrutura dos recursos disponíveis para atender, em intensidade variável em função das preferências dos decisores, mas sempre em alguma medida, os objetivos polares: acumulação e equidade (SANTOS, 1979, p. 127).

A vinculação estreita da política de equidade à política de acumulação, ainda que represente um passo à frente quanto ao conceito de cidadania, pode acarretar consequências contrárias às desejadas. A conclusão geral será a de que a modificação relativa do perfil de desigualdades existentes é decorrente de decisões tomadas de acordo com o cálculo do dissenso, e não de uma opção ideológica da qual se parta – maximização da acumulação ou maximização da equidade.

Atualmente, o cálculo do dissenso parece permanecer na condução do enfrentamento das consequências da crise econômica e financeira de 2008 no sentido de manter a coesão social e a ordem social vigente. No atual contexto da globalização, ainda que com o esgotamento do modelo dos Consensos de Washington de 1989, a resposta neoliberal das agências multilaterais

à crise continua ser propostas públicas minimalistas, políticas restritivas e regressivas, e a dinâmica e lógica do mercado "como padrão organizador da sociedade, transferindo a responsabilidade da provisão das necessidades sociais para a esfera individual ou familiar, vale dizer, para a esfera privada" (COHN, 2003, p. 15), lançando mão das políticas públicas pela perspectiva da pobreza ou da desigualdade, isto é, focalizadas na grande e crescente parcela vulnerável da população global, uma vez que o fator de inserção social não é mais o trabalho, mas a renda.

Diante da perda das identidades sociais devido ao contemporâneo deslocamento das classes sociais para os grupos de renda, ou ainda do acesso à riqueza para o acesso a consumo de bens e serviços (COHN, 2003), surge a questão de como estão organizados e legitimados no cenário político atual os sujeitos sociais e coletivos, movimentos sociais e segmentos organizados da sociedade, envolvidos nas lutas contra-hegemônicas pela efetivação dos direitos humanos e sociais associados à justiça social. Lutas estas que estão na contramão da tendência analisada por Cohn daqueles movimentos sociais vinculados à noção de carência, cujas "ações reivindicativas tendem a se traduzir em conquistas não necessariamente de direitos – que implicam a prestação pelo Estado de serviços legítimos para cidadãos livres e iguais perante a lei –, mas em benesses concedidas pelo Estado" (COHN, 2003, p. 13).

Em nome dos valores democráticos e igualitários, as lutas contra-hegemônicas de resistência ao capitalismo e de defesa dos direitos humanos, que pressupõem recursos políticos, financeiros e humanos para construir organizações e gerar militância, devem buscar ganhar potência na promoção da cidadania sob a perspectiva da justiça e da equidade social relacionando a diversidade e o pluralismo que marcam as sociedades contemporâneas, almejando a mudança das estruturas sociais que são responsáveis pela produção sistemática de sofrimento humano injusto. A cidadania finalmente extrapola a dimensão dos direitos sociais para a participação ativa em um contexto social da diversidade e pluralidade.

1.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE

"Sem sustentação prática, continuamos tecendo nossos volteios no ar – belos volteios, como fazem os trapezistas – mas sem que consigamos botar os pés no chão."

(Carlos Botazzo)

Considerando que os conselheiros de saúde, como sujeitos políticos, são parte do objeto deste estudo, é preciso analisar a categoria participação social, com foco na experiência nacional dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos, particularmente os conselhos de saúde, como inovações políticas e institucionais.

Antes de analisar o contexto histórico da criação dos conselhos, durante "uma onda democrática no Brasil e no mundo, com o fim dos regimes militares na América Latina e as mudanças no Leste europeu" (BEHRING e BOSCHETTI, 2011), é importante vislumbrar a categoria da participação social desde seu sentido mais amplo, do ponto de vista sociológico, até seu sentido mais estrito e de caráter político. Segundo STOTZ (2009, p. 293), "[d]o ponto de vista sociológico, participação é um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social" quando da adesão dos indivíduos na organização da sociedade. "No sentido mais estrito e de caráter político, participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade", vinculando a participação social à problemática do poder.

Antes de significar democratização, STOTZ (2009) menciona as formas de participação no sentido da inclusão de populações no processo de industrialização e urbanização durante a ajuda econômica dos Estados Unidos à América Latina pela Aliança pelo Progresso (1961-1970), e durante a vigência do regime militar no Brasil (1964-1984) a ideologia desenvolvimentista implementava a estratégia das Ações Cívico-Sociais e seus mutirões como estratégias de ação comunitárias. Finalmente, os movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda no período da redemocratização nos anos 1980, no auge do Movimento da Reforma Sanitária, vincularam a participação social à dimensão política de participar da tomada de decisões na produção e gestão do sistema político.

> Três enunciados sintetizam os sentidos que passa a tomar a participação no que se refere aos direitos sociais, à proteção social e à democratização das instituições que lhes correspondem: a) a participação social promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório; b) a participação social permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público (SILVA et al., 2005, p. 375).

A redemocratização e sua efervescência política após a ditadura militar no Brasil criou uma ilusão de oposição entre Estado e sociedade civil, supostamente homogênea, e passou a se falar no controle desta sobre aquele. Em comum oposição à ditadura, houve no momento da transição uma convergência, apesar de seu caráter contraditório, das forças sociais que formavam a sociedade civil brasileira, o que facilitou a hegemonia das forças liberais no processo de transição e a ascensão da ideologia neoliberal, a partir do final da década de 1980. Nesse contexto, a oportunista ideologia neoliberal construiu o conceito apolítico e asséptico de "sociedade civil", supostamente "de esquerda" quando dos combates contra a ditadura, que passou a se caracterizar pela oposição ao Estado, "convertida num mítico 'terceiro setor' falsamente situado para além do Estado e do mercado" (COUTINHO, 2000). Essa concepção de sociedade civil nada tem a ver com a visão de Gramsci de "uma arena privilegiada da luta de classe, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia; e, precisamente por isso, ela não é o 'outro' do Estado, mas - juntamente com a 'sociedade política' ou o 'Estado-coerção' - um dos seus ineliminíveis momentos constitutivos" (COUTINHO, 2000).

> Para Gramsci [...] nem tudo o que faz parte da sociedade civil é "bom" (ela pode, por exemplo, ser hegemonizada pela direita) e nem tudo o que provém do Estado é "mau" (ele pode expressar demandas universalistas que se originam nas lutas das classes subalternas). Somente uma concreta análise histórica da correlação de forças presente em cada momento pode definir, do ângulo das classes subalternas, a função e as potencialidades positivas ou negativas tanto da sociedade civil como do Estado (COUTINHO, 2000).

A partir do referencial teórico marxista de Gramsci, não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica ("Estado ampliado"), pois a oposição real se dá entre as classes sociais. Há uma correlação de forças entre as classes sociais, e as classes subalternas teriam que se organizar para formar consensos na sociedade civil, disputar a hegemonia sobre o Estado e a sociedade, e exercer o controle social a partir de seu projeto de

classe, que não seria o "econômico-corporativo" da racionalidade capitalista, mas "ético-político" para uma "reforma intelectual e moral" (CORREIA, 2009, p. 104).

> O 'controle social', na perspectiva das classes subalternas, visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o 'controle social' envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2009, p. 106).

Há variadas acepções do conceito de controle social relacionado à ordem social: da Sociologia e Ciências Sociais elaborado por Emile Durkheim, "associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, do ponto de vista dos valores, das normas e dos comportamentos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem" (STOTZ, 2006), isto é, "os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais" (BRAVO e CORREIA, 2012); da Ciência Política, no Dicionário de Bobbio, Matteucci e Pasquino (STOTZ, 2006), relacionado à ação política da comunidade, do mercado e do Estado – "[tanto] controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado" CORREIA, 2009, p. 104); das análises marxistas: "a burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social" (CORREIA, 2009, p. 104); e, finalmente, da Saúde Coletiva, em pensadores como Campos, Oliveira e Singer, o controle social através dos serviços de saúde produzindo "condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes" (STOTZ, 2006).

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à organização, desde o final da década de 1970, do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta por uma mudança do modelo médico-assistencial privatista para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986) a participação em saúde é definida como "o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde" (CORREIA, 2009, p. 104). Nesse mesmo sentido, a Constituição Federal de 1988 define no artigo 198 a participação da comunidade como uma diretriz para a organização das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988), e a Lei nº. 8.142/90 (BRASIL, 1990) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecendo que as conferências têm como objetivo avaliar e

propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e através dos conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde)

Finalmente, segundo STOTZ (2006), é a partir da 9ª CNS em 1992 que a participação passa a ser definida como controle sobre "políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social" e o controle social passa a significar as ações das conferências e conselhos de saúde. No entanto, uma vez que a redemocratização política no País ocorre na conjuntura internacional do neoliberalismo, na década de 1990 observa-se o movimento paralelo de desmobilização relativa dos movimentos populares num contexto de fragmentação das lutas e "demissão" do Estado e da criação de 90% dos conselhos de saúde do País como condição legal para a transferência de recursos da saúde aos municípios (STOTZ, 2006).

> [...] durante os anos 1990, o campo da participação social na execução de políticas sociais foi reforçado a partir de um registro diverso de questões, cuja referência se deu em torno da chamada "crise do Estado". Identificada em várias dimensões – redução, entre outros, da capacidade estatal de intervenção na economia, de formulação e implementação de políticas públicas, assim como redução da legitimidade do Estado, fruto da perda de vigor dos aparatos de representação política –, a "crise do Estado" fortaleceu um projeto de reforma do Estado que pleiteava uma outra forma de ação pública assentada na transferência para a sociedade da execução de um conjunto de ações sociais. Ancorada na ideia da gestão eficaz dos recursos sociais, sejam eles públicos ou privados, esta vertente passou a se constituir num projeto alternativo no qual se defende uma intervenção estatal limitada no espaço da proteção social (SILVA et al., 2005, p. 376-77).

Fica clara a apropriação do termo controle social no contexto da participação social pela oportuna oposição neoliberal entre sociedade civil e Estado, que não o associa à luta política dos setores organizados na sociedade civil defensores dos interesses das classes subalternas, mas ao controle da sociedade sobre o Estado pela participação social institucionalizada. Com base na categoria gramsciana de "Estado ampliado" (relação orgânica entre sociedade política e sociedade civil), o poder hegemônico tem sua representatividade garantida nos conselhos de saúde, e suas estratégias a serviço do capital demonstram-se superiores às estratégias de luta das classes subalternas, "tendo em vista a sua emancipação econômica, política e social", "problematizando o controle social dentro das contradições da sociedade de classes" (CORREIA, 2009, p. 104).

> Mas no processo de constituição de uma esfera pública democrática para o debate e a deliberação, os conselhos incorporaram, além dos movimentos sociais, vários outros grupos e interesses presentes no debate público setorial. Assim, a perspectiva de representação refere-se não apenas aos beneficiários, mas também ao conjunto de outros atores envolvidos na execução dessas políticas, tais como grupos profissionais, setores privados e especialistas, abrindo espaço para um leque bastante amplo e diferenciado de interesses que, em cada caso, transformarão o conselho não apenas em ator no campo das políticas sociais, mas também em arena onde atuam diversas forças e interesses (SILVA et al., 2005, p. 376).

Os conselhos, arenas de participação e de negociação legítimas, estão abertos a interesses particulares ou corporativos, permeados por forças heterogêneas e conflitivas que procuram vocalizar demandas, instituindo mecanismos públicos de controle e negociação política. A presença do poder hegemônico nesses espaços, reforça a dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas públicas ("particularismos generalizados" e não "interesses generalizados"), e leva a uma "baixa rotatividade dos seus membros" e "crescente distanciamento entre representados e representantes" (COHN, 2003, p. 17).

> Essas experiências de controle público através da participação da sociedade nos Conselhos de Saúde ocorrem num contexto de destituição de direitos sociais, associado ao altíssimo grau de desigualdade social da nossa realidade, o que faz com que se acentuem, de um lado, uma maior aproximação entre esse próprio controle e a gestão do Estado, e de outro a proeminência da política dos técnicos sobre a política dos cidadãos, agravando a tendência a uma progressiva tecnificação das políticas sociais (COHN, 2003, p. 17).

SANTOS e AVRITZER (2002) chamam a atenção para os perigos da perversão e da cooptação que as experiências de participação enfrentam uma vez permeadas pelos atores hegemônicos interessados na manutenção do *status quo*, os quais se manifestam das mais variadas formas: "pela burocratização da participação, pela reintrodução de clientelismo sob novas formas, pela instrumentalização partidária, pela exclusão de interesses subordinados através do silenciamento ou da manipulação das instituições participativas". Estratégias de resistência para interferir nas relações de poder e nas decisões políticas envolvem "aprendizagem e autorreflexividade constantes d[e] onde se possam extrair incentivos para novos aprofundamentos democráticos" (SANTOS e AVRITZER, 2002), no sentido da politização das demandas sociais e a ampliação de sua presença no espaço público de deliberação, como expressão e veículo da predisposição coletiva para organizar novas formas de Estado e de comunidade política, de hegemonia e de distribuição do poder (SILVA et al., 2005).

> Apesar das limitações e das dificuldades enfrentadas pelos conselhos de políticas sociais, não se pode minimizar sua contribuição para o alargamento da cidadania. Foi o resultado de conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil. Trata-se de um processo em construção que assinala possibilidades concretas de desenvolvimento de novas arenas públicas de intermediação de interesses e de novos formatos de mecanismos decisórios que poderão ter a capacidade de incorporar no aparato estatal a crescente complexidade das demandas da sociedade (SILVA et al., 2005, p. 390).

O potencial contra-hegemônico da reforma sanitária carece de um projeto de transformação que apresente sustentação prática, o que significa aderência e mobilização popular, particularmente dos sanitaristas (trabalhadores da saúde pública), com vontade e potência suficientes para sustentar os novos modelos assistenciais, reconhecidos como possíveis hoje, sem se perder "na ocupação dos espaços do aparelho de Estado à moda socialdemocrata" e superando o círculo vicioso da alienação, indiferença, má qualidade, recursos escassos, etc. (BOTAZZO, 1999, p. 102).

E como seria esse projeto de transformação social pela equidade e justiça social, com função civilizatória do espaço público governado do modo contra-hegemônico, com sustentação prática, que viria a abranger a relação entre sujeitos, movimentos sociais, reivindicação popular e administração da coisa pública, e, finalmente, que levaria a superar a vocação de abandono do referente pelo prazer da gerência, o desconhecimento da rede de articulações e as dificuldades de internalização da ideia do poder e da dominação ideológica?

A mudança social "se dá em momentos combinados, articulados e simultâneos, na análise *post-factum* das mudanças ocorridas e na manifestação política da mudança necessária, isto é, o devir" (BOTAZZO, 1999, p. 103). Mas mudança é uma categoria complexa, pois sua operacionalizar envolve várias dimensões: quais seus significados, sua direção, alcance, abrangência, profundidade, quais seus agentes e interesses, seus opositores e aliados, suas consequências imediatas, mediatas e de longo prazo na vida social e no processo histórico, etc.

Os sujeitos fundamentais devem ser capazes de autogerirem seu viver cotidiano e de estarem sempre explorando as potencialidades da mudança, "pela via do estabelecimento de micropolíticas que, privilegiando o tratamento dos microconflitos em sua multiplicidade, pudessem estar combinadas às disputas mais gerais, as pretensamente mais estratégicas". Ou seja, o acontecimento simultâneo da estratégia ("filosofia compreensiva") e do situacional imediato ("intervenções práticas, imediatas, cotidianas") – "filosofia e política" lado a lado, compreendendo e transformando. (BOTAZZO, 1999)

Se, concordando com Marx, o Governo do Estado é o "balcão de negócios da burguesia ou seu comitê executivo" ; se o "Estado carrega para dentro de si dominantes e dominados, que

é o lugar das contradições de classe (Marx), não monolítico (Poulantzas) ou expressão de lutas de classes em desenvolvimento (Hisch)", aí no Governo e no Estado é que se pode dar a luta dos grupos distintos se articulando para garantir a continuidade das políticas ou para a reprodução da estrutura social (BOTAZZO, 1999, p. 88 e 95). Eis de volta a questão do Estado e suas políticas, os propósitos do governo, os métodos que utiliza e a organização que assume.

2. OBJETIVO

O objetivo da pesquisa é compreender e interpretar a perspectiva discursiva dos conselheiros de saúde do Estado de São Paulo em sua reivindicação pelo direito à saúde e sua universalidade, se esta se aproxima mais ao discurso hegemônico de manutenção e reprodução do *status quo* ou contra-hegemônico de transformação e emancipação social.

3. PERCURSOS METODOLÓGICOS

3.1 REFERENCIAIS TÉORICOS-METODOLÓGICOS

3.1.1 Pesquisa Social

O método crítico-dialético (marxismo), segundo BEHRING e BOSCHETTI (2011, p. 36), "traz uma solução complexa e inovadora do ponto de vista da relação sujeito-objeto: uma perspectiva relacional, que foge ao empirismo positivista e funcionalista e ao idealismo culturalista", bem como analisa "as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo". Sob essa perspectiva, este trabalho baseou-se na análise crítico-dialética da política social e a interação de seu conjunto de determinações econômicas, políticas e culturais, considerando como paradigma o projeto societário solidário para a promoção da justiça social.

As políticas sociais, desenvolvidas no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, não são capazes por si só de assegurar a justiça social e equidade, mas assumem múltiplas funções: reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade; manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise; funcionar como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema; contribuir para a produção do bem-estar nas sociedades capitalistas; garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

> A investigação sob o enfoque do método da crítica da economia política proposto por Marx consiste, portanto, em situar e analisar os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas na perspectiva de totalidade como recurso heurístico, e inseridos na totalidade concreta: a sociedade burguesa (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 38).

O sujeito do presente estudo e seu objeto – a participação social exercida pelos conselheiros de saúde — estão em relação e situados historicamente em uma sociedade capitalista e uma política internacional sob a hegemonia do neoliberalismo; não se almejou aqui, portanto, seguir o ideal funcionalista de DURKHEIM (2007), que coloca o pesquisador numa perspectiva de exterioridade, deixando em suspensão todas as suas pré-noções; pois reconhece as pressuposições éticas, sociais e políticas fundamentais de seu próprio pensamento.

> Não há nenhuma perspectiva de neutralidade e a condição para uma aproximação mais profunda em relação ao movimento essencial do objeto é exatamente o reconhecimento dessa determinação das visões sociais de mundo que impregnam sujeito e objeto (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 38-39).

WEBER (2001) apresenta como um dos imperativos da pesquisa científica a neutralidade axiológica que deve ser entendida como não comprometimento do cientista social com valores que possam comprometer os resultados de suas pesquisas, o que não significa um afastamento total de valores, nem a interdição de valorar na vida. Seria a neutralidade valorativa que permitiria uma análise mais correta e menos comprometida da realidade social. Mas não há análise objetiva "pura" da vida cultural, pois não se consegue independência de certas perspectivas especiais e parciais que já estariam condicionadas no próprio processo de escolha do objeto da pesquisa, em ciências sociais.

Considera-se que os fenômenos culturais e sociais são históricos; os fatos naturais e os históricos não se assemelham; e o objeto e o sujeito estão imersos na história, com o que se identificam, o que produz uma unidade inseparável entre julgamento de fato e de valor:

> [n]ão existe uma análise científica totalmente 'objetivada' da vida cultural [...], ou dos 'fenômenos sociais', que seja independente de determinadas perspectivas especiais e parciais, graças às quais estas manifestações possam ser, explicita ou implicitamente, consciente ou inconscientemente, selecionadas, analisadas e organizadas na exposição, enquanto objeto de pesquisa (WEBER, 2001, p. 124).

Nesse sentido, o presente estudo não se baseou na acepção do naturalismo científico que, segundo Wanderley Santos, indica o compromisso com duas hipóteses centrais:

> a hipótese de que a ordem social é objetiva no sentido de ser regulada por um sistema fechado e relativamente estável de causalidades e a hipótese de que é possível aprender e representar, sob a forma de proposições logicamente conectadas, isto é, despojadas de mediações subjetivas, a ordem presumida pela primeira hipótese. [...] O naturalismo científico sustenta que aquilo é; é e pode ser concebido (SANTOS, 1979, p. 11-12).

Segundo WEBER (2001), não é possível explicar as ações sociais, numa relação de causas e efeitos como nas ciências naturais; é essencial compreendê-las como fato cheio de sentido, isto é, como algo que se relaciona com outros fatos e somente em função disso é que pode ser efetivamente compreendido. Ainda que a ordem social seja regulada por um sistema relativamente estável de causalidades, parte-se do princípio que este seja aberto a variações por fontes autônomas e seus conceitos básicos que organizam a representação do mundo são definidos subjetivamente:

> toda proposição explicativa do mundo recorta-o analiticamente, simplifica-o pelo isolamento de processos que, em sua existência empírica, desenrolam-se simultânea e implicadamente num número finito, embora extraordinariamente grande, de outros processos (SANTOS, 1979, p. 12).

Essa visão por parte dos agentes sociais (indivíduos, grupos, organizações) permite analisar os fatos e fenômenos de forma crítica, compreendendo seus processos e viabilizando propostas de transformação social.

> Os comportamentos sociais não brotam como cogumelos, por natureza, nem são condicionáveis indefinidamente. Antes, aquilo que aparece rotinizado, institucionalizado, como algo *natural*, tem sempre em sua origem um gesto de rebeldia contra os padrões *naturais* de comportamento, um ato inovador, uma invenção social, enfim (SANTOS, 1979, p. 13).

São as inovações sociais, desestabilizadoras do sistema "objetivo" de causalidades, que trazem mudança à ordem social, por isso as relações causais de seu sistema aberto são somente relativamente estáveis. A transformação social vem da mudança de comportamentos, pois há variações na forma de se viver a "objetividade", a partir da "alteração no modo de refletir o complexo das relações sociais, seus determinantes e significados" (SANTOS, 1979, p. 13). Para Santos, "a ordem social não é, produz-se, e produz-se como resultado permanentemente em suspenso do conflito sobre aquilo que os diversos atores sociais supõem que ela deva ser" (SANTOS, 1979, p. 13).

No marco dessas considerações, o entendimento da construção do exercício de participação social dos conselheiros de saúde, suas características e determinações, passa pela reprodução ideal de seu movimento na história recente do País, com atenção aos aspectos e semelhanças superficiais presentes nos fatos, que precisam ser superados para se chegar à essência do fenômeno.

> O mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sob certos ângulos e aspectos. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas graças ao seu contrário. A essência não se dá imediatamente; é mediata ao fenômeno e, portanto, se manifesta em algo diferente daquilo que é. A essência se manifesta no fenômeno. O fato de se manifestar no fenômeno revela seu movimento e demonstra que a essência não é inerte nem passiva. Justamente por isso o fenômeno revela a essência. A manifestação da essência é precisamente a atividade do fenômeno (KOSIK, 1995, p. 15).

Na perspectiva crítico-dialética da essência dos fenômenos, estes como expressão contraditória da realidade, pressupõe-se a possibilidade de abordar o fenômeno do discurso e ações de participação social dos conselheiros de saúde situados como um momento na realidade social (uma parte estrutural da totalidade) sob o ponto de vista da totalidade concreta, e de analisar sua complexidade e contradições, compreendendo sua múltipla causalidade, bem como sua múltipla funcionalidade no âmbito da totalidade concreta, como princípio estruturante da realidade, para, então, desvelar e compreender sua essência.

> O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural, constitui o mundo da pseudoconcreticidade. A ele pertencem: - O mundo dos fenômenos externos, que se desenvolvem à superfície dos processos realmente essenciais; - O mundo do tráfico e da manipulação, isto é, da *praxis* fetichizada dos homens (a qual não coincide com a *praxis* crítica revolucionária da humanidade); - O mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos na consciência dos homens, produto da *praxis* fetichizada, formas ideológicas de seu movimento; - O mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de ser condições naturais e não são imediatamente reconhecíveis como resultados da atividade social dos homens (KOSIK, 1995, p. 15).

Nessa perspectiva, a análise das políticas sociais considera a múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões histórica, econômica, política e cultural, como referenciais que ajudam a situar e a compreender o fenômeno e sua essência.

> A análise das políticas sociais sob o enfoque dialético precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalecentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais. [...] Há também uma dimensão cultural, que está relacionada à política, considerando que os sujeitos políticos são portadores de valores e do *ethos* de seu tempo (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 44-45).

A realidade da injustiça social da sociedade atual, então, possui uma estrutura, não vem do caos, que está constantemente em desenvolvimento podendo continuar injusta ou passar a ser menos injusta ou justa, a partir dos subsequentes fatos históricos e sociais no sentido de um projeto de transformação social.

O posicionamento de observação adotado neste trabalho é crítico, no sentido de que não reconhece na sociedade capitalista nenhuma possibilidade de conjugação positiva entre a sua acumulação e o princípio da igualdade, que entende a política social como uma conquista, mas não a solução da desigualdade, da exploração, da escassez e da miséria.

> Por certo que, sem as ideias de valor do investigador, não existiria nenhum princípio de seleção, nem o conhecimento sensato do real singular, da mesma forma como sem a crença do pesquisador na significação de um conteúdo cultural qualquer, resultaria completamente desprovido de sentido todo o estudo do conhecimento da realidade individual, pois também a orientação da sua convicção pessoal e a difração de valores no espelho da sua alma conferem ao seu trabalho uma direção (WEBER, 2001, p. 132).

O pressuposto deste estudo é que uma participação a partir de uma perspectiva contra-hegemônica do direito à saúde potencializa a incidência política dos conselheiros de saúde no sentido de um projeto de sociedade que prima pela justiça social.

> [E]xiste a possibilidade de proceder à avaliação das influências que nos habituamos a esperar geralmente [...]. Essas influências constituem, por conseguinte, os efeitos ‘adequados’ dos elementos causais em questão [...]. O valor desta afirmação não é de modo algum diminuído pelo fato de que nunca, mesmo nas chamadas ‘leis econômicas’, se trata de conexões ‘regulares’, no sentido estrito das ciências da natureza, mas sim de conexões causais adequadas, expressas em regras, e, portanto, de uma aplicação da categoria de ‘possibilidade objetiva’. (WEBER, 2001, p. 130).

A contribuição que pretendemos aportar é a produção de uma síntese, que buscou formular proposições sobre o que é relevante e essencial sobre a participação e controle social no âmbito do SUS, para analisá-las a partir da reconstrução progressiva da complexidade, suas múltiplas categorias, determinações e relações, e, finalmente, confrontar as conclusões com os dados proporcionados pela experiência, de modo a descobrir as verdadeiras interrelações entre o fenômeno e sua essência.

3.1.2 Análise Qualitativa

A pesquisa qualitativa ocupa, atualmente, um lugar de reconhecido destaque entre as pesquisas sociais e as diversas possibilidades de se analisar os fenômenos que abarcam os seres humanos e suas complexas relações sociais, existentes em diversos ambientes. Alguns traços característicos identificam os estudos denominados qualitativos. De acordo com essa perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para isso, o pesquisador deve ir a campo no intuito de buscar captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva dos indivíduos nele envolvidos, levando em conta todos os pontos de vista relevantes. Diversos tipos de dados devem ser coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno.

> O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

Nesse contexto metodológico, o processo de trabalho pode ser dividido em três etapas: “fase exploratória; fase de trabalho de campo; fase de análise e tratamento do material coletado” (MINAYO, 2012, p. 26).

3.2 A CONSTRUÇÃO DO CAMPO

Na fase exploratória da pesquisa, buscamos compreender os principais conceitos do objeto de nossa investigação: direitos sociais, proteção social, hegemonia e contra-hegemonia, participação e controle social em saúde; as teorias relevantes para nosso objeto: política social e justiça social; e a metodologia considerada adequada para a investigação: pesquisa social qualitativa e a abordagem hermenêutica-dialética.

Para a fase de trabalho de campo, escolhemos o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo – CES-SP e, para o recorte empírico dos achados, explorado a partir do marco teórico estudado,

utilizamos como principal ferramenta de pesquisa a observação não participante de cinco reuniões do CES-SP, da 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e de atividades pré-15ª CNS, para o levantamento de debates e documentos que poderiam ser relevantes para a pesquisa.

Na fase de tratamento dos achados coletados no campo, identificamos os debates que traziam posicionamentos antagônicos dos conselheiros do CES-SP, transcrevemos as falas dos debates considerados relevantes para a pesquisa, realizamos uma leitura exaustiva das falas e delimitamos os achados que permitiriam confrontar a abordagem teórica e desenvolver uma teorização sobre nosso objeto.

Analisamos os dados utilizando a abordagem hermenêutica-dialética, pela natureza do nosso objeto, para uma interpretação aproximada da realidade, colocando a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida (MINAYO, 2010).

O resultado que alcançamos com esse processo de trabalho é um produto provisório delimitado no tempo e no espaço, cujos propósitos visam não apenas alcançar uma compreensão mais aprofundada dos temas aqui abordados, mas também instigar novos questionamentos relacionados para investigação posterior, conforme a ideia apresentada por Minayo de um ciclo da pesquisa, "ou seja, um peculiar processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório que, por sua vez, dá origem a novas interrogações" (MINAYO, 2012, p. 26)

3.2.1 O Campo: Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (CES-SP)

O campo escolhido, considerando os propósitos de nosso estudo, foi o Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (CES-SP).

Essa escolha deveu-se ao interesse em investigar a atuação de conselheiros de saúde no estado brasileiro reconhecido como o maior polo econômico e industrial do Hemisfério Sul e o maior centro de negócios da América Latina, onde se concentram as sedes de grandes bancos e conglomerados financeiros, bem como as sedes dos principais grupos empresariais nacionais e estrangeiros (tem a maior aglomeração de empresas multinacionais em todo o Hemisfério Sul), sendo que sua indústria responde por 35%, e seus serviços por 34% do mercado brasileiro, de

acordo com informações prestadas pelo Governo do Estado de São Paulo em sua página na Internet <http://www.saopauloglobal.com> (SÃO PAULO, 2016). Portanto, nosso interesse consistiu em analisar discursos de hegemonia e contra hegemonia nos espaços de participação e controle social em Saúde onde há uma presença forte do mercado financeiro e de capitais e de empresas privadas.

Instituído pela Lei nº 8.356, de 20 de julho de 1993 (alterada pela Lei nº 8.983, de 13 de dezembro de 1994), o CES-SP é uma instância colegiada deliberativa e de natureza permanente do SUS, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), conforme determina o artigo 221 da Constituição do Estado de São Paulo, e as disposições estabelecidas nas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CES-SP, 2016a).

Como órgão vinculado à SES-SP, localiza-se na sede dessa Secretaria (Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 6º andar - sala 603; CEP: 05403-000 - São Paulo – SP), e sua página na Internet também faz parte da SES-SP: http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/.

Quanto ao período para acompanhar a atuação dos conselheiros do CES-SP, escolhemos o ano de 2015, quando ocorreram dois processos importantes do controle social em saúde: a 15ª Conferência Nacional de Saúde (e suas etapas municipais, regionais e estaduais) e a construção do Plano Estadual de Saúde de São Paulo – 2016-2019.

➢ A 15ª Conferência Nacional de Saúde e as Etapas Municipais, Regionais e Estadual de São Paulo

A Conferência Nacional de Saúde acontece a cada quatro anos, por meio de um processo democrático e participativo e de construção ascendente, “momento de destaque para a população brasileira avaliar e definir os melhores caminhos a serem seguidos para garantia da saúde universalizada, com equidade e atendimento integral” (COSEMS-SP,2015, p. 3).

Em 2015, a 15ª edição da Conferência foi realizada no período de 1º a 4 de dezembro, em Brasília, precedida de etapas municipais, regionais e estaduais, para o debate e elaboração das propostas e eleição dos delegados de forma paritária (25% de gestores ou prestadores de serviços de saúde, 25% de trabalhadores do SUS e 50% de usuários). As propostas e diretrizes aprovadas têm o propósito de incidir sobre as políticas de saúde nas esferas estadual e nacional.

A etapa estadual de São Paulo da 15ª CNS – a 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo (7ª CES-SP) – foi precedida por 18 etapas regionais, realizadas entre junho e julho de 2015, envolvendo os 645 municípios de São Paulo, organizadas pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS)[1] e pela Capital, com a participação de mais de 7 mil pessoas mobilizadas pelo Conselho Estadual de Saúde de São Paulo em todo o Estado (CES-SP, 2015e).

A 7ª CES-SP foi realizada no período de 21 a 24 de julho de 2015, em Águas de Lindoia, regida pela Resolução nº 500, de 12 de fevereiro de 2015 (Regimento da 15ª CNS), e pela Resolução nº 501/2015 (diretrizes metodológicas para a 15ª CNS), com o tema "Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas por meio de políticas públicas direcionadas também aos segmentos específicos (mulher, homem, criança, idoso, negro e outros): direito do povo brasileiro".

Conforme o Regimento da 7ª CES-SP (CES-SP, 2015f), os delegados, que foram eleitos nas 18 etapas regionais, deveriam analisar as propostas e prioridades de âmbito estadual e nacional provenientes das etapas regionais; formular diretrizes para a saúde nas esferas estadual e nacional; e elaborar o relatório final da etapa estadual. Com relação às propostas, o Conselho Estadual teria a atribuição de elencar aquelas que seriam inseridas no Plano Plurianual e Plano Estadual de Saúde, e outros instrumentos decorrentes, objeto de monitoramento pelas instâncias de participação social.

➢ A Participação do CES-SP na Construção do Plano Estadual de Saúde de São Paulo – 2016-2019

O CES-SP optou por utilizar o processo das Conferências de Saúde como ação mobilizadora e propulsora para a construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019, considerando o perfil sócio, cultural, econômico e estrutural das Regiões do Estado de São Paulo:

[1] DRS – divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.

> Este instrumento técnico-político [PES] é uma ferramenta essencial de gestão, de obrigatória apreciação e aprovação pelo CES-SP, e versa sobre as grandes linhas de atuação, observando subsídios das diretrizes das Conferências de Saúde. Para elaboração do PES são adotados critérios que abordam as necessidades de saúde da população, bem como dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observando a necessidade de reduzir as desigualdades regionais (CES-SP, 2015b).

Assim, a participação do CES-SP na elaboração dos eixos, diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PES 2016-2019, junto à Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES-SP, como parte do planejamento estratégico para a gestão do SUS, resultou de um processo de conferências, oficinas e reuniões, indicadas a seguir:

- 18 etapas regionais da 7ª CESSP, realizadas de 22 de junho a 17 de julho de 2015, organizadas estrategicamente para que as necessidades e desejos da população fossem demonstrados em territórios delimitados (área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS), como subsídio para inclusão no PES, para diminuição das inequidades regionais (CES-SP, 2015b);
- 7ª CESSP, que tinha como objetivo "garantir a saúde como direito humano, sua universalidade, integralidade e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais" (CES-SP, 2015c);
- oficina de validação e ajustes do PES 2016-2019, nos dias 4, 5 e 6 de agosto, em Águas de Lindóia, para escolha pelos conselheiros das deliberações prioritárias das 7ª CESSP, uma vez que não houve essa priorização na etapa estadual. Na ocasião, o CES-SP priorizou 21 propostas, das 160 resultantes da 7ª CESSP, para inclusão no PES 2016-2019[2].
- reunião ampliada da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) com todas as comissões temáticas do CES-SP, em 16 de novembro, para a análise e inserção das propostas da 7ª CESSP no PES 2016-2019. Foi eleita uma Comissão de Relatoria que deveria organizar o parecer consubstanciado para apreciação do CES-SP. Todas as dúvidas não dirimidas foram encaminhadas às áreas técnicas da SES-SP (CES-SP, 2015b);

[2] "Entre as propostas estaduais priorizadas está a indução do investimento estadual sob a lógica regional mediante pactuação intermunicipal, indicando a responsabilidade estadual na articulação, cumprimento dos pactos, interlocução federal e apoio à organização de fóruns regionais de controle social que atuem junto às Comissões Intergestores Regional (CIR) e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) no controle dos recursos, inclusive assistenciais, de âmbito regional de forma a garantir instrumentos efetivos de gestão territorial e regional que reduzam as desigualdades de acesso à rede de serviços e que otimizem os recursos disponíveis" (CES-SP, 2015d).

- 247ª Reunião Ordinária do CES-SP, de 27 de novembro, com a participação da Coordenadoria de Planejamento de Saúde e das áreas técnicas para apresentação das 14 propostas priorizadas pela 7ª CESSP que foram inseridas no PES 2016-2019 e apresentação das justificativas para as nove propostas que não seriam incluídas (CES-SP, 2016d);
- Reunião Extraordinária do Pleno de 11 de dezembro de 2015, para a homologação do PES 2016-2019 e aprovação do Parecer de conclusão; o CES-SP aprovou o PES 2016-2019, porém com ressalvas (CES-SP, 2016d)

O Quadro 1 apresenta as 21 propostas priorizadas e duas recomendações do CES-SP, como resultado das Conferências em 2015, categorizadas como incluídas ou não incluídas no PES 2016-2019, indicando as referências de onde foram incluídas no PES ou as justificativas da SES-SP de não inclusão:

Quadro 1- propostas do CES-SP para o PES 2016-2019 (CES-SP, 2015a)

NÚMERO	PROPOSTAS DO CES-SP PARA O PES 2016-2019	INCLUÍDAS / NÃO INCLUÍDAS (247ª Reunião Ordinária)
1	Implantar a rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com deficiência, de acordo com as Portarias MS nº 793 e MS nº 835/2012, e os Centros Especializados de reabilitação intelectual para atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo, conforme a Lei Federal nº 12764/2012, interligando a outros pontos de atenção intersetorialmente, conforme plano de ação regional, com inclusão de políticas públicas que garantam atenção às vulnerabilidades sociais das pessoas com deficiências, com financiamento estadual e federal, garantindo, inclusive, insumos para ostomizados, promovendo educação permanente aos profissionais para garantir acessibilidade nas diversas formas de comunicação.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo II, Diretriz 4, Objetivo11 (Monitorar e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nas regiões onde estiver implantada, com base no Plano de Ação Regional pactuado nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e homologado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Objetivo 15 (Definir e pactuar os fluxos de referência e contra referência entre os pontos de atenção que integram a Linha de Cuidado das Pessoas com Transtorno do espectro autista – TEA).
2	Implementar a rede de atenção oncológica, segundo pactuacão entre estado e municípios nas regiões de saúde, ampliando e facilitando o acesso das pessoas em tratamento oncológico e a humanização da atenção, bem como instituir os protocolos e fluxos para a vinculação dos pacientes nas referências no município, que garantam o acesso com agilidade no diagnostico, prevenção,	INCLUÍDA NO PES: - Eixo IV, Diretriz 2, Objetivo 7, meta 2 e Objetivo5, meta 2.

	tratamento e a implementação de Centros de Referência em Pesquisa.	
3	Garantir pelo Estado a implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS com a instalação de leitos para saúde mental nos hospitais gerais do Estado de São Paulo e apoiar os municípios para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (I, II, III, CAPS Infantil, CAPS Álcool e Drogas), assim como outros equipamentos substitutivos, garantindo ações efetivas em reabilitação e redução de danos para os usuários de substancias psicoativas com financiamento Estadual, de modo intersetorial, garantindo a participação popular na discussão da política de saúde mental no Estado e Município, aumentando assim, os mecanismos de acesso, apoio e cuidados.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo II, Diretriz 3, Objetivo 4 (Apoiar financeiramente a ampliação das Residências Terapêuticas - RT). - Eixo II, Diretriz 3, Objetivo 8 (Desenvolver processo de planejamento e implementação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS). - Eixo IV, Diretriz 1, Objetivo 3 (Construção de 21 CAPS e reforma de 6 CAPS por meio do Projeto Saúde em Ação em parceria com o BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento).
4	Implementar os conselhos gestores em todos os equipamentos e serviços de saúde do Estado de São Paulo, que recebam verbas do SUS, independentemente de qual seja o modelo de gestão, conforme a Lei nº 12.516, de 02 de janeiro de 2007, direta e indireta; hospitais universitários e fundações. A gestão participativa deve ser reforçada e ampliada, inclusive constando obrigatoriamente nos contratos e convênios (novos e aditivos) de gestão.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: A SES/SP, em decorrência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) impetrada pelo Governo Estadual estar em julgamento, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), não pode implantar conselhos gestores. Como a iniciativa foi do Governo e a ADIn está em julgamento no STF, não é possível recuar até a decisão final.
5	Combater a precarização das relações de trabalho evitando a transferência de responsabilidades ou terceirização de serviços públicos para o setor privado. Garantindo a realização de concursos públicos efetivos e regulares de 2 a 3 anos, de ingresso e acesso em todos os níveis que possam suprir e organizar o quadro de servidores para atender o quantitativo/qualitativo de trabalhadores necessários aos serviços de ações de saúde, viabilizando a contagem de pontos em prova de títulos e / ou experiência profissional na área de saúde pública, independentemente do vínculo empregatício, resgatando a prestação direta de serviços a administração, com a diminuição gradativa dos contratos de gestão.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: A adoção do modelo de parceria com OS na gestão de equipamentos, não só de saúde, mas também de outras Secretarias, é uma política de Governo do Estado de São Paulo. O modelo tem amparo legal e não fere qualquer regramento vigente, ainda mais com o recente julgamento em seu favor pelo STF (ADIn).
6	Implementar a mesa estadual de negociação permanente do SUS aos moldes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP/SUS), compreendendo os três pilares: educação permanente, planos de cargos, carreiras e salário, e, saúde do trabalhador da saúde.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo VI, Diretriz 2, Objetivo 7 (Manter a realização da Mesa de Negociação na SES/SP).

7	Cumprir o pacto federativo firmado em 17 de junho de 2015 e garantir o repasse tripartite, sendo no mínimo 50% Federal, 25% Estadual no financiamento de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: Há uma demanda do Secretário para que a SES/SP faça a integração entre o Grupo de Resgate e Atenção às Urgências (GRAU) e os serviços do SAMU. Os planos de ação são construídos e pactuados regionalmente, discutindo-se os pontos que compõem a rede entre os gestores municipais e o gestor estadual. Em relação ao financiamento, a SES/SP disponibiliza para este componente, SAMU 192, recursos financeiros aos hospitais próprios, conveniados e filantrópicos, para receber os pacientes que foram atendidos neste serviço, conforme pactuado com os gestores municipais.
8	Pactuar com o Governo do Estado de São Paulo o aumento gradual no PES de 0,5% ao ano (para além da Lei Complementar nº 141/2012) de 12% para 14% do seu orçamento tendo em vista a integralidade e qualidade no atendimento do SUS.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: Observa que o tema não está na governabilidade da SES/SP e que, portanto, não é possível que o Secretário decida sobre esse assunto num Plano Estadual de Saúde - depende de outra regulamentação, ou aprovação de Lei Federal.
9	Garantir o repasse gradual e pactuar com o Governo do estado de São Paulo o aumento do Piso de Atenção Básica (PAB) estadual para 50% do valor do PAB-Fixo ao final de 4 anos.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: Já existe um investimento relativamente grande que não está sobre a rubrica PAB Estadual, que precisa ser considerado.
10	Retirar da OS a administração da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) e do Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS), pois este é um serviço de Estado.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: As Políticas Públicas de Regulação estão e sempre estarão sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde - razão pela qual em nenhum dos dois contratos de gestão há conflito de interesse.
11	Induzir de forma enfática o investimento estadual sob a lógica regional mediante pactuação intermunicipal, indicando a responsabilidade estadual na articulação, cumprimento dos pactos, interlocução federal e apoio à organização de fóruns regionais de controle social que atuem junto às Comissões Intergestores Regionais (CIR) e às Departamentos Regionais de Saúde (DRS) no controle dos recursos, inclusive assistenciais, de âmbito regional de forma a garantir instrumentos efetivos de gestão territorial e regional que	INCLUÍDA NO PES: Não necessariamente incluída, mas o próprio Projeto Saúde em Ação que vai priorizar 5 regiões diferentes do Estado, dá conta da questão da redução das iniquidades ou pelo menos parcialmente.

	reduzam as desigualdades de acesso à rede de serviços e que otimizem os recursos disponíveis.	
12	Ampliar e adequar os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), conforme necessidade de cada região, com garantia de recursos para realização de exames diagnósticos, por meio de regulação regional com participação efetiva de decisão do colegiado, fortalecendo a resolubilidade.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo IV (Fortalecimento da Gestão), Diretriz I, Objetivo 3 (Expandir e Modernizar a rede de serviços de saúde do Estado de São Paulo).
13	Instituir câmara técnica com profissionais especializados em atenção à saúde para subsidiar o poder judiciário na tomada de decisões com vistas à saúde pública.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo IV (Fortalecimento da Gestão), Diretriz 1, Objetivo 4 (Organizar medidas para melhorar o enfrentamento com o judiciário).
14	Intensificar a comunicação em saúde a todos os profissionais da rede pública e privada, como instrumento de educação permanente e de compromisso com a defesa do SUS,	INCLUÍDAS NO PES: - Eixo V (que é o eixo do Conselho, da participação da sociedade), Diretriz 1, Objetivo 4 (Fortalecer os instrumentos de comunicação para a valorização e divulgação das ações do CES e seu papel no SUS).
15	Estabelecer uma Política de Comunicação para valorização e divulgação do SUS.	
16	Garantia de acessibilidade de comunicação em Libras e braile e demais obstáculos de comunicação em todos os eventos da saúde, incluindo Cursos de Formação em Libras, Braile e Guia-interpretação para os trabalhadores do SUS.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo VI (que diz respeito à Gestão de Pessoas), Diretriz 1, Objetivo 2 (Ampliar a oferta de vagas dos cursos promovidos pelo Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos – GSDRH e estimular parcerias para novos projetos na modalidade de Educação a Distância-EAD) e Objetivo 5 (Elaborar projetos de treinamento, voltados a qualificação dos trabalhadores do SUS/SP).
17	Implantar e monitorar Política de práticas integrativas e complementares, respeitando as especificidades territoriais, como tecnologia complementar ao tratamento convencional, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica voltado para o cuidado continuado, humanizado e integral de saúde e incentivando a formação dos profissionais do sus nestas práticas.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo I, Diretriz 3, Objetivo 6 (Fortalecer a Assistência Farmacêutica no âmbito estadual).
18	Estabelecer e Priorizar política Estadual de incorporação de tecnologia ao SUS, fortalecendo os Institutos e Fundações Estaduais, como, por exemplo, a Fundação para o Remédio Popular (FURP), Adolfo Lutz e Butantã incorporando parcerias com universidades e institutos de pesquisa para desenvolvimento produtivo com a	INCLUÍDA NO PES: - Eixo I, Diretriz 4, Objetivo 7 (Fortalecer o Instituto Butantã como laboratório público de referência nacional para a produção de imunobiológicos) e Obj.8 (Fortalecer a Fundação para o Remédio Popular –

	finalidades de melhorar a qualidade dos cuidados de Saúde por meio de equipamentos, insumos, medicamentos, práticas e procedimentos mais efetivos e eficazes.	FURP como laboratório oficial de referência para a produção de medicamentos).
19	Viabilizar a implantação de tecnologias de estratificação de risco e apoio diagnóstico por telemedicina como ferramenta aos serviços de APH (atendimento pré-hospitalar) e urgência e emergência fixa da Rede SUS, pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: O procedimento é de responsabilidade da gestão Municipal.
20	Que a SES promova ações para solicitar que o governo Estadual, através de Lei faça com que as concessionárias que administram rodovias estaduais e intermunicipais arquem com no mínimo de 5% da receita líquida anual em função dos acidentes ocorridos em suas vias e atendimentos feitos pelo SUS nas cidades cujos acidentes venham ocorrer.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: Houve consenso de que isso seja feito por meio de uma recomendação ao Governador, o CES pede que então seja por meio do Secretário de Saúde essa recomendação chegue ao Governador.
21	Implementar no Estado de SP, imediatamente, (dada a necessidade de proteção às jovens e aos jovens das regiões periféricas que vivem na linha de extermínio, onde de cada 10 jovens assassinados, 75% são negras e negros quando a sua maioria nunca sequer teve uma passagem na Fundação Casa e, na área da Saúde), a operacionalização da Política Nacional da Saúde da População Negra nas áreas de prevenção da violência e de saúde da população negra.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo II, Diretriz 7, Objetivo 22 (Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra).
LETRA	**RECOMENDAÇÃO DO CES PARA QUE ESTAS PROPOSTAS ENTREM NO PLANO PLURIANUAL**	
A	Incluir no ensino fundamental e médio a disciplina “Saúde Pública Integral” (humana e animal), contemplando também nas grades curriculares dos ensinos técnicos, profissionalizantes e superiores de saúde a educação em saúde e segurança no trabalho.	NÃO INCLUÍDA NO PES: Justificativa: Houve consenso de que isso seja feito por meio de uma recomendação ao Governador, o CES pede que então seja por meio do Secretário de Saúde essa recomendação chegue ao Governador.
B	Fortalecer a Política Pública de Saúde Ambiental, articulando junto ao Governo do Estado, para ações de gestão que inclua a Política Estadual de Resíduos Sólidos, Mananciais, licenças ambientais, contaminação do solo, preservação de matas e juntamente com a sociedade encontre uma legislação mais moderna e eficiente para a saúde ambiental no estado.	INCLUÍDA NO PES: - Eixo VIII-Integrar a SES/SP na Política Estadual de Mudanças Climáticas/PEMC.

3.2.2 Coleta de Dados: Reuniões Plenárias do CES-SP e 15ª Conferência Nacional de Saúde

A observação no campo teve como pano de fundo a participação social vinculada à dimensão política de participar da tomada de decisões na produção e gestão do sistema político, no que se refere aos direitos sociais, à proteção social e à democratização das instituições.

Os dados relevantes seriam aqueles que viabilizassem uma discussão em torno dos sentidos da participação: promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório; permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público (SILVA et al., 2005).

A observação no campo ocorreu no período de agosto a dezembro de 2015, com o objetivo de acompanhara atuação dos conselheiros do CES-SP com relação aos resultados da 7ª CESSP; à organização e à participação na 15ª CNS; e à participação na construção do PES-SP 2016-2019, visando a identificação de temas não consensuados entre os conselheiros, cujos debates tivessem o potencial de análise no contexto do objeto de nosso estudo – hegemonia e contra-hegemonia nos espaços de participação e controle social em saúde.

O Quadro 2, a seguir, apresenta um resumo sobre as reuniões e eventos que consistiram no campo deste estudo, incluindo os principais itens de pauta, os documentos examinados e a forma de observação.

Quadro 2 – Campo da coleta de dados

REUNIÃO / EVENTO	DATA / LOCAL	PAUTA	DOCUMENTOS EXAMINADOS	FORMA DE OBSERVAÇÃO
244ª Reunião Ordinária do CES-SP	28 de agosto de 2015 / São Paulo/SP	- participação da delegação paulista na 15ª CNS - apresentação das 21 propostas priorizadas para o PES 2016-2019 na Oficina de Planejamento realizada de 3 a 5 de agosto de 2015 com as Coordenações e Áreas Técnicas das Coordenadorias Técnicas, Autarquias e Departamentos Regionais da SES-SP	- ata disponível na página de Internet do CES-SP[3]	- vídeo da244ª Reunião Ordinária do CES-SP disponível no Canal CES-SP no *Youtube*[4]
245ª Reunião Ordinária do CES-SP	25 de setembro de 2015/ São Paulo/SP	- apresentação do 2ª Relatório Quadrimestral do Ano de 2015 pelo Secretário de Saúde do Estado de São Paulo para apreciação do CES-SP conforme preconizado pela Lei Complementar Nº 141/2012	- ata disponível na página de Internet do CES-SP	- vídeo da245ª Reunião Ordinária do CES-SP disponível no Canal CES-SP no *Youtube*
246ª Reunião Ordinária do CES-SP	20 de outubro de 2015/ São Paulo/SP	- apresentação do Relatório Final da 7ª CESSP - participação da delegação paulista na 15ª CNS - indicadores do Sispacto 2015	- ata disponível na página de Internet do CES-SP - Balanço Geral da 7ª CESSP (CES-SP, 2015e)	- a pesquisadora participou presencialmente da246ª R.O., como convidada e observadora sem voz - vídeo da246ª Reunião Ordinária do CES-SP disponível no Canal CES-SP no *Youtube*

[3] As atas e pautas das reuniões ordinárias do CES-SP estão disponíveis em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/acesso-rapido/atas-e-pautas-do-ces>.
[4] Os vídeos das reuniões ordinárias do CES-SP estão disponíveis em: <https://www.youtube.com/user/canalcessp>.

REUNIÃO / EVENTO	DATA / LOCAL	PAUTA	DOCUMENTOS EXAMINADOS	FORMA DE OBSERVAÇÃO
247ª Reunião Ordinária do CES-SP	27 de novembro de 2015/ São Paulo/SP	- resultado da Oficina do dia 16 de novembro para a análise e inserção das propostas da 7ª CESSP no PES 2016-2019 - participação da delegação paulista na 15ª CNS	- ata disponível na página de Internet do CES-SP - Documento: Propostas do Conselho Estadual de Saúde para o PES 2016-2019 (CES-SP, 2015a)	- vídeo da247ª Reunião Ordinária do CES-SP disponível no Canal CES-SP no *Youtube*
I Encontro Latino Americano de Entidades e Movimentos Populares (atividade pré-15ªCNS)	29 e 30 de novembro de 2015 / Brasília/DF	- Tema: Pelo Direito Universal à Saúde	- Documento final do Encontro Latino-Americano de Entidades e Movimentos Populares pelo direito universal à saúde (ALAMES, 2015)	- a pesquisadora participou do Encontro como convidada da delegação paulista
A Marcha em Defesa do SUS	1º de dezembro de 2015/ Brasília/DF	- Tema: Por novas fontes de financiamento	- Manifesto da Frente em Defesa do SUS (ABRASUS) (CNS, 2015b)	- a pesquisadora acompanhou a Marcha
15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS)	1º a 4 de dezembro de 2015/ Brasília/DF	- Tema: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro	- Documento Orientador de apoio aos debates da15ª CNS (CNS, 2015a)	- a pesquisadora participou da 15ª CNS como convidada da delegação paulista
Reunião Extraordinária do CES-SP	11 de dezembro de 2015/ São Paulo/SP	- homologação do PES 2016-2019 e a aprovação do Parecer do PES 2016-2019	- ata disponibilizada pela Secretaria Executiva dos CES-SP via e-mail (CES-SP, 2016d); - Parecer Conclusivo do PES 2016-2019 (SÃO PAULO, 2015b)	- vídeo da Reunião Extraordinária do CES-SP disponível no Canal CES-SP no *Youtube*

Optamos pela observação não participante de reuniões plenárias do CES-SP e da 15ª CNS, com o objetivo de acompanhar a atuação dos conselheiros no desempenho de suas atribuições formais. As falas consideradas para a pesquisa foram somente as emanadas durante as cinco reuniões plenárias realizadas no período do trabalho de campo (segundo semestre de 2015), exaustivamente analisadas por meio dos vídeos disponibilizados no Canal do CES-SP na Internet.

A participação na 246ª Reunião Ordinária do CES-SP e na 15ª CNS, incluindo o I Encontro Latino Americano de Entidades e Movimentos Populares e a Marcha em Defesa do SUS, teve como propósito nossa aproximação aos conselheiros do CES-SP, para a coleta de impressões e percepções que contribuiriam com uma ampliação do nosso conhecimento quanto à atuação dos conselheiros, bem como para novas experiências que se somariam à vivência em espaços de participação e controle social em saúde obtida previamente à pesquisa, conforme relatado anteriormente na Apresentação.

A observação no campo e o exame das falas dos conselheiros nos evidenciaram um conjunto de temas e debates, mas sobressaíram as discussões em torno às nove das 21 propostas priorizadas pelo CES-SP para as quais a SES-SP apresentou justificativas de não inserção no PES 2016-2019, pois tais discussões resultaram em posicionamentos antagônicos dos conselheiros.

Entre as nove das 21 propostas priorizadas pelo CES-SP para as quais a SES-SP apresentou justificativas de não inserção no PES 2016-2019, optamos por considerar o debate em torno à **PROPOSTA 10: Retirar da OS a administração da CROSS[5] (regulação) e o CEADIS[6] (centro de distribuição de insumo da saúde), pois este é um serviço de Estado**.

A opção por esse debate deveu-se a qualidade das falas antagônicas, que resultaram em achados abundantes para se alcançar o objetivo deste estudo, isto é, compreender e interpretar a perspectiva discursiva dos conselheiros de saúde do Estado de São Paulo em sua reivindicação pelo direito à saúde e sua universalidade, se esta se aproxima mais ao discurso hegemônico de manutenção e reprodução do *status quo* ou contra-hegemônico de transformação e emancipação social.

Durante a 247ª Reunião Ordinária do CES-SP, de novembro de 2015, no contexto das justificativas, diálogos e ajustes para as nove propostas que não deveriam ser inseridas no PES, a Coordenadoria de Planejamento de Saúde e as áreas técnicas da SES-SP apresentaram a seguinte justificativa para a não inclusão da **PROPOSTA 10**:

---

[5] CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
[6] CEADIS – Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde

> Essa é uma operação logística e operacional que não envolve papel típico do Estado. Todas as regras são estabelecidas e acompanhadas pela gestão estadual e estão definidas em contrato. Não há qualquer incompatibilidade nos serviços CROSS e CEADIS, uma vez que a definição das políticas públicas nunca foi e nunca será delegada aos parceiros. Cabe esclarecer que as atividades exclusivas de Estado são poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar políticas. Como exemplos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, entre outras (SÃO PAULO, 2015b).

A apreciação pelo CES-SP de tais justificativas da SES-SP ocorreu na Reunião Extraordinária do Pleno de dezembro de 2015, quando a Comissão de Relatoria do Parecer de Conclusão do PES, paritária, eleita durante a oficina de 16 de novembro de 2015, apresentou uma proposta de parecer consubstanciado para a apreciação do CES-SP, a qual foi organizada em reuniões prévias. Especificamente com relação à PROPOSTA 10, a Comissão de Relatoria não chegou a um consenso quanto à defesa pela manutenção da proposta no PES 2016-2019 ou pelo aceite da justificativa da SES-SP de não inclusão. O encaminhamento que apresentaria seria pela retirada do item da pauta para análise e deliberação posterior.

Portanto, os achados objeto deste estudo são as falas dos conselheiros do CES-SP durante a Reunião Extraordinária de 11 de dezembro de 2015, em torno ao debate da PROPOSTA 10, coletados a partir da análise da ata, observação do vídeo e transcrição das falas.

3.2.3 Os Participantes: os Conselheiros do CES-SP

Os participantes da pesquisa foram os conselheiros do CES-SP.

Conforme a Lei nº 8.983, de 13 de dezembro de 1994, a qual alterou a Lei nº 8.356, de 20 de julho de 1993, que criou o Conselho Estadual de Saúde, o CES-SP deve ser integrado por representantes do Poder Público, de prestadores de serviços de saúde, de profissionais de saúde e usuários, cabendo a estes últimos a representação paritária em relação aos demais. A indicação dos representantes deve ser efetuada pelas respectivas entidades ou movimentos, sendo proibida a indicação de representante de entidade ou movimento, já com assento, para, num mesmo mandato, representar outro movimento ou entidade. O mandato deve ser de dois anos, permitida

uma única recondução. O Secretário de Saúde deve integrar o Conselho na qualidade de membro nato e presidente, com direito a voz e voto de qualidade a ser exercido apenas em caso de empate em duas votações sucessivas (SÃO PAULO, 1994).

Nesse sentido, a Secretaria Executiva do CES-SP nos disponibilizou via e-mail a composição do CES-SP durante o período de abrangência da pesquisa (CES-SP, 2016c), isto é, de agosto a dezembro de 2015, conforme Quadro 3 a seguir. As instituições dos conselheiros que se manifestaram durante o debate da PROPOSTA 10, objeto de análise deste estudo, estão destacadas em negrito.

Quadro 3 – Composição do CES-SP

SEGMENTO	COMPOSIÇÃO PREVISTA EM LEI	INSTITUIÇÕES	Nº DE CONSELHEIROS
GESTOR	I - REPRESENTAÇÃO DO PODER PÚBLICO:		
	a) dois servidores da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, indicados pelo Secretário da Saúde	**- Gabinete do Secretário** -Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) - Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)	quatro conselheiros: dois titulares e dois suplentes
	b) dois SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, indicados por sua entidade representativa	- Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto -Secretaria Municipal de Saúde de Brodowski - Secretaria Municipal de Saúde de Cravinhos - Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes	quatro conselheiros: um titular e três suplentes
	c) dois servidores docentes ou técnico - administrativos de UNIVERSIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO, ligados à área de saúde, indicados pelo Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo – CRUESP	- Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)	quatro conselheiros: dois titulares e dois suplentes
	II - REPRESENTAÇÃO DOS PRESTADORES PRIVADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:		

	a) um representante de ENTIDADES FILANTRÓPICAS	- Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP)	dois conselheiros: um titular e um suplente
	b) um representante de ENTIDADES COM FINS LUCRATIVOS	- Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP)	dois conselheiros: um titular e um suplente
		TOTAL:	**16 conselheiros gestores**
TRABALHADOR	III - REPRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:		
	a) três representantes dos SINDICATOS DE TRABALHADORES NA ÁREA DE SAÚDE	**- Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo (SINDSAÚDE)** - Sindicato dos Nutricionistas do Estado de São Paulo - Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo - Sindicato dos Médicos de São Paulo **-Federação dos Trabalhadores na Administração e do Serviço Público Municipal no Estado de São Paulo (FETAM)**	seis conselheiros: três titulares e três suplentes
	b) dois representantes de CONSELHOS DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - Conselho Regional de Educação Física - Conselho Regional de Odontologia - Conselho Regional de Medicina Veterinária	quatro conselheiros: dois titulares e dois suplentes
	c) dois representantes de ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	**- Associação Paulista de Saúde Pública (APSP)** - Associação Paulista de Nutrição **- Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**	quatro conselheiros: dois titulares e dois suplentes

		TOTAL:	**14 conselheiros trabalhadores**
USUÁRIO	IV - REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS:		
	a) três representantes de CENTRAIS SINDICAIS	- União Geral dos Trabalhadores (UGT) - Central Única dos Trabalhadores (CUT) **- CUT – Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Radiodifusão e Televisão do Estado de São Paulo** **- CUT – Sindicato dos Químicos**	seis conselheiros: três titulares e três suplentes
	b) um representante do SETOR EMPRESARIAL	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)	dois conselheiros: um titular e um suplente
	c) dois representantes de ASSOCIAÇÕES DE PORTADORES DE PATOLOGIAS	-Fórum ONG/AIDS-SP **-Associação Pró-Falcêmicos (FOPPESP)** - Associação de Diabetes Juvenil **-Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes**	quatro conselheiros: dois titulares e dois suplentes
	d) um representante de ASSOCIAÇÕES DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS	- Grupo Brasil de Apoio ao Surdo cego e ao Múltiplo Deficiente Sensorial **-Associação de Pais Inspirare**	dois conselheiros: um titular e um suplente
	e) quatro representantes de MOVIMENTOS POPULARES DE SAÚDE	**- Movimento Popular de Saúde – São Paulo** **- Movimento Popular de Saúde – Cubatão** **- Movimento Popular de Saúde – Louveira** - Movimento Popular de Saúde – Santos **- Movimento Popular de Saúde – Rio Claro** - Movimento Popular de Saúde – Poá	oito conselheiros: quatro titulares e quatro suplentes

	f) um representante de ASSOCIAÇÕES DE DEFESA DE INTERESSE DA MULHER	- União Brasileira de Mulheres (UBM)	dois conselheiros: um titular e um suplente
	g) um representante de ASSOCIAÇÕES OU MOVIMENTOS POPULARES DE DEFESA DO CONSUMIDOR	- Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME)	dois conselheiros: um titular e um suplente
	h) um representante de ASSOCIAÇÕES DE MORADORES	Federação das Associações Comunitárias do Estado de São Paulo (FACESP)	dois conselheiros: um titular e um suplente
	i) um representante de PROGRAMA OU MOVIMENTO RELIGIOSO DE DEFESA DA SAÚDE	- Arquidiocese de São Paulo da Igreja Católica Apostólica Romana - Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO)	dois conselheiros: um titular e um suplente
		TOTAL:	**30 conselheiros usuários**
		TOTAL:	**60 conselheiros**

3.2.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Os participantes da pesquisa foram os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo – CES-SP que compunham o Conselho no período do trabalho de campo (de agosto a dezembro de 2015).

Conforme a Resolução nº. 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público (BRASIL, 2012a), portanto, não houve necessidade de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, tendo em vista que as falas analisadas foram produzidas durante as reuniões do CES-

SP, as quais são transmitidas online em tempo real, gravadas e disponibilizadas pela Secretaria Executiva e pelo Canal CES-SP na Internet.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, respeitando-se os trâmites legais estabelecidos por este órgão. O projeto foi submetido em 2 de junho de 2015, com o seguinte número do Certificado de apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 45743215.8.0000.5421.

4. CONFRONTO NO CES-SP: HEGEMONIA *VERSUS* CONTRA-HEGEMONIA?

A "**PROPOSTA 10. Retirar da OS a administração da CROSS (regulação) e o CEADIS (centro de distribuição de insumo da saúde), pois este é um serviço de Estado"** (CES-SP, 2015a) e a justificativa para não inclusão no PES 2016-2019 apresentada pela SES-SP geraram um debate que trouxe à tona posicionamentos antagônicos dos conselheiros durante a Reunião Extraordinária de 11 de dezembro de 2015.

A metodologia da Reunião Extraordinária consistiu em: leitura de cada uma das nove propostas pela representante da Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES-SP (as justificativas, apresentadas na 247ª Reunião Ordinária do CES-SP de novembro, não foram lidas novamente), seguida de duas manifestações para cada tópico, uma favorável e outra contrária e, então, a votação da manutenção da proposta para inclusão no PES 2016-2019.

Entretanto, com relação à PROPOSTA 10, não só a metodologia não foi seguida, pois houve um debate, como a votação foi anulada e, finalmente, o encaminhamento apresentado pela Comissão de Relatoria foi aprovado, conforme relato que se segue.

4.1 DEBATE: PROPOSTA DE RETIRAR DA OS A ADMINISTRAÇÃO DAS CENTRAIS ESTADUAIS DE REGULAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

Após a leitura da **Proposta 10: Retirar da OS a administração da CROSS (regulação) e o CEADIS (centro de distribuição de insumo da saúde), pois este é um serviço de Estado**, a fala em defesa da manutenção da proposta do *Usuário 1* (representante dos Movimentos Populares de Saúde) foi contraditória, indicando que se tratava de um tema controverso. Defendeu a manutenção, pois, como vinha manifestando em outras ocasiões, defendia a exclusividade total do Estado na regulação. No entanto, como integrante da Comissão de Relatoria do Parecer do PES, seguindo o acordo ali estabelecido [nesse momento, dirige-se à Gestora 2 para confirmar o acordo feito], deixou a cargo de cada um a votação, antecipando a falta de consenso em torno ao tema.

A fala seguinte, contrária a manutenção da PROPOSTA 10, da *Trabalhadora 1* (representante da Associação dos Profissionais de Saúde), tampouco foi assertiva. Como integrante da Comissão de Relatoria, ficou responsável por transmitir a proposta de encaminhamento de retirada do item da pauta para análise e deliberação posterior, pois ainda não havia uma consistência na defesa dessa proposta da 7ª CESSP. Porém, transmitiu essa informação de forma confusa. Mencionou a dúvida com relação a haver conflito de interesses por parte da OSS que administra a CROSS, uma vez que também administra prestadores de serviços de assistência à saúde, e sugeriu um acompanhamento dos trabalhos das instâncias gestoras da CROSS e do CEADIS:

> Então decidimos que vamos acompanhar os movimentos, as decisões das instâncias gestoras, que possam afetar o bom desempenho do sistema, porque as duas fazem o quê: uma, a regulação das vagas e a outra, a distribuição da medicação. Então como vamos interferir numa coisa que está funcionando, pelo menos não tem denúncia aqui no Conselho de que não esteja funcionando. Então vamos tentar participar da reunião da CROSS e da outra, ver como funciona, para depois ter um posicionamento para dar para os outros Conselheiros *(Trabalhador 1).*

O *Gestor 1* (representante da SES-SP), que estava presidindo a reunião, colocou a proposta da Comissão de Relatoria em votação, alterando a metodologia da Reunião até então, o que levou o *Usuário 2* (representante dos Movimentos Populares de Saúde) a defender a manutenção da PROPOSTA 10, argumentando ser uma decisão das conferências, ser a regulação função do Estado, além de haver o agravante do conflito de interesses:

> O Conselho deliberou, as conferências trouxeram de várias regiões e na Nacional também foi colocado isso, então se deve tomar muita atenção que a regulação e o comando têm que estar na mão do governo do Estado *(Usuário 2).*

A *Trabalhadora 1* informou que a Comissão de Relatoria verificou que, no caso da CROSS, o serviço seria de telemarketing e, segundo a SES-SP, não havia transferência da função da regulação, exercida pelo Estado. Uma vez feita essa referência à função do Estado, a *Gestora 2* (representante da SES-SP) fez questão de esclarecer que as funções típicas do Estado estão vinculadas à segurança e formulação de políticas, dando a entender que a regulação não estaria prevista como tal.

O *Gestor 1* voltou a colocar a proposta da Comissão de Relatoria em votação e novamente foi interrompido, pelo *Usuário 1*, que tentou trazer para a discussão o CEADIS, e pelo *Trabalhador 2* (representante dos Sindicatos de Trabalhadores na Área da Saúde), que defendeu a manutenção da PROPOSTA 10, trazendo para a discussão o tema da terceirização:

> O Governo atual tem essa política de entregar todo o serviço da saúde para terceirizado; eu respeito, é o direito deles. Mas nós, como conselheiros, somos contrários que entreguem a política do Estado a terceiros, temos esse direito. Nós, conselheiros, amamos o SUS, não queremos que ele seja entregue como mercadoria, é um princípio, por isso mantenho a proposta. (*Trabalhador 2)*.

O *Gestor 1*mantém a votação da proposta da Comissão de Relatoria do Parecer de não inclusão da PROPOSTA 10 no PES 2016-2019, para a realização de um estudo e acompanhamento dos trabalhos da CROSS e do CEADIS, que foi aprovada por oito votos a favor e quatro, contra. Entretanto, o *Trabalhador 3* (representante dos Sindicatos de Trabalhadores na Área da Saúde) apresentou questão de ordem pela votação da manutenção da PROPOSTA 10. O *Gestor 1*, acolhendo a questão de ordem, colocou em votação a manutenção da PROPOSTA 10, que foi aprovada por 10 votos a favor e três, contra.

Ao constatar que a proposta da Comissão de Relatoria foi invalidada, a *Trabalhadora 1*reforçou que não houve um consenso e por isso a Comissão trouxe a proposta de retirar o item da pauta para que o assunto pudesse ser mais bem analisado com o acompanhamento dos trabalhos da CROSS e do CEADIS. Outro integrante da Comissão, o *Usuário 3* (representante das Associações de Portadores de Patologia), declarou que a *Trabalhadora 1* não expressou de forma clara a proposta da Comissão e que, apesar de apoiar tal proposta, não se sentiu contemplado na exposição da *Conselheira*.

Dando seguimento à pauta, o *Gestor 1*orientou a continuação da leitura do próximo item, não antes de tentar trazer a proposta da Comissão novamente ao debate, mas enfrentou algumas manifestações contrárias, uma vez que a votação pela manutenção da PROPOSTA 10 havia sido realizada e resultado na aprovação.

Antes de dar seguimento à pauta, no entanto, a *representante da SES-SP* questionou as consequências da manutenção da proposta e sua inclusão no PES, o que fez com que o debate recomeçasse:

> Estou entendendo que acabamos de aprovar que vamos retirar da CROSS e do CEADIS a administração. É isso? Não, não tem problema, a preocupação é que o nosso coordenador de recursos humanos que acompanha a contratação, enfim, a folha de pagamento do Estado, já esbarra na Lei de Responsabilidade Fiscal. Então vamos tirar da mão da OSS e vamos colocar quem para fazer esse trabalho? Vocês me desculpem, mas eu precisava dizer isso... *(representante da SES-SP)*.

A *Trabalhadora 1*relembrou que a Comissão de Relatoria, paritária, não havia chegado a um consenso. Ao visitar à CROSS, verificou que se tratava de uma mera contratação de prestação de serviço e que não havia ingerência na responsabilidade do Estado. Sugeriu a criação de outra comissão, da qual não gostaria de participar, para analisar como se daria a rescisão do contrato com a OSS e a nova contratação para a prestação dos serviços de regulação e distribuição, de forma que a população não viesse a ser prejudicada pela falta de acesso aos medicamentos.

A *Gestora 2*, que anteriormente afirmou que a regulação não estaria prevista como uma função do Estado, fez questão de declarar seu voto contrário, referindo à Lei Complementar nº 141/2012 que obrigaria clareza nas decisões do Conselho, pois não gostaria de ser responsabilizada pela paralisação dos serviços de regulação e distribuição. Em consonância, o *Gestor 1*declarou que a aprovação da inclusão da PROPOSTA 10 no PES era uma interferência na gestão de Estado e o CES-SP seria responsabilizado pelas consequências de tal decisão:

> Para mim, está muito clara a posição do Conselho e, obviamente, o Conselho será responsabilizado pela posição que tomou, isso para mim é muito claro; há uma posição que interfere na gestão de Estado e as consequências dessa interferência vão para a conta do Conselho, os senhores não tenham a menor dúvida disso (*Gestor 1*).

Segundo o *Gestor 1* e a *Gestora 2*, representantes da SES-SP, o CES-SP seria responsabilizado pela paralisação imediata dos serviços de regulação e distribuição – paralisação porque a prestação desses serviços somente ocorreria por meio da contratação de OSS, tendo em vista que a SES-SP teria atingido o limite de contratação de recursos humanos pela Lei de Responsabilidade Fiscal; imediata porque, sendo uma prerrogativa da SES-SP, esta executaria nos próximos dias a rescisão do contrato, sem planejamento.

Diante da possibilidade de o CES-SP ser responsabilizado pela paralisação imediata desses serviços, a *Usuária 4* (representante da Associações de Portadores de Deficiência)

lamentou a aprovação da PROPOSTA 10, o que considerava uma irresponsabilidade, e, assim como a *Gestora 2*, declarou seu voto contrário:

> Já falei aqui, já me manifestei por diversas vezes neste Conselho, que o Poder Público somente pode fazer o que está estritamente na Lei conforme artigo 37 da Constituição Federal. A saúde, também já disse aqui inúmeras vezes, é uma norma constitucional programática, não é de eficácia plena e contida, repito isso diversas vezes. Aí quando vejo a palavra garantir, impor, retirar, é lamentável este Conselho aprovar esse tipo de coisa, isso é uma irresponsabilidade; ou as pessoas vão tentar entender o que é uma norma constitucional programática, ou vai ficar difícil. Declaro meu voto contrário e não vou ser responsável por isso daqui (*Usuária 4*).

Contra-argumentando uma possível implementação imediata da rescisão do contrato com a CROSS e o CEADIS, o *Trabalhador 3*sugeriu que esse processo poderia ser planejado ao longo dos quatro anos do PES e mencionou o conflito de interesses por parte da OSS que administra a CROSS o CEADIS e o fato de a PROPOSTA 10 resultar de um processo de deliberação das Conferências de Saúde de 2015:

> As coisas não são tão práticas assim, a gente aprova e amanhã já tem que acabar o contrato ou demitir pessoas. Acho que a função da proposta aqui colocada não é essa, foi identificado um problema, há conflito de interesses, debatido no Conselho, mas também muito debatido nas Conferências, inclusive na Nacional; então a aprovação dessa proposta não quer dizer que amanhã isso tem que ser implementado, mas que, ao longo dos quatro anos, essa proposta seja implementada, é isso que estamos colocando aqui (*Trabalhador 3*).

Ainda que a execução imediata da rescisão do contrato com a CROSS e o CEADIS seria uma decisão da SES-SP, o *Gestor 1*repetiu que o CES-SP seria responsabilizado pelas consequências da paralisação imediata dos serviços de regulação e distribuição:

> Estamos aprovando algo textual, o andamento não está na mão deste Conselho, isto pode acontecer amanhã, como que não? Claro! Fica muito claro que a responsabilidade é deste Conselho pela decisão que está tomando, a forma que é feita não está em discussão aqui (*Gestor 1*).

Após o *Usuário 5*(representante dos Movimentos Populares de Saúde) manifestar que, evidentemente, a retirada da regulação da CROSS seria após o término do contrato, conforme decisão da SES-SP, acrescentando ainda haver burocracia na CROSS que resultava em

problemas na regulação, sentidos pelos municípios, o *Gestor 1*, interrompendo o Usuário 5, afirmou enfaticamente que havia um desconhecimento sobre o trabalho realizado pela CROSS e o CEADIS e as consequências da aprovação da PROPOSTA 10:

> Os senhores não têm a menor ideia do que estão assumindo, a menor ideia do que estão decidindo aqui. Não tem ideia do que sejam o CEADIS e a CROSS. Estão interferindo em um mecanismo de gestão que é identidade, responsabilidade do Estado. Essa decisão, que está tomada, que vai para o PES, já foi votada, só estou dizendo que os senhores não têm ideia das consequências disso. Como vai ser feito, se um dia ou quatro anos, não está em discussão. O que está em discussão e foi aprovado é o que está mantido, pronto, vamos para a próxima questão (*Gestor 1*). [OBSERVA-SE AGITAÇÃO ENTRE OS CONSELHEIROS DURANTE A FALA DO *GESTOR 1*]

A *Usuária 6 e a Usuária 7* (representantes dos Movimentos Populares de Saúde), reconhecendo não estarem alinhadas com seus pares, declararam voto contrário, pois, concordando com *Gestor 1*, não gostariam de ser responsabilizadas por tal decisão.

O *Usuário 3*, integrante da Comissão de Relatoria, sugeriu que a *Trabalhadora 1*reapresentasse a proposta de retirar da pauta a votação da manutenção da PROPOSTA 10para que o assunto pudesse ser aprofundado em reuniões das comissões do CES-SP e do Pleno. O *Usuário 8* (representante das Centrais Sindicais) pediu concentração aos conselheiros, pois pareciam dispersos, provavelmente devido à grande demanda de trabalho daquele período, incluindo participação na 15ª CNS, e lembrou que seriam questionados nos municípios de origem sobre a atuação no CES-SP.

O *Gestor 1* chamou a atenção tanto para o fato de a aprovação da PROPOSTA 10 estar consumada, bem como seriam imediatas as consequências de tal decisão:

> Eu acho que a coisa foi discutida, decidida e aprovada, então não tem mais discussão. Uma última fala: amanhã os senhores podem estar desabastecidos de medicamentos e da regulação, os senhores sabem exatamente isso e é isso que os senhores aprovaram. Vamos para a próxima (*Gestor 1*).

A *Trabalhadora 1*, apesar de se posicionar contrária ao modelo de gestão das OSS e sua forma de contratação, demonstrou assombro diante da possibilidade de paralisação imediata dos serviços de regulação e distribuição. Ressaltou a indecisão dos conselheiros, a qual entendia

resultar da falta de conhecimento sobre a questão e, então, trouxe novamente a proposta da Comissão de Relatoria de retirar o item da pauta para estudos futuros:

> A gente vota, *desvota*, vota, *desvota*... (...) E se o município não tiver condições de vir aqui buscar o remédio para levar lá longe? (...) Eu não gostaria que tivesse OSS em lugar nenhum, odeio OSS. Acho que todos temos que ser contratados, ganhar dignamente, ter plano de carreira do SUS, ser funcionário do SUS, dedicação profissional exclusiva. Se quiser trabalhar no SUS, trabalhe, se quiser ter vida autônoma, tenha, mas por opção. Agora fazer uma coisa que não temos domínio, estou ficando apavorada! A Comissão se propôs a fazer, estudar, está propondo para vocês. Nós não temos domínio! Agora levantar e votar só porque é a 7ª CESSP, mas como é que foi a nossa 7ª CESSP? Foi responsável? O que foi votado em Brasília não tem nada a ver com regulação. Em Brasília, fiquei todos os dias e todas as horas na sala, não sai da sala, não vi falar de regulação, não vi falar de distribuição, vi falar muita coisa de farmacêutico... Muita coisa foi perdida lá, que já tinha sido conquistado, na assistência farmacêutica. O Estado está judicializando... Somos contra a judicialização e estamos fazendo um negócio desse... O que vai acontecer? Porque o pobre que precisa vai à promotoria pública do interior e vai fazer com que o município compre esse remédio. E o outro vai ficar sem nada... Então, não estou entendendo, talvez seja burra de mais para entender o que está acontecendo aqui (*Trabalhadora 1*).

O *Usuário 9* (representante das Centrais Sindicais), ainda que pontuando o clamor das conferências contra a terceirização e precarização do trabalho, sugeriu outra votação da proposta da Comissão de Relatoria de retirar da pauta a votação da PROPOSTA 10, apesar de:

> Durante as conferências, depois com a Estadual, o que me parece que está claro é que temos dois modelos de gestão do SUS, temos dois SUS, e isso está claro no debate. O clamor das conferências é a questão da terceirização, quarteirização e até quinteirização, a precarização do trabalho, a destruição do SUS...O debate aconteceu talvez de uma maneira distorcida, como foi a votação, acho que o Pleno está esclarecido agora do que estamos falando. Então, gostaria de pedir se for possível fazermos uma nova apresentação e uma nova votação (*Usuário 9*).

A *Gestora 2* também se manifestou a favor de retirar o item da pauta, apelando para a ética e consciência dos conselheiros, talvez no sentido de assumirem desconhecimento sobre o assunto:

> Gostaria de chamar os conselheiros a sua ética, a sua consciência nesse momento. Acredito que este é um assunto que não será esgotado aqui. Acho que simplesmente suprimir e aprová-lo assim teremos problemas urgentemente. A minha sugestão é que a gente retire esse assunto de pauta e em uma reunião de fevereiro a gente retome o assunto de uma forma um pouco mais bem embasada para, daí sim, deliberamos especificamente sobre esta ação. Senão, corremos riscos ou pior, sou contrária a algumas falas aqui, no sentido de quem está legitimamente representando o conjunto da população paulista nos seus segmentos. Vejo necessidade de a gente retomar isso, mas principalmente fazer o diálogo, o diálogo é fundamental até para ouvir o contraditório, porque enquanto a gente não ouve o contraditório, a gente tem uma ideia cristalizada que cega toda nossa vista. Teremos um tempo para isso, então a minha proposta de encaminhamento é que a gente retire este item para uma análise posterior de inclusão ou não no PES (*Gestora 2*).

Mais uma vez o *Usuário 2* mencionou o fato de haver conflito de interesses por parte da OSS que administra a CROSS o CEADIS e de a PROPOSTA 10 resultar do processo das conferências:

> Esse Conselho lá atrás já deliberou sobre isso, nas conferências, isso não foi inventado por ninguém. Nas várias conferências regionais, na Estadual, na Nacional também respingou essa questão. Nós fizemos dois dias de reunião em Águas de Lindóia sobre as propostas que iríamos priorizar, essa entrou fortemente, porque todo mundo quis. Fizemos no CEFOR[7] outro dia uma análise dessas propostas, ainda assim foi mantida, ninguém teve argumento suficiente para dizer que essa proposta não era interessante, não tinha cunho legal. Até porque o que estamos propondo aqui é o seguinte, não é a palavra CROSS ou CEADIS que está nos incomodando, a regulação com qualquer nome que exista é coisa do Estado, e não é só na área da saúde. (...) Até pode contratar serviço, agora a coisa que mais conflita é saber que muitas vezes a mesma OSS ou conjunto que faz esse serviço também é prestador de serviço, aí é que não dá para aguentar. Então se alguma empresa faz esse serviço, que não preste serviço direto ao usuário, porque isso não dá para admitir, isso provoca insatisfação, porque precisamos a todo o momento controlar, ser transparente, etc. Então, no mínimo, o que mais complica é essa questão, se alguém é contratado para esse serviço, não tem como prestar outro serviço também (*Usuário 2*).

Outra vez o *Gestor 1*repetiu enfaticamente que havia um desconhecimento sobre o trabalho realizado pela CROSS e o CEADIS e das consequências da aprovação da PROPOSTA 10:

[7] Centro Formador de Pessoal para a Saúde de São Paulo (CEFOR-SP).

> Não têm ideia, o que mais me assusta é a falta de conhecimento das falas que estou ouvindo aqui. Os senhores não sabem o que estão falando, é assustador, porque não conhecem a CROSS, nem o CEADIS, nem o sistema. Os senhores estão votando em algo e não têm conhecimento completo do que se trata, isso é assustador! Os senhores não sabem o que é a CROSS, não visitaram, não sabem o que é o CEADIS, não visitaram, não imaginam a logística, a importância disso para o Estado de São Paulo. Isso é muito, muito grave! Os senhores estão se responsabilizando por algo que eu imagino claramente as consequências disso, os senhores não têm ideia da gravidade do que votaram hoje. Amanhã esse sistema pode estar desativado e a população totalmente desassistida da regulação de leitos e entrega de medicamentos. É muito sério, eu não vejo aqui, não vi uma fala que inala conhecimento exato do que os senhores estão discutindo, é assustador! Então eu sou um indivíduo que observo e vou levar em frente tudo o que os senhores decidirem, da mesma forma que vou pôr na conta de cada um o que decidirem, não tenham dúvida sobre isso. Eu quero ouvir as pessoas... (*Gestor 1*).

Neste ponto, já há um consenso quanto à realização de nova votação sobre a proposta da Comissão de Relatoria, conforme reiterou a *Trabalhadora4* (representante da Associação dos Profissionais de Saúde), que, mesmo questionando o fim da regulação e distribuição de medicamentos com a aprovação da PROPOSTA 10, estava de acordo em aprofundar a análise sobre a questão:

> Havendo a possibilidade de fazer uma inclusão posterior eu concordo com essa possibilidade de poder alterar e fazer uma análise maior. Só que acho as preocupações aqui colocadas importantes, mas tão importante é a ausência de uma responsabilidade da regulação quando você coloca que o Conselho que terá que responder, agora qual é a parte que cabe a Secretaria de Estado na gestão da regulação? Se o Conselho decidir, as pessoas vão ficar desassistidas? Quais são os mecanismos do Estado com relação à regulação e distribuição? (...) O que estou entendendo é que este Conselho não está deliberando que haja a inexistência da regulação e sim a retirada da OSS [ALGUNS APLAUDEM]. Agora qual é a responsabilidade do governo do Estado com relação à regulação que é uma função do Executivo? (*Trabalhadora 4*).

Reiteradamente, o *Gestor 1*repetiu que havia um desconhecimento e que seria impossível manter a regulação sem as organizações, sem levar em consideração à possibilidade de a implementação da PROPOSTA 10 ser planejada ao longo dos quatro anos do PES:

> Os senhores não estão entendendo nada. O mecanismo de gestão da regulação é uma decisão do Estado e é. Os senhores estão votando contra decisão da forma de gestão do Estado. (...) É uma coisa que existe de uma forma e tem que mudar totalmente. Veja bem, nós estamos entrando no limite da responsabilidade de contratação. A partir desse momento, digamos que na segunda-feira, eu tenha que desativar por conta dessa decisão tanto a CROSS, quanto a distribuição de medicamentos, nesse momento eu tenho que ter um pleito de contratação de pessoas que vão fazer o que estas duas instituições faziam, em cima de um limite de responsabilidade de contratação que a Lei permite, é isso que estamos decidindo. Eu não estou abrindo mão da decisão de gestão, o que os senhores estão votando é exatamente contra a decisão do Estado da forma de gestão. Não é que depois da votação eu me desresponsabilize, é que vou ter que trocar o jeito, isto é prático, e isso é impossível na prática. Esse é o ponto crucial (*Gestor 1*).

A *Usuária10* (Associações de Portadores de Patologia), preocupada com a possibilidade de pessoas com patologia não terem acesso a medicamentos, demonstrou preferir discutir mais sobre o assunto e conhecer o sistema, inclusive para se pensar em qual seria a opção com a retirada das OSS:

> Então me preocupo e digo que enquanto representante da patologia e pessoa convivendo com patologia, que também usa medicamentos de alto custo e depende desse sistema, prefiro discutirmos e conhecermos o sistema, porque não adianta falarmos "vamos retirar" sem uma proposta de plano B, isso é preocupante. Não estou dizendo que sou contra ou a favor, só que não ouvi desde o dia 16, quando esse assunto entrou em pauta, um plano B. A partir do momento da retirada, como vai funcionar? (*Usuária10*).

O *Usuário 1*, integrante da Comissão de Relatoria, sem concordar com o argumento que a aprovação da proposta levaria à paralisação imediata dos serviços, sugeriu a adequação da redação da PROPOSTA 10 para que fosse implementada gradativamente, considerando os mecanismos disponíveis, como licitação, prorrogação do contrato, concurso público:

> Agora dizer se nós aqui deliberamos será responsabilidade do Conselho se faltar remédio, faltar regulação, isso também é responsabilidade total... A lei de licitação permite o senhor prorrogar mais um ano esse contrato, durante o ano fazer o concurso... Entendeu o que estou falando? (*Usuário 1*)

A *Usuária4* informou que, se a proposta fosse aprovada, questionaria essa medida junto ao Ministério Público como pessoa física:

> As pessoas têm que ter noção do que estão votando, o que estão fazendo. Não tenho absolutamente nada contra as OS, sou usuário do serviço, não importa quem fornece o serviço, desde que preste um serviço bom, entendeu? (...) As OS é uma questão que já foi pacificada pelo STF, não sei porque que este Conselho fica o tempo inteiro "OS, OS, OS", essa questão já foi pacificada (*Usuária 4*).

Assim, a proposta da Comissão de Relatoria de retirada do item da pauta para análise e deliberação posterior é colocada em votação e aprovada por16votosafavoreuma abstenção com declaração de voto do *Trabalhador 3*, por acreditar que a PROPOSTA 10 foi debatida tanto nas plenárias regionais, quanto na 7ª CESSP:

> Estamos aqui reprovando uma proposta que foi amplamente debatida e foi feito aqui um certo terrorismo que amanhã não teria mais o sistema. Existe o contrato, existe prazo de contrato... (*Trabalhador 3*).

4.2 TEMA CENTRAL DO DEBATE: O MODELO DE GESTÃO DO SUS

A partir do debate apresentado, elaboramos um resumo do que seriam as narrativas contra e a favor da manutenção da PROPOSTA 10 no PES 2016-2019.

- Narrativa Contra a Manutenção da Proposta no PES 2016-2019

O **modelo de gestão em parceria com OSS** seria o modelo adotado pelo governo do Estado de São Paulo. Nesse sentido, a SES-SP havia celebrado um contrato de gestão com uma OSS[8], com regras estabelecidas e acompanhadas pela gestão estadual, para a gestão da CROSS[9]e do CEADIS[10], para prestação de serviços de regulação e distribuição no Estado de São Paulo, respectivamente, de caráter exclusivamente logístico e operacional, com

[8] A OSS em questão é a Seconci-SP – Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo.
[9]CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde.
[10]CEADIS – Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde.

características de um serviço de telemarketing.

As atividades delegadas a essa parceria com a iniciativa privada não corresponderiam às funções típicas do Estado, sendo estas definidas pela SES-SP como: “poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar políticas; como exemplos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, entre outras” (SÃO PAULO, 2015b). Nesse caso, então, a **Regulação não seria uma função típica do Estado** e, assim, não haveria incompatibilidade ou ingerência na responsabilidade do Estado.

A decisão do CES-SP de retirar da OSS a administração da CROSS e do CEADIS seria uma grave **interferência na forma de gestão do Estado**, sendo que o CES-SP não teria a prerrogativa dessa ação. Mesmo assim, essa decisão levaria a SES-SP a optar pela rescisão do contrato de gestão com a OSS de forma imediata e, tendo em vista que teria atingido o **limite de contratação de recursos humanos pela Lei de Responsabilidade Fiscal**, ocorreria a paralisação dos serviços de regulação e distribuição. Isso não significaria que a SES-SP estaria abrindo mão da decisão de gestão ou sua desresponsabilização, mas que qualquer outra forma de gestão seria impossível na prática.

Apesar de a desativação imediata do sistema ser implementada pela SES-SP, as consequências seriam de responsabilidade do CES-SP: a população ficaria desabastecida de medicamentos e da regulação; as pessoas com patologia que usam medicamentos de alto custo e dependem desse sistema, que vivem em municípios distantes, seriam prejudicadas; e a judicialização aumentaria, pois, os pobres recorriam à promotoria pública do interior para obrigar os municípios a comprarem os medicamentos.

A defesa em retirar a OSS da administração da CROSS e do CEADIS demonstrava um total e assustador desconhecimento do CES-SP sobre essas duas unidades, ou mesmo sobre o sistema, e a importância da logística prestada por elas para o Estado de São Paulo, com o agravante de que não haveria denúncia com relação aos referidos serviços e de que a questão da OSS já estaria pacificada pelo STF, sendo que para os usuários não importaria quem seria o prestador desde que houvesse qualidade. Tampouco havia sido apresentada uma proposta de como o sistema funcionaria sem a OSS e como se daria a transição.

Adicionalmente, demonstrava desconhecimento sobre o fato de a saúde ser uma norma constitucional programática, sem eficácia plena e contida, e, portanto, **não seriam função do CES-SP as ações de garantir, impor ou retirar**. Essa decisão seria uma irresponsabilidade e,

se viesse a ser implementada, seria questionada junto ao Ministério Público, com base no argumento que o Poder Público somente poderia fazer o que estaria estritamente na Lei, conforme artigo 37 da Constituição Federal.

Finalmente, poderia se questionar a **legitimidade das deliberações das Conferências de Saúde**, uma vez que a 7ª CESSP não teria ocorrido de forma responsável e a 15ª CNS não teria deliberado sobre a Regulação, aliás, muitos direitos teriam sido perdidos na 15ª CNS; bem como poderia se questionar a **legitimidade da representatividade dos conselheiros** com relação ao conjunto da população paulista nos seus segmentos.

Portanto, seria ético, antes da tomada de tal decisão, aprofundar o conhecimento sobre a questão e realizar o diálogo fundamental para ouvir o contraditório e trabalhar ideias cristalizadas que poderiam cegar a visão.

- Narrativa a Favor da Manutenção da Proposta no PES 2016-2019

Diante dos dois modelos de gestão do Estado, o Controle Social em Saúde seria contra o modelo de gestão em parceria com a iniciativa privada (OSS), adotado pelo governo do Estado de São Paulo, e a **favor do modelo exclusivamente estatal**.

O modelo de gestão em parceria com OSS representaria uma ameaça ao SUS por seguir a lógica do mercado, segundo a qual a saúde seria uma mercadoria e o trabalho seria precarizado por meio da terceirização (e até mesmo da quarteirização).

No modelo exclusivamente estatal, a **Regulação e o comando do Estado estariam na mão do Governo do Estado**. O **serviço público** seria realizado por servidores com plano de carreira no SUS e dedicação profissional exclusiva.

A proposta de retirar a OSS da administração da CROSS e do CEADIS havia resultado de um **processo de deliberação das Conferências de Saúde** (regionais, estadual, Nacional) de 2015 e **do CES-SP** (inclusive com a participação da SES-SP), durante o qual não haviam sido apresentados argumentos convincentes para a exclusão da proposta. Havia um clamor das Conferências **contra a terceirização e a precarização do trabalho**.

A retirada da OSS seria um processo planejado ao longo dos quatro anos do PES. A SES-SP decidiria quanto à forma de implementação da retirada da OSS, se após o término do contrato ou considerando uma possível prorrogação, conforme a Lei de Licitações, enquanto se

planejaria a realização do concurso público. Esse processo seria implementado pela SES-SP no âmbito da responsabilidade do Estado com relação aos mecanismos de regulação e distribuição, garantindo que as pessoas não ficariam desassistidas, inclusive superando problemas na regulação sentidos pelos municípios decorrentes da burocracia na CROSS.

Finalmente, além da defesa de um modelo de gestão exclusivamente estatal, a retirada da OSS que administra a CROSS e o CEADIS seria necessária devido a existir conflito de interesses**, uma vez que a OSS em questão também administraria prestadores de serviços de assistência à saúde.**

- Temas

A partir da leitura das narrativas contidas nos quadros 4 e 5, identificamos três temas, conforme o Quadro 6 a seguir.

Quadro 4 – Temas

TEMAS	Trechos da narrativa contra a manutenção da PROPOSTA 10no PES 2016-2019	Trechos da narrativa a favor da manutenção da PROPOSTA 10 no PES 2016-2019
Modelos de Gestão	- modelo de gestão em parceria com OSS - limite de contratação de recursos humanos pela Lei de Responsabilidade Fiscal	- modelo de gestão exclusivamente estatal - serviço público - contra a terceirização - contra a precarização do trabalho - conflito de interesses
Regulação	- a Regulação não seria uma função típica do Estado	- a Regulação e o comando do estado estariam na mão do Governo do Estado
Atribuições do Conselho de Saúde	- interferência na forma de gestão do Estado - não seriam função do CES-SP as ações de garantir, impor ou retirar - legitimidade das deliberações das conferências de saúde - legitimidade da representatividade dos conselheiros	- processo de deliberação das Conferências de Saúde (...) e do CES-SP

Entre os três temas identificados, escolhemos discutir sobre o modelo de gestão com o propósito de compreender se os argumentos dos conselheiros apresentados estariam alinhados ao discurso hegemônico de manutenção e reprodução do *status quo* ou contra-hegemônico de transformação e emancipação social.

O modelo de gestão dos sistemas de saúde corresponde à concepção do papel e do caráter do Estado, segundo conceitos, crenças e valores prevalecentes nos países. No Brasil, historicamente a construção do SUS tem enfrentado desafios estruturais apresentados, por um lado, sob um pragmatismo político que julga tais desafios como limitações intransponíveis, vinculando às políticas públicas um caráter compensatório, e, por outro, sob um ideário civilizatório que coloca o sistema público universal de saúde como parte da construção de uma sociedade democrática, vinculando as políticas públicas um caráter redistributivo.

O debate em torno a PROPOSTA 10 evidencia um objeto em disputa – o modelo de gestão do SUS – e as narrativas contra e a favor dessa proposta ilustram tanto um "confronto (que se supõe democrático) entre diferentes posições político-ideológicas e projetos sociais" (GOHN, 2002, p. 12-13), como o longo caminho ainda a ser percorrido até que a participação social tenha poder de decisão na formulação das políticas públicas.

> Apesar de a legislação incluir os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada e participativa e instituí-los como novos atores deliberativos e paritários, vários pareceres oficiais têm assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo dos conselhos, restringido suas ações ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação (GOHN, 2011, p. 355)

As narrativas em torno ao modelo de gestão do SUS trazem o posicionamento hegemônico de defesa do modelo de gestão gerencial resultado da reforma do Estado dos anos 1990 e o posicionamento que representa potenciais de contra-hegemonia da defesa pelo modelo de gestão do SUS exclusivamente pública e estatal, cuja disputa encontra como alvo principal a defesa e a contraposição à participação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão do sistema.

5. HEGEMONIA E POTENCIAIS DE CONTRA-HEGEMONIA NOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

"A mercantilização do modo de estar no mundo está a converter-se no único modo racional de estar no mundo mercantil."

(Boaventura de Sousa Santos)

5.1 CRISES DO CAPITALISMO E AS REFORMAS DO ESTADO

A crise do Estado de Bem-Estar Social, definida como resultado da crise de poder, de legitimidade e fiscal, foi a justificativa apresentada para a realização de duas gerações de reformas do Estado no contexto capitalista ocidental, os consensos de Washington e a proposta do Estado mínimo nos anos de 1980 e a Nova Gestão Pública e a reforma do Estado nos anos 1990:

> A crise do Estado que marca o último quarto do século XX abriu a oportunidade para dois tipos de respostas. Nos anos 80 assistimos à onda neoconservadora com sua proposta do Estado mínimo; nos 90, quando começa a tornar-se claro o irrealismo da proposta neoliberal, o movimento em direção à reforma ou mais propriamente à reconstrução do Estado se torna dominante. Uma reconstrução que é necessária quando promove o ajuste fiscal, o redimensionamento da atividade produtiva do Estado e a abertura comercial; que pode ser meramente conservadora quando se concentra na flexibilização dos mercados de trabalho; mas que se torna progressista quando aprofunda o regime democrático e amplia o espaço público não estatal (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 1999, p. 15).

Glória Gohn relaciona a constituição do conceito de governança a essa ampliação da esfera pública pela sociedade civil e à publicização, que resultaram da crise de governabilidade, da crescente organização dos cidadãos e de grupos políticos e da incapacidade do Estado de manter sua legitimidade.

> Resumindo, a crise adveio como resposta ao crescimento da organização da sociedade civil – em suas diversas formas e canais, inclusive via movimentos sociais – e à incapacidade de o Estado continuar a se legitimar no mesmo grau de antes – ante essa população organizada; e aos detentores/controladores do sistema econômico (que passarem a ter, na nova conjuntura, dificuldades para obter os mesmos lucros). Isso tudo levou à reorganização do mercado de acumulação e distribuição de recursos em escala global (GOHN, 2002, p. 15).

Outra justificativa para a crise do Estado de Bem-Estar Social poderia ser as crises cíclicas do capitalismo, então devida à globalização, e, neste caso, o propósito da reforma do Estado, sob a filosofia política de uma íntima articulação entre o Estado e o mercado, seria perpetuar a limitação da vida social "à lei do valor, à lógica da acumulação e às regras do mercado" (SANTOS, 1999, p. 2), a partir da privatização de "todas as funções que o Estado não tem de desempenhar com exclusividade" e da adequação da administração pública segundo "critérios de eficiência, eficácia, criatividade, competitividade e serviço aos consumidores próprios do mundo empresarial" (SANTOS, 1999, p. 37).

5.2 REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: O PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO

No Brasil, a reforma foi implementada pelo Governo Federal em 1995, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, imposta pelo aumento do custo dos serviços do Estado Social, com a proposta de melhoria da qualidade dos serviços públicos e do fortalecimento da *accountability* pela ampliação do espaço público não estatal via parceria com a iniciativa privada, que idealmente faria a gestão dos recursos com eficiência e equidade.

> A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. (...) [B]usca-se o **fortalecimento das funções de regulação e de coordenação do Estado**[grifo nosso], particularmente no nível federal, e a progressiva descentralização vertical, para os níveis estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e de infraestrutura (BRASIL, 1995, p. 12 e 13).

A reforma do Estado partiu do pressuposto de que o Estado é um fracasso como gestor e a publicização – a prestação dos serviços sociais não lucrativos (saúde, educação, cultura, pesquisa científica, etc.) pelo setor público não estatal, denominado terceiro setor, subsidiado pelo Estado e sob o controle social direto e a participação da sociedade – corresponde ao modelo de administração pública que soluciona os problemas advindos das disfunções operacionais do Estado ao aprimorar a gestão pública estatal e não estatal. Pela publicização, os serviços ganhariam em qualidade: "otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social" (BRASIL, 1998b, p. 13).

A reforma do Estado foi apresentada, portanto, como a forma de superação da administração patrimonialista característica do Estado brasileiro, pois "[n]o momento em que o capitalismo e a democracia se tornam dominantes, o mercado e a sociedade civil passam a se distinguir do Estado. Neste novo momento histórico, a administração patrimonialista torna-se uma excrescência inaceitável" (BRASIL, 1995, p. 15). Percebemos aqui um exemplo do uso de um discurso estratégico que utiliza conceitos que trazem em si contradições e polissemias, como, por exemplo, democracia, mercado e sociedade civil como conceitos neutros e/ou positivos e Estado, como negativo; ou a afirmação que o mercado e a sociedade civil se distinguem do Estado devido à crise, por um lado, mas, por outro, o Estado e a sociedade civil se unem para superar a crise.

As estratégias da hegemonia neoliberal têm sido bem-sucedidas em perpetuar o capitalismo e seu projeto da acumulação do capital, onde não há justiça social, igualdade de oportunidades, proteção social, plena cidadania. Isso, entretanto, não significa que o Estado seja monolítico, onde não haja projetos sociais em constante disputa. Assim, as estratégias do modelo de gestão do Estado neoliberal orientado para o mercado estão constantemente em ação para sujeitar os cidadãos à sua visão e realização de mundo.

A resistência ao modelo gerencial neoliberal, orientado para o mercado, precisa trazer para o debate à discussão se a publicização trata-se de privatização ou não, e, conforme Boaventura de Sousa Santos (1999), aprofundar a questão da refundação democrática da administração pública, buscando na parceria com a sociedade civil a genuinidade dos objetivos desta, sem os quais a democraticidade e a responsabilização facilmente descaracteriza a participação em paternalismo e autoritarismo:

> [A]bundam experiências de promiscuidade antidemocrática entre o Estado e o terceiro setor, em que o autoritarismo centralizado do Estado se apoia no autoritarismo descentralizado do terceiro setor e cada um deles usa o outro como álibi para se desresponsabilizar perante os respectivos constituintes, os cidadãos no caso do Estado, os membros ou as comunidades no caso do terceiro setor (SANTOS, 1999, p. 48).

5.3 MODELO DE GESTÃO EM PARCERIA COM A INICIATIVA PRIVADA NO BRASIL: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

A implementação das Organizações Sociais (OS) a partir de 1997, como um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade, foi estimulada como uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. As OS são uma forma de "propriedade pública não estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público" (BRASIL, 1998b, p. 13). Como entidades de direito privado, gozam de autonomia administrativa e suas ações são reguladas pelo contrato de gestão. O financiamento ocorre por meio de compra de serviços e doações por parte da sociedade. O controle pelo Estado se dá por meio da demanda por resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas, e o controle social é garantido pela participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos representativos da sociedade civil.

Considera-se como vantagens desse modelo as características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado: "a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento" (BRASIL, 1998b, p. 14). Com isso, ganha-se agilidade e qualidade por não estarem sujeitas às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamento e finanças, compras e contratos na Administração Pública.

No setor saúde, a parceria com a sociedade para a prestação dos serviços foi estimulada pela implementação das Organizações Sociais de Saúde (OSS). A iniciativa privada, regida pela "mão invisível do mercado, ou seja, a lei da oferta e da procura – ou, no caso da saúde, da necessidade do usuário e da oferta (prestadores de serviços)" (CONASS, 2011, p. 11), é vista como promotora da eficiência e da equidade ao direcionar os recursos para aqueles em piores condições.

No Estado de São Paulo, o Governo editou, em 1998, a Lei Complementar nº 846, de 4

de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais para gestão de equipamentos de saúde. A LC, em seu Artigo 9º, parágrafo 3º, prevê na composição da comissão de avaliação da execução do contrato de gestão das OSS dois integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde (SÃO PAULO, 1998).

5.4 A DEFESA DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE AO MODELO DE GESTÃO DO SUS EXCLUSIVAMENTE PÚBLICA E ESTATAL

O tema "Saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e à privatização" foi um dos significados da temática da 15ª Conferência Nacional de Saúde: "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro" (CNS, 2015a, p. 1).

Para ilustrar o modelo de gestão para o SUS defendido pelo Controle Social em Saúde, apresentamos trechos dos seguintes documentos indicados nas referências do Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª CNS (CNS, 2015a): Relatório da 14ª CNS (BRASIL, 2012c); Tese do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes para a 15ª CNS– Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania (CEBES, 2015); Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares (CNS, 2015c); e Moção de Apoio CNS nº 008, de 09 de junho de 2011, que trata da criação das organizações sociais na saúde (CNS, 2011).

No Relatório da 14ª CNS, na "Diretriz 5: Gestão pública para a saúde pública", destacamos as seguintes propostas que trazem a defesa pelo modelo de gestão do SUS exclusivamente pública e estatal, que exclui a participação da iniciativa privada na gestão, via OSS, e a limita na prestação de serviços de forma complementar, além de defender a profissionalização da gestão e o plano de carreira no SUS, bem como o papel Regulador do Estado:

> 1. Garantir que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social.
> 2. Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OSS), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) 1923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal 9637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão.
> (...)
> 7. Respeitar a constituição e as leis orgânicas do SUS, de forma a restringir a participação da iniciativa privada no SUS ao seu caráter complementar; que as três esferas de gestão garantam o investimento necessário para a redução progressiva e continuada da contratação de serviços na rede privada até que o SUS seja provido integralmente por sua rede própria.
> (...)
> 10. Instituir a efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis, com os cargos ocupados por profissionais de carreira concursados, com formação e perfil necessários para atenderem às necessidades do SUS e da população brasileira.
> (...)
> 14. Intensificar o papel regulador do Estado, no setor saúde, mediante políticas de indução de investimento tecnológico na indústria farmacêutica, de modo que sejam orientadas pelas reais necessidades da população, e não por imposição do mercado como rotineiramente ocorre (BRASIL, 2012c, p. 36-37).

Na Tese do Cebes para a 15ª CNS, logo pelo título "Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania" fica evidente a contraposição à lógica neoliberal. O Cebes chama os movimentos e organizações sociais para combater o capitalismo e engajar na "construção de uma nova hegemonia na sociedade e no interior do Estado brasileiro, que impulsione um projeto de desenvolvimento capaz de enfrentar o problema estrutural da desigualdade social" (CEBES, 2015, p. 4-5), norteado pelos valores de uma "sociedade solidária, justa, fraterna e igualitária onde todos possam viver de forma digna" (CEBES, 2015, p. 5).

> [U]m projeto civilizatório com amplas mudanças nos valores societários em relação à vida e ao planeta (...), fundado nas bases de uma sociedade solidária e democrática, com a defesa do **direito universal à saúde como direito de cidadania** (...) que deve ser garantido pelo Estado, por meio de políticas econômicas, sociais e culturais (CEBES, 2015, p. 5).

O SUS idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no qual o Cebes teve importante participação, "teve e tem por objetivo melhorar a saúde da população, cuidar de todos de forma integral com a qualidade e a complexidade que os problemas requerem e a população merece; adotou a participação social promovendo a democracia participativa como fundamento para a sua gestão" (CEBES, 2015, p. 5).

Para o Cebes, as políticas no setor saúde estão orientadas pelo projeto liberal e voltadas a atender os interesses da indústria médica globalizada. Um enfrentamento a esse projeto e em

defesa do SUS exige:

> mudanças profundas na ordem econômica, política e social brasileira; (...) o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na sua defesa. Para que a saúde seja um direito de todos, assumida como um bem da sociedade, é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, os quais devem ser assegurados pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. (...) A luta por direitos sociais e em particular o direito à saúde deve ter como pressuposto a luta por um Estado democrático participativo, com justiça social e equidade (CEBES, 2015, p. 6).

No Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, os participantes propõem posições de enfrentamento "à conjuntura nacional de ataque aos direitos sociais, trabalhistas e ao SUS" (CNS, 2015c), das quais destacamos:

> - Em defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob a gestão pública e direta do Estado, no regime de direito público;
> - Pelo alcance da destinação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou equivalente para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento progressivo, que venha a se tornar exclusivo, **da rede pública estatal de serviços de saúde** [grifo nosso];
> - **Pelo respeito às deliberações das Conferências de Saúde**[grifo nosso] nas três esferas de governo. Os Planos de Saúde e os Planos Plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferencias de Saúde.
> - **Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal**[grifo nosso] para despesa com pessoal na saúde e apoio ao PL nº 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com pessoal para o setor saúde;
> - **Contra a adoção de modelos privatizantes de gestão e pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais** [grifo nosso], às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
> - **Em defesa de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com Plano de Carreira Nacional para os trabalhadores do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho**[grifo nosso];
> - Em repúdio ao PL 4.330/2004 da terceirização e flexibilização do trabalho, que permite a terceirização inclusive da atividade-fim, rompendo todos os direitos dos trabalhadores brasileiros (CNS, 2015c, p. 1-2).

Finalmente, na Moção de Apoio CNS nº 008, de 09 de junho de 2011, a favor da ADI 1.923 que contesta a legalidade das OSS como gestores dos serviços públicos de saúde, as quais atingiram diretamente o SUS "em princípios basilares como o do concurso público, da

impessoalidade, da moralidade e da transparência, bem como dos artigos 17 e 18 da lei 8.080/90 que tratam das competências dos entes federados, no Sistema Único de Saúde" (CNS, 2011), considerando que:

> as Organizações Sociais têm reforçado e ampliado a ação patrimonialista e clientelista enfraquecendo o Estado brasileiro da Constituição Federal de 1988. Como consequência, o alto custo decorrente dessa ação, à princípio denominada de modernizante, atua como um instrumento político e ideológico comprometendo drasticamente o financiamento da rede eminentemente pública criando distorções na remuneração de pessoal, precarizando as relações de trabalho bem como desconstruindo e inviabilizando quase que por completo, a possibilidade de atuação sinérgica e produtiva da equipe multiprofissional em saúde.
> (...) a contratação de profissionais sem amparo legal e técnico, tem comprometido a qualidade do serviço prestado à população usuária do SUS. Os fatos observados e as informações da mídia apontam a terceirização da gestão do SUS como um dos mais importantes fatores de desvios e corrupção no sistema (CNS, 2011).

5.5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: POTENCIAS DE CONTRA-HEGEMONIA

Considerando a categoria da participação como imperativo nas relações sociais vigentes como forma de democratizar o Estado e seus aparelhos e o entendimento dos conselhos como a prática de um governo horizontal, que tenha como condição de existência a participação e a cidadania, o debate sobre os conselhos como instrumento de exercício da democracia pode ser definido como:

> um tema da agenda de propostas para a gestão pública, tanto entre os setores liberais como entre os da esquerda. A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, pelos liberais, e como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda (GOHN, 2002, p. 10).

Glória Gohn relacionou a participação prevista na Constituição Cidadã, "baseada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado", a uma "intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque as políticas públicas ganharam destaque e centralidade nas estratégias de

desenvolvimento, transformação e mudança social" (GOHN, 2002, p. 12).

Nessa perspectiva, AVRITZER (2000) apresenta a natureza da participação nos Conselhos de Políticas Públicas como essencialmente político-argumentativa de interação face-a-face para o debate dos problemas coletivos da sociedade, onde o uso público da razão estabelece uma relação entre participação e argumentação pública, instituindo-se como emergentes estruturas de governança.

> Nesse espaço os indivíduos interagem uns com os outros, debatem o conteúdo moral das diferentes relações existentes ao nível da sociedade e apresentam demandas em relação ao Estado. (...) Os indivíduos no interior de uma esfera pública democrática discutem e deliberam sobre questões políticas, adotam estratégias para tornar a autoridade política sensível às suas discussões e deliberações (AVRITZER, 2000, p. 31).

GOHN (2002) também atribui à participação nos conselhos um papel educativo entre os conselheiros, suas entidades e demais interessados em acompanhar o trabalho ali realizado, ao prover informações e diagnósticos sobre os problemas públicos, gerar conhecimentos e subsídios à elaboração de estratégias de resolução dos problemas e conflitos envolvidos, capacitar para a tomada de decisões e desenvolver sabedoria política, o que depende da qualidade da participação de acordo com o grau de informação (ou de desinformação) contido nas opiniões dos participantes.

> Dado o caráter público das instâncias nas quais os experimentos são vivenciados, a ambiguidade assinalada acima pode resultar em cidadãos ativos no sentido de politizados, com visão crítica da realidade, conhecedores dos problemas que os circundam, com compreensão sobre as causas e as origens desses problemas, tanto quanto pode-se ter cidadãos ativos só na dimensão de simples tarefeiros, executores de "missões", com atuações individualizadas e personalistas, muito distantes de qualquer sentido público propriamente dito, respaldando-se em éticas e culturas que só contribuem para corroer ainda mais a já desgastada credibilidade nos órgãos públicos. Nos experimentos, todos são envolvidos numa teia de discussões sobre como resolver grandes e graves problemas ante a inexistência de recursos públicos e como implementar as "soluções tampões"; engendradas nas políticas de parcerias entre o Estado e a sociedade civil organizada, via terceiro setor, com o apoio da iniciativa privada (GOHN, 2002, p. 20).

Segundo Touraine, a "consolidação das instituições democráticas no Brasil será convincente somente quando ela permitir avançar na luta contra as desigualdades e contra todas as formas de exclusão" (TOURAINE, 2005, p. 63), para o que os movimentos sociais desempenham importante contribuição, uma vez que realizam diagnósticos sobre a realidade social e constroem propostas, atuando em redes, de resistência à exclusão e de luta por novas

culturas políticas de inclusão social e, finalmente, apresentam um ideário civilizatório que coloca como horizonte a construção de uma sociedade democrática (GOHN, 2011).

> Há neles [nos movimentos sociais] uma ressignificação dos ideais clássicos de igualdade, fraternidade e liberdade. A igualdade é ressignificada com a tematização da justiça social; a fraternidade se retraduz em solidariedade; e a liberdade associa se ao princípio da autonomia–da constituição do sujeito, não individual, mas autonomia de inserção na sociedade, de inclusão social, de autodeterminação com soberania (GOHN, 2011, p. 336-7).

A atuação dos movimentos sociais em rede demonstra que não há homogeneidade e as ações são fragmentadas, reflexo das "diferentes correntes ideológicas que sustentam os ideais dos ativistas", que "unem à crítica sobre as causas da miséria, exclusão e conflitos sociais, a busca e a criação de um consenso que viabilize ações conjuntas" (GOHN, 2011, p. 338).

> Destaca-se (...) o suporte governamental por meio de políticas públicas – com resultados contraditórios. De um lado, as demandas sociais são postas como direitos (ainda que limitados), abrindo espaço à participação cidadã via ações cidadãs. De outro, há perdas, principalmente de autonomia dos movimentos e o estabelecimento de estruturas de controle social de cima para baixo, nas políticas governamentais para os movimentos sociais. O controle social instaura-se, mas com sentido dado pelas políticas públicas, ainda que haja a participação cidadã no estabelecimento das normativas. As grandes conferências nacionais temáticas são uma das estratégias básicas desse controle (GOHN, 2011, p. 340).

Concluímos essa discussão com a seguinte reflexão, que relaciona o exercício da contra-hegemonia com a guerra de posições de Gramsci: "[a] oportunidade de romper este exercício hegemônico estaria na possibilidade de construir no campo político uma contra-hegemonia através da guerra de posições nos espaços nacionais e globais da sociedade civil e desde aí projetada nas sociedades políticas e nos Estados" (DE NEGRI FILHO, 2014, p. 41).

NOTAS PARA UMA CONCLUSÃO POSSÍVEL

Em nossa percepção, o estudo realizado foi ao encontro do pressuposto de que a perspectiva discursiva dos conselheiros de saúde do Estado de São Paulo, em sua reivindicação pelo direito à saúde e sua universalidade, ilustra a guerra de posições nos espaços nacionais de participação e controle social em saúde, onde a resistência contra-hegemônica de transformação e emancipação social se dá dentro da lógica dominante do poder hegemônico.

O debate contemplado demonstrou a necessidade de que a disputa em torno a objetos específicos esteja combinada às disputas mais gerais e estratégicas da prática política, o que por sua vez demonstra outra necessidade, o aperfeiçoamento da formação sociológico-filosófica com vistas ao embasamento da atuação política – compreender a realidade em sua totalidade e complexidade é necessário para a construção das estratégias que levarão à transformação rumo ao projeto societário desejado.

O resultado do debate – a não aprovação da proposta de retirar da OS a administração das centrais de regulação de leitos e de distribuição de medicamentos[11] – demonstra a complexidade da mudança social, que em sua operacionalização na prática exige uma atuação dos atores sociais mais preparada nas várias dimensões: quais seus significados, sua direção, alcance, abrangência, profundidade, quais seus agentes e interesses, seus opositores e aliados, suas consequências imediatas, mediatas e de longo prazo na vida social e no processo histórico, etc.

Para que as estratégias de resistência para interferir e incidir nas relações de poder e nas decisões políticas sejam potentes, não se pode ignorar as adversidades inerentes à disputa, e o esforço constante de aprendizagem e autorreflexividade levam a novos aprofundamentos democráticos no sentido da politização das demandas sociais e a ampliação de sua presença no espaço público de deliberação.

No âmbito dos conselhos de saúde, os atores legítimos representantes dos interesses

---

[11] Pela leitura das atas das reuniões ordinárias do CES-SP realizadas até o momento da conclusão da elaboração deste trabalho, em agosto de 2016, observamos que não foi incluída como item de pauta a retomada do debate sobre a PROPOSTA 10. A única menção à essa questão consta na ata da 250ª Reunião Ordinária do CES-SP, de 29 de abril de 2016, no item II – Informes, com o seguinte relato: "A Conselheira (...) informa sobre a visita à Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde (CROSS), o entendimento de sua função como interface entre os Departamentos Regionais de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e as Unidades de Saúde, e lamenta a ausência dos Conselheiros de Saúde durante a oportunidade. O Secretário (...) complementa a fala da Conselheira agradecendo a Coordenadora do Grupo Técnico de Regulação da SES/SP (...) pelo acolhimento" (As atas e pautas das reuniões ordinárias do CES-SP estão disponíveis em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/acesso-rapido/atas-e-pautas-do-ces>).

daqueles que defendem o projeto societário da justiça social, para organizar novas formas de Estado e de comunidade política, de hegemonia e de distribuição do poder, devem estar preparados para desconstruir a narrativa hegemônica dos atores representantes do poder hegemônico, os quais, pela emancipação econômica, política e social, acabam por apresentar estratégias superiores ao problematizar o controle social dentro das contradições da sociedade de classes, garantindo a perpetuação de suas propostas de políticas públicas minimalistas, restritivas e regressivas, justificadas ideoculturalmente pelos valores liberais de responsabilização individual pela condição de pobreza, onde se prega uma cultura da crise.

Na correlação de forças entre as classes sociais, as classes subalternas precisam se organizar para formar consensos na sociedade civil e exercer o controle social a partir de seu projeto ético-político, de valores democráticos e igualitários, para uma reforma intelectual e moral em sua disputa pela hegemonia sobre o Estado e a sociedade, o que pressupõe recursos políticos, financeiros e humanos.

No âmbito da saúde pública e coletiva no Brasil, há uma disputa em torno à organização do SUS, que vem sendo implementado sob a perspectiva hegemônica dos serviços de atenção à doença, na contramão da resistência contra-hegemônica que defende o sistema público de atenção universal e a indissociação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade ao exercício da formulação de políticas, organização dos sistemas e serviços e desenvolvimento das ações de saúde, para a promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável.

➢ Propostas para Investigações Posteriores

Embora alguns temas abordados, provenientes dos achados – as falas dos conselheiros do CES-SP durante a Reunião Extraordinária de 11 de dezembro de 2015, em torno ao debate da PROPOSTA 10, não tenham sido aprofundados neste trabalho, salientamos a pertinência de futuras análises no contexto do conjunto dos problemas aqui tematizados, dentre os quais poderíamos mencionar:

- Modelos de Gestão: focamos na disputa em torno ao modelo de gestão do SUS (gerencial *versus* estatal), mas havia outros temas como: a Lei de Responsabilidade Fiscal; o serviço público; a terceirização; a precarização do trabalho;

- Regulação –como função do Estado e como dimensão da gestão do SUS;
- Atribuições do Conselho de Saúde: participação na gestão do Estado; legitimidade das conferências e dos conselhos de saúde; o processo de deliberação das conferências e dos conselhos.

Ademais, além dos referenciais teóricos-conceituais trabalhados – direitos humanos e sociais; política social; proteção social; hegemonia e contra-hegemonia; participação e controle social; e os utilizados na discussão – reformas do Estado; modelo de gestão gerencial *versus* modelo de gestão estatal; papel educativo dos conselhos, outras categorias permearam o trabalho sem serem aprofundadas, tais como: ideologia; cidadania; legitimidade da representação; terceiro setor; administração pública; financeirização; focalização.

Finalmente, sobre os percursos metodológicos, os referencias teóricos-metodológicos foram a pesquisa social qualitativa, utilizamos a ferramenta da observação não participante para a coleta de dados e a abordagem hermenêutica-dialética para compreensão e interpretação dos achados. Porém, outras metodologias e técnicas também teriam sido interessantes, como, por exemplo, um estudo etnográfico de imersão nos espaços de participação e controle social, pesquisa documental dos documentos produzidos no âmbito da atuação dos conselheiros de saúde, o uso de entrevista semiestruturada ou aberta, grupo focal, história de vida.

➢ Algumas Recomendações

Os espaços de participação e controle social no Brasil poderiam se aproximar da iniciativa da rede de Laboratórios de Políticas Públicas Universalistas[12], mencionada na Apresentação deste trabalho, e desenvolver um processo de educação política para a construção de um plano de ação que potencializaria a incidência política dos atores sociais, ao estabelecer uma relação entre a crítica profunda à hegemonia neoliberal com a construção de um referencial de conhecimentos que deem base a uma contra-hegemonia e avancem para uma formulação de outra realidade, de outra proposta desejável como materialidade contra-hegemônica.

O tema central seria os direitos sociais universais em articulação com a qualidade de vida

[12] Informações sobre a iniciativa dos Laboratórios de Políticas Públicas Universalistas estão disponíveis na página na Internet do Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social: <www.fsms.org.br>.

e bem-estar das pessoas, no marco do desenvolvimento sustentável de uma relação de respeito com a natureza, a partir de um modelo de produção com distribuição da riqueza (salários e tributação que recolhe da produção os recursos para as políticas públicas), e que inclui as proteções sociais ou seguridade social de caráter universalista com redistribuição da riqueza.

A perspectiva da constituição de espaços de participação e controle social como laboratórios é entrar na disputa no campo das ideias, fazendo com que as ações de resistência ganhem potência ideológica para reconhecer e desconstruir a hegemonia e construir uma contra-hegemonia. Para muitos atores sociais, essa educação política representa a possibilita de serem mais efetivos politicamente, deixando de simplesmente legitimar a hegemonia mediante disputas pontuais para entrar no debate de um projeto contra-hegemônico alternativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMES. ***Carta De Brasília - La Salud es un Derecho***. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/84-carta-de-brasilia-la-salud-es-un-derecho/file>. Acesso em 26 jun. 2016.

ÁVILA, K.C.A. Teoria da reserva do possível. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3558, 29 mar. 2013. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/24062>. Acesso em: 8 mar. 2015.

AVRITZER, L. Teoria democrática, esfera pública e participação local. In: **Sociologias**. Porto Alegre, IFCH-UFRGS, ano 1 n. 2, pp. 18-43. 2000. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/6925/4198>. Acesso em: 16jul. 2016.

BEHRING, ER, BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 2011.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política. Brasília**: Editora Universidade de Brasília. 1998. Disponível em: <http://www.filoczar.com.br/Dicionarios/Dicionario_De_Politica.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2015.

BOTAZZO, C. **Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru: EDUSC, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Caderno 2. 5ª Edição [Série Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2]. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1998b. Disponível em:<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Emenda Constitucional Nº 19, de 04 de junho de 1998**. Brasília, 1998c. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. **Decreto nº. 591, de 6 de julho de 1992.** Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 7jul. 2016.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

BRAVO, M.I.S.; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2015.

BRESSER-PEREIRA, L.C. A reforma do Estado dos anos 90 lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova** [online]. 1998, n.45, pp.49-95. ISSN 0102-6445. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004.

_____. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, v. 50, n. 1, p. 112-116, 2010. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/192477/mod_resource/content/1/84PublicoNaoEstataRefEst.p.pg.pdf>. Acesso em 16 jul. 2016.

_____. GRAU, N.C. Entre o Estado e o Mercado: o público não estatal. In: BRESSER-PEREIRA, L.C. GRAU, N.C. (orgs.). **O Público Não Estatal na Reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999: 15-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v50n1/a09v50n1.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

CARDOSO JUNIOR, J.C.; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, L. (org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=5491>. Acesso em: 1º mar. 2015.

CEBES. **Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final.pdf>. Acesso em 16 jul. 2016.

CES-SP. **Propostas do Conselho Estadual de Saúde para o PES 2016/2019**. São Paulo, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/propostas_ces_pes_2.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. CES-SP aprova com ressalvas o PES 2016-2019.**Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2015b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/destaques/ces-sp-aprova-com-ressalvas-o-pes-2016-2019>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. CES-SP realiza 7ª Conferência Estadual de Saúde de SP. **Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2015c. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/destaques/ces-realiza-7-conferencia-estadual-de-saude-de-sp>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. CES participa de Oficina do Plano Estadual de Saúde. **Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2015d. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/destaques/ces-participa-de-oficina-do-plano-estadual-de-saude>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. Balanço Geral da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo. **Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2015e. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/balanco_geral_2.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. Regimento para a 7ª Conferência Estadual de Saúde - 2015. **Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2015f. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-

saude/homepage/destaques/regimento-para-a-7-conferencia-estadual-de-saude-2015>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. Apresentação. **Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2016a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/apresentacao/apresentacao>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. Atas e Pautas do CES. **Página do CES-SP/SES-SP.** São Paulo, 2016b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/acesso-rapido/atas-e-pautas-do-ces>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Composição atual do Conselho de Saúde do Estado de São Paulo** [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: Kássia Fernandes de Carvalho. 27 janeiro 2016. São Paulo, 2016c.

_____. **247ª RO (27/11/2015) e Reunião Extraordinária (11/12/2015)** [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: Kássia Fernandes de Carvalho. 28 março 2016. São Paulo, 2016d.
CNS. **Moção de Repúdio CNS nº 008, de 09 de junho de 2011, que trata da criação das Organizações Sociais na Saúde**. 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes_11.htm>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Manifesto em Defesa do SUS**. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://conferenciasaude15.org.br/?p=28436>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares**. Brasília, 2015c. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA
&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fultimas_noticias%2F2015%2Fdocs%2F04abr15_Manifesto_19Plenaria.docx&ei=EAVWVbTQDsrdsASz84CIBQ&usg=AFQjCNGGaE GqAORu6VEe0VxrNWTKx9OTJg&bvm=bv.93564037,d.cWc>. Acesso em 16 jul. 2016.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1): 9-18, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100002>. Acesso em: 1º mar. 2015.

CONASS. Regulação em Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS,** v. 10. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.10.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

CORREIA, M.V.C. Controle Social. In PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009, p. 104-110.

COSEMS-SP. 15ª Conferência Nacional de Saúde, hora de debater a Saúde Pública! **Jornal do COSEMS-SP**, nº 162 - junho/julho 2015. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/jornal/70.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

COUTINHO, C. N. Gramsci e a sociedade civil. **Gramsci e o Brasil**. 2000. Disponível em: <http://www.gramsci.org/>. Acesso em: 1º mar. 2015.

DE NEGRI FILHO, A. *El enfoque de los derechos humanos en calidad de vida y salud y su aplicación en la reestructuración programática y la reorganización de los servicios.* ***Health and Human Rights: An International Journal***. 2008, vol. 10, no. 1. n.p. Disponível em: <http://www.hhrjournal.org/2008/06/24/a-human-rights-approach-to-quality-of-life-and-health-applications-to-public-health-programming-spanish/>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. UHC – *Universal Health Coverage* – avanço ou retrocesso na luta pelo direito humano à saúde? Uma contribuição ao debate político-ideológico da guerra de posições entre comunidades epistêmicas no campo da saúde global. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4171>. Acesso em: 16 jul. 2016.

DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 3ª ed.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 1º mar. 2015.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2015.

GARGARELLA, Roberto. ***Las teorías de la justicia después de Rawls: Un breve manual de filosofía política***. Barcelona: Paidós. 2001.

GOHN, M.G. Conselhos gestores na política social urbana e participação social. **Cadernos Metrópole** n.7, pp. 9-31, 1º sem. 2002. Disponível em: <http://portaldosconselhos.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/Participa%C3%A7%C3%A3o-Social-M-G-Gonh.pdf>. Acesso em: 16jul. 2016.

_____. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, maio-ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>. Acesso em: 16jul. 2016.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1995.

LEIVAS, P.G.C. **O Ministério Público e a promoção dos Direitos Fundamentais Sociais: Projeto de Pesquisa**. 2006. Disponível em: <http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/index.php?%20pagina=PIDESC>. Acesso em: 1º mar. 2015.

MARSHALL, TH. **Política Social**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1967.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

_____ (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OMS. Atenção Primária em Saúde: Agora mais do que nunca, **Relatório Mundial da Saúde**. 2008. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/02/RELATORIO-MUNDIAL-SAUDE-2008-APS.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2015.

ONU. **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**, 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 30 maio 2013.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 30 maio 2013.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

SANTOS, B.S. **A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 1999 Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/134.pdf>. Acesso em: 15jul. 2016.

_____. As escalas do despotismo. **Carta Maior**. 04 de março de 2006. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?/Coluna/As-escalas-do-despotismo/19416>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. **Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B.S (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002. p. 39-82. Disponível em: <http://www.eurozine.com/pdf/2003-11-03-santos-pt.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2015.

SANTOS, W.G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Nº 8.983, de 13 de dezembro de 1994.** Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces//regimento-interno/legislacao/lei_n_8.983-alteracao.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Lei Complementar Nº 846, de 04 de junho de 1998**. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. Resolução SS - 91, de 15-9-2015. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, SP, n. 172, 16 set. 2015a. Seção 1, p.76. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2015/iels.set.15/Iels172/E_R-SS-91_150915.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Comunicado do Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo**. Parecer Conclusivo Plano Estadual de Saúde Quadriênio 2016/2019. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, SP, n. 231, 12 dez. 2015b. Seção 1, p.55. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/d.o._parecer_conclusivo_pes_2016-2019.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. **Portal da transparência da Secretaria de Estado da Saúde - Governo do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2015c. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>. Acesso em 26 jun. 2016.

_____. Sobre São Paulo. **Página do Governo do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.saopauloglobal.com/panorama_geral.aspx>. Acesso em 26 jun. 2016.

SIMÕES, C. **Teoria e crítica dos direitos sociais. O estado social e o Estado democrático de direito**. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

SILVA, et al. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: JACCOUD, L. (org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=5491>. Acesso em: 1º mar. 2015.

STOTZ, E.N. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, 30 (73/74): p. 149-160, 2006. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. Participação Social. In PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009, p. 293- 298.

TOURAINE, A. Economia e democracia no Brasil nos últimos vinte anos. **Revista USP**, São Paulo, n.65, p. 52-63, março/maio 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/13409/15227>. Acesso em: 16 jul. 2016.

WEBER, M. **Metodologia das Ciências Sociais**. Parte 1. 4. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 - MENSAGEM DA SECRETARIA EXECUTIVA DA CES-SP: COMPOSIÇÃO ATUAL DO CES-SP

De : Belfari Garcia Guiral <bgguiral@saude.sp.gov.br> Qua, 27 de Jan de 2016 10:35

Assunto : ENC: Composição atual do Conselho de Saúde do Estado de São Paulo 8 anexos

Para : kfcarvalho@usp.br

Cc : Cassia Marinho Tubone <ctubone@saude.sp.gov.br>, botazzo@usp.br

Kássia, bom dia!

Estou enviando anexo a composição atual do Conselho Estadual de Saúde, no entanto não contém os dados pessoais como telefone e endereço.
Incluirei como informe na próxima reunião plenária e lembro que na nossa página eletrônica consta o cronograma das atividades do CES para 2016 e que essas reuniões são abertas onde você poderá encontrar com todos.
Permaneço a disposição.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Belfari Garcia Guiral
Secretário Executivo
Conselho Estadual de Saúde de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – Sala 603
Tel: (11) 3066-8714 - ces@saude.sp.gov.br

Facebook Twitter Youtube Flickr

ANEXO 2 - TRANSCRIÇÃO DO DEBATE SOBRE A PROPOSTA 10

- Vídeo da Reunião Extraordinária do CES-SP disponível no Canal CES-SP no *Youtube*: https://youtu.be/jkPa7MJ6s84.

CONSELHEIRO/A	**FALA**
Usuário 1 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:15:57) Tenho debatido muito nas últimas presenças nos conselhos anteriores sobre a CROSS, que, na minha opinião pessoal, acho que deveria ter exclusividade total do Estado. Fizemos uma reunião da Comissão, fizemos consenso, na reunião da semana passada, que faríamos uma visita para ter uma noção melhor de análise de discussão, agora vou deixar a cargo de cada um a votação. Ia defender, mas houve um acordo durante essa semana...*
Trabalhadora 1 (representante da Associação dos Profissionais de Saúde)	*(01:16:40) A sugestão para nós, conselheiros, é assim, como foi explicado que essa CROSS não tem vínculo e tem dúvida de conselheiro se a pessoa que faz a gerência tanto de um como de outro, ela tem serviços também, então se acha que tem conflito de interesses. Então achamos que, assim, uma pessoa pode ter várias empresas, pode dividir isso, então ficamos em dúvida. Aqui está bem claro, retirar a OS da administração disso ou daquilo. Não temos ainda consistência para confirmar essa proposta da 7ª CESSP. Então decidimos que vamos acompanhar os movimentos, as decisões das instâncias gestoras, que possam afetar o bom desempenho do sistema, porque essas duas coisas fazem o que: um faz a regulação das vagas e o outro faz a distribuição da medicação. Então como vamos interferir numa coisa que está funcionando, pelo menos não tem denúncia de que não esteja funcionando. Então vamos tentar participar da reunião do CROSS e do outro, para ver como funciona, para depois ter um posicionamento a respeito.*
Usuário 2	*(01:18:18) Defesa a favor, porque, este conselho já decidiu e deliberou que não seria tirado das OS a questão da regulação. Não temos nada contra nada. A questão é entende-se que a regulação do*

(representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*serviço público é questão de governo, é coisa do Estado. Está certo que compre um serviço, compre o que quiser, mas a regulação, o comando tem que ser do Estado. Pior ainda quando se sabe que tem uma OS que está tomando conta da regulação e a mesma, ou com outro grupo, esteja prestando serviço. Já se deliberou isso, as conferências trouxeram isso de várias regiões, e a nacional também trouxe isso, então se deve tomar muita atenção que a regulação e o comando tem que estar na mão do Estado. Mantenho a proposta por conta disso. Nada invalida fazer um estudo, mas defendo a proposta que veio das conferências, e que veio aprovada neste Conselho esta questão.*
Trabalhadora 1 (representante da Associação dos Profissionais de Saúde)	*(01:19:31) O que está escrito aqui, não é isso, o que a gente identificou foi um telemarketing, que é só funcionário, a regulação está feito, pelo menos o que foi passado e o que a gente verificou aqui na Secretaria, o que regula isso é o Estado, não foi transferido para nada. Agora esse negócio que tem a OS é só telemarketing, um posto de serviço que só tem gente atendendo. Por isso precisamos estudar melhor. A Comissão foi, aqui tem um departamento da CROSS ... os contratos da regulação é telemarketing.*
Gestora 2 (representante da SES-SP)	*(01:20:28) Só queria acrescentar uma coisa, ação típica de Estado está vinculada a segurança e formulação de políticas, isso o Estado não abre mão, são essas as duas funções típicas de Estado.*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:21:04) (coloca em votação) ... A Comissão já não manteve, por isso há uma proposta da Trabalhadora 1*[13] *com esse texto.*
Usuário 1 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:21:27) Falando com relação à CROSS, agora tem outra que cuida de todo o medicamento.*
Trabalhador 2	*(01:21:42) Precisamos ter bem claro as questões, quem dirige, quem está prestando serviço, a questão da regulação é na verdade OS, o*

[13] Os nomes dos conselheiros foram substituídos por segmento/numeração, conforme realizado no item 4.1 Debate: proposta de retirar da OS a administração das centrais estaduais de regulação e distribuição.

(representante dos Sindicatos de Trabalhadores na Área da Saúde)	*que está colocado aqui é exatamente retirar das OS a administração, acho que temos que fazer a manutenção, deixar bem claro com todas as questões nacionais e tal. Eu mantenho a proposta, porque esse é o objetivo, nós fazemos o fim, política de Estado, o Governo atual tem essa política de entregar todo o serviço da saúde para terceirizado, eu respeito, é o direito deles, mas nós como conselheiros somos contrários que entregue a política do Estado a terceiros. Nós conselheiros amamos o SUS, não queremos que ele seja entregado como mercadoria, é um princípio, por isso mantenho a proposta.*
Trabalhador 3 (representante dos Sindicatos de Trabalhadores na Área da Saúde)	*(01:23:28) Questão de ordem, não só abstenção, como a votação pela manutenção do texto, não foi colocada em votação pela manutenção do texto.*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:24:27) Invalidou a proposta da Trabalhadora 1.*
Usuário 3 (representante das Associações de Portadores de Patologia)	*(01:24:53) Na proposta da Trabalhadora 1acho que ela não foi muito esclarecedora, a Comissão lhe apoia, eu apoio, mas não me senti contemplado na sua fala.*
Representante da SES-SP	*(01:26:12) Antes de passar para a próxima proposta gostaria de lembrar que estamos aqui aprovando propostas que serão inseridas no PES nos próximos 4 anos. Estou entendendo que acabamos de aprovar que vamos retirar a CROSS e o CEADIS da administração. É isso? Então vamos tirar da mão da OS e vamos colocar quem nesse trabalho?*
Trabalhadora 1 (representante da Associação dos	*(01:27:01) A Comissão montada no dia 16 era para fazer o estudo da não incorporação da proposta aprovada na 7ª CESSP, ninguém acrescentou nem tirou nada. Aquela Comissão era paritária e não chegamos no consenso, o que a Comissão trouxe aqui foi que neste*

Profissionais de Saúde*)*	*momento verificamos quem é que estava fazendo esse serviço, se estava fazendo serviço de Estado, que era única e exclusivamente responsabilidade do Estado, e achamos que não está invadindo a responsabilidade do Estado, é meramente um contrato de prestação de serviço como é faxineira, ou qualquer outra coisa, não tem domínio em nada, foi o que verificamos. A partir de agora essa Comissão a ser constituída para verificar como fazer a rescisão desse contrato, porque é um contrato de prestação de serviço, quando será feita essa rescisão, quando é que vai colocar RH, como é que a população vai ficar sem remédio, quero entender isso porque não quero ficar nesse Comissão não.*
Gestora 2 (representante da SES-SP)	*(01:28:32) Como a Lei nº 141 obriga que cada decisão do Conselho seja de uma forma clara, aprofundada, eu quero declarar meu voto contrário, porque eu não quero me responsabilizar pela paralização desses serviços.*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:30:15) Para mim está muito clara a posição do Conselho, e obviamente que o Conselho será responsabilizado pela posição que tomou, isso para mim é muito claro, há uma posição que interfere na gestão de Estado, e as consequências dessa interferência vão para a conta do Conselho, os senhores não tenham a menor dúvida disso.*
Usuária 4 (representante da Associações de Portadores de Deficiência)	*(01:30:38) Já falei aqui, já me manifestei por diversas vezes neste Conselho, que o Poder Público somente pode fazer o que está estritamente na Lei conforme artigo 37 da CF. A saúde, também já disse aqui inúmeras vezes, é uma norma constitucional programática, não é de eficácia plena contida, repito isso diversas vezes. Aí quando vejo a palavra garantir, impor, retirar, é lamentável este Conselho aprovar esse tipo de coisa, isso é uma irresponsabilidade, ou as pessoas vão tentar entender o que é uma norma constitucional programática, ou vai ficar difícil. Declaro meu voto contrário e não vou ser responsável por isso daqui.*
Trabalhador 3 (representante dos Sindicatos de	*(01:31:40) As coisas não são tão práticas assim, a gente aprova e amanhã já tem que acabar o contrato ou demitir pessoas, acho que a função da proposta aqui colocada não é essa, foi identificado um*

Trabalhadores na Área da Saúde)	*problema, há conflito de interesses, o Conselho, não só o Conselho, mas também muito debatido nas Conferências, inclusive na Nacional, então a aprovação dessa proposta não quer dizer que amanhã isso tem que ser implementado, mas que ao longo dos quatro anos essa proposta seja implementada, é isso que estamos colocando aqui.*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:32:24) Estamos aprovando algo textual, o andamento não está na mão deste Conselho, isto pode acontecer amanhã, como que não? Claro! Fica muito claro que a responsabilidade deste conselho pela decisão que está tomando, a forma que é feita não está em discussão aqui.*
Usuário 5 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:32:56) Fica muito claro que a forma quem vai viabilizar é a Secretaria, o que a gente está propondo para retirar porque está havendo uma burocracia, inclusive a CROSS é uma "burocracia" porque a gente tem visto na região que tem tido problema sim. A gente vai lá na Santa Casa e vê quantos leitos têm? 80. Quantos ocupados? Então a gente está aprovando a retirada porque estamos vendo que está tendo problemas. Agora a forma e quando aí é a Secretaria que vai ver, é evidente que é quando terminar o contrato, ninguém está falando para a Secretaria...*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:33:45) Os senhores não têm a menor ideia do que estão assumindo, a menor ideia do que estão decidindo aqui. Não tem ideia do que sejam o CEADIS e nem a CROSS, estão interferindo em um mecanismo de gestão que é identidade, responsabilidade do Estado. Essa decisão, que está tomada, vai para o PES, já foi votada, só estou dizendo que os senhores não têm ideia das consequências disso. Como vai ser feito, se um dia ou quatro anos, não está em discussão. O que está em discussão e foi aprovado é o que está mantido, pronto, vamos para a próxima questão.*
Usuário 2 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:33:45) Temos problemas no município, o Estado é reflexo dos municípios. Estamos trazendo uma necessidade do município.*

Usuária 6 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:34:55) Não concordo com o texto de retirar, o senhor tem toda razão e o pessoal tem razão de falar que pode ser tirado amanhã isso aqui, e quem vai ser colocado lá? Como suplente também não estou concordando com esse texto e não concordo de tirar dessa forma. Apesar de meus pares não estarem concordando com a minha opinião, essa é a minha opinião. Porque como suplente eu também respondo. Então quero que seja declarado em ata que também sou contrária.*
Usuário 7 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:35:44) Também sou contrária a esse texto. Então quero declarar que também não voto a favor não, sou contrária.*
Usuário 3 (representante das Associações de Portadores de Patologia)	*(01:36:04) É por essa razão que eu recomendei que a Trabalhadora 1 refizesse sua proposta. Já discutimos aqui nesse Pleno que acompanhássemos as atividades da CROSS e depois tomássemos a decisão mais pautável. Nesse sentido, na fala do Presidente, deixo aqui retirada a minha aprovação. Gostaria que discutíssemos a situação de acompanharmos e depois tomarmos as decisões ou segunda deliberação. Fica minha sugestão.*
Usuário 8 (representante das Centrais Sindicais)	*(01:36:55) Acho que estamos muito dispersos para as coisas que estão acontecendo nesta data, esse é o nosso problema. Dispersos com o que estamos deliberando hoje. A sexta-feira retrasada foi cansativa, alguns conselheiros estiveram em Brasília na semana passada, foi desgastante, temos que concentrar no que estamos fazendo aqui. Vamos para os municípios e as pessoas nos questionam, o que vocês ficam fazendo naquele espaço? Vamos concentrar no que estamos fazendo aqui, só peço isso, por gentileza.*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:37:46) Acho que a coisa foi discutida, decidida e aprovada, então não tem mais discussão, uma última fala, amanhã os senhores podem estar desabastecidos de medicamentos e da regulação, os senhores sabem exatamente isso e é isso que os senhores aprovaram. Vamos para a próxima.*

Trabalhadora 1 (representante da Associação dos Profissionais de Saúde)	*(01:38:32) A gente vota, "desvota", vota, "desvota"... Acho que isso não é nosso, o que a gente faz aqui, somos representantes, alguém de vocês, do espaço de tempo do dia 28 pra cá, levou isso para suas bases para discutir? Deixa eu falar ... Não tenho patologia nenhuma, graças a Deus, sou trabalhadora e aposentada, estou aqui porque quero estar aqui, represento trabalhador, mas assim tem patologia que não sai de casa para receber esse remédio, gente, vocês estão entendendo o que está acontecendo? Se o município não tiver condições de vir aqui buscar o remédio para levar lá longe? Não estou falando da Capital, mas do interior, isso aqui funciona no interior... Não gostaria que tivesse OS em lugar nenhum, odeio OS, acho que todos temos que ser contratados, temos que ganhar dignamente, temos que ter plano de carreira do SUS, ser funcionário do SUS, dedicação profissional exclusiva. Se quer trabalhar no SUS, trabalhe, se quer ter vida autônoma, tenha, mas por opção. Agora não fazer uma coisa que não temos domínio, estou ficando apavorada. A Comissão se propôs a fazer, estudou, está propondo para vocês. Nós não temos domínio. Agora votar, levantar e votar só porque é a 7ª CESSP, mas como é que foi a nossa 7ª CESSP? Foi responsável? O que foi votado em Brasília não tem nada a ver com regulação e em Brasília fiquei todos os dias e todas as horas, não sai da sala, não vi falar de regulação, não vi falar de distribuição, vi falar muita coisa de farmacêutico. E que muita coisa foi perdida lá, que já tinha sido conquistado, na assistência farmacêutica, o Estado está judicializando, somos contra a judicialização e estamos fazendo um negócio desse... que vai acontecer? Porque o pobre que precisa vai na promotoria pública do interior e vai fazer com que o município compre esse remédio e o outro vai ficar sem nada... Então não estou entendendo, talvez seja burra de mais para entender o que está acontecendo aqui.*
Usuária 9 (representante das Centrais Sindicais)	*(01:41:36) Durante as 7 conferências, depois com a Estadual, o que me parece, que está claro, é que temos dois modelos de gestão do SUS. Temos dois SUS, e isso está claro no debate. O clamor das*

	conferências é a questão da terceirização, quarteirização e até da quinteirização. A precarização do trabalho, a destruição do SUS, e o debate, Trabalhadora 1, aconteceu talvez de uma maneira distorcida, como foi a votação, aconteceu o debate, acho que o Pleno está claro agora do que estamos falando. Então gostaria de pedir se for possível a gente fazer uma nova apresentação e uma nova votação.
Gestora 2 (representante das Associações de Portadores de Patologia)	*(01:42:46) Gostaria de chamar os conselheiros a sua ética, a sua consciência nesse momento. Acredito que este é um assunto que não será esgotado aqui. Acho que simplesmente suprimir e aprová-lo assim teremos problemas urgentemente. A minha sugestão é que a gente retire esse assunto de pauta e em uma reunião de fevereiro a gente retome o assunto de uma forma um pouco melhor embasada para, daí sim, deliberamos especificamente sobre esta ação. Se não corremos riscos e o que é pior, sou contrária a algumas falas aqui, no sentido de quem está legitimamente representando o conjunto da população paulista nos seus segmentos. Não vejo a necessidade de retomar isso, mas principalmente fazer o diálogo como a Trabalhadora 1 disse, o diálogo é fundamental até para ouvir o contraditório, porque enquanto a gente não ouve o contraditório, a gente tem uma ideia cristalizada que cega toda nossa vista. Teremos um tempo para isso, então a minha proposta de encaminhamento é que a gente retire este item para uma análise posterior de inclusão ou não no PES.*
Usuário 2 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:44:45) Com todo o respeito com o que está sendo dito aqui, é preciso estudar melhor, trabalhar melhor essa questão, mas uma coisa é fato: esse Conselho lá atrás já deliberou por isso, lá as conferências, isso não foi inventado por ninguém, várias conferências regionais, foi para a Estadual e lá na Nacional também respingou essa questão. Fizemos dois dias de reunião em Águas de Lindóia sobre as propostas que iriamos priorizar, essa entrou fortemente, porque todo mundo quis. Fizemos no CEFOR outro dia uma análise dessas propostas, ainda assim foi mantida, ninguém teve*

	argumento suficiente para dizer que essa proposta não era interessante, não tem cunho legal, até porque, Gestora 2, o que estamos propondo aqui é o seguinte, não é a palavra CROSS, CEADIS, que está nos incomodando. A regulação com qualquer nome que exista é coisa do Estado, e não é só na área da saúde, acho que o Estado tem que tomar conta da regulação, até pode contratar serviço. Agora a coisa que mais conflita é saber que muitas vezes a mesma OS ou conjunto que faz esse serviço também é prestador de serviço, aí é que não dá para aguentar. Então se alguma empresa faz esse serviço, que não preste serviço direto ao usuário, porque isso não dá para admitir, isso provoca insatisfação, porque precisamos a todo momento controlar, ser transparente, etc. Então no mínimo o que mais complica é essa questão, se alguém é contratado para esse serviço, não tem como prestar outro serviço também.
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:46:41) Não tem ideia, o que mais me assusta é a falta de conhecimento das falas que estou ouvindo aqui, os senhores não sabem o que estão falando, é assustador, porque os senhores não conhecem a CROSS, nem o CEADIS, nem o Sistema. Os senhores estão votando em algo e os senhores não têm conhecimento completo do que se trata. Isso é assustador, os senhores não sabem o que é o CROSS, não visitaram, não sabem o que é o CEADIS, não visitaram, não imaginam a logística, a importância disso para o Estado de São Paulo. Isso é muito grave, os senhores estão se responsabilizando por algo que eu imagino claramente as consequências disso, os senhores não têm ideia da gravidade do que votaram hoje. Amanhã esse sistema pode estar desativado e a população totalmente desassistida da regulação de leitos e entrega de medicamentos. É muito sério, não vejo aqui, não vi uma fala que inala conhecimento exato do que os senhores estão discutindo, é assustador. Então sou um indivíduo que observo e vou levar em frente tudo o que os senhores decidirem da mesma forma que vou pôr na conta de cada um dos senhores o que decidirem, não tenham dúvida sobre isso. Quero ouvir as pessoas...*

Trabalhadora 4 (representante da Associação dos Profissionais de Saúde)	*(01:48:17) Havendo a possibilidade de fazer uma inclusão posterior, concordo com essa possibilidade de poder alterar e fazer uma análise maior, só que acho as preocupações aqui colocadas importantes, mas tão importante é a ausência de uma responsabilidade da regulação quando você coloca que o Conselho que terá que responder. Agora qual é a parte que cabe a Secretaria de Estado na gestão da regulação? Se o Conselho decidir as pessoas vão ficar desassistidas? Quais são os mecanismos do Estado com relação à regulação e distribuição? O que estou entendo é que este Conselho não está deliberando que haja a inexistência da regulação e sim a retirada da OS [ALGUNS APLAUDEM]. Agora qual é a responsabilidade do Governo do Estado com relação à regulação, que é uma função do Executivo?*
Gestor 1 (representante da SES-SP)	*(01:49:31) Os senhores não estão entendendo nada. O mecanismo de gestão da regulação é uma decisão do Estado e é. Os senhores estão votando contra decisão da forma de gestão do Estado. É uma coisa que existe de uma forma e tem que mudar totalmente. Veja bem, estamos entrando no limite da responsabilidade de contratação, a partir desse momento, digamos que na segunda-feira, eu tenha que desativar por conta dessa decisão tanto a CROSS, quanto à distribuição de medicamentos, nesse momento tenho que ter um pleito de contratação de pessoas que vão fazer o que estas duas instituições faziam, em cima de um limite de responsabilidade de contratação que a Lei permite, é isso que estamos decidindo. Não estou abrindo mão da decisão de gestão, o que os senhores estão votando é exatamente contra a decisão do Estado da forma de gestão. Não é que depois da votação me desresponsabilize, é que vou ter que trocar o jeito, isto é prático, e isso é impossível na prática. Esse é o ponto crucial.*
Usuária 10 (representante das Associações de	*(01:51:04) O que me preocupa é que estamos falando em retirar sem falar no plano B. Eu me preocupo porque a realidade de um munícipio não é do outro e quem tem a patologia é que vai pagar o preço. Digo enquanto pessoa convivendo com patologia e*

Portadores de Patologia)	*respondendo por outras pessoas também. Então quando a Trabalhadora 1 fez a proposta de discutir, conhecer e inclusive lembrando a todos os conselheiros que no dia 16, quando surgiu essa proposta, houve até uma proposta de ir conhecer o sistema, mas como coincidiu com a Conferência, não tivemos essa oportunidade. Então me preocupo e digo que, enquanto representante da patologia e pessoa convivendo com patologia que também usa medicamentos de alto custo, depende desse sistema, prefiro sentar, discutir, conhecer o sistema, porque não adianta falar vamos retirar e não vir aqui uma proposta de plano B. Isso é preocupante. Não estou dizendo que sou contra ou a favor, só que não ouvi nenhum momento desde o dia 16, quando esse assunto entrou em pauta, um plano B. A partir do momento da retirada como vai funcionar?*
Usuário 1 (representante dos Movimentos Populares de Saúde)	*(01:53:15) Com relação ao que foi proposto pela Comissão, votamos e estamos com a Comissão. Também não posso deixar de fazer uma observação, Gestor 1, embora a comissão deu essa proposta e os outros conselheiros foram contrários em manter o texto, também não posso concordar com o senhor que amanhã pode acabar com isso. Talvez a própria redação do texto, que não pode ser mudado, mas que também ficou um pouco infantil, poderia ser gradativamente até que desse tempo de fazer licitação, prorrogar mais um ano o contrato, e no ano seguinte fazer o concurso e trazer as pessoas para administrar isso. Agora dizer aqui se deliberamos será responsabilidade do Conselho se faltar remédio, faltar regulação, isso também é responsabilidade total. A lei de licitação permite prorrogar mais um ano esse contrato, durante o ano fazer o concurso... Entendeu o que estou falando?*
Usuária 4 (representante da Associações de Portadores de Deficiência)	*(01:55:13) Já me posicionei contrária a isso daqui, mas quero deixar registrado se isso aqui for aprovado eu, pessoa física, vou me dirigir ao Ministério Público, vou fazer isso, as pessoas têm que ter noção do que estão votando, o que estão fazendo. Não tenho absolutamente nada contra as OS, eu sou usuária do serviço, não importa quem fornece o serviço, desde que preste um serviço bom, entendeu? De*

	acordo? As OS é uma questão que já foi pacificada pelo STF, não sei porque que este conselho fica o tempo inteiro "OS, OS, OS", essa questão já foi pacificada, entendeu? Ponto. Apenas estou falando que existe a diferença entre eu, conselheira, e eu, pessoa física, e vou me dirigir ao MP caso este Conselho aprove isso daqui.
Trabalhador 3 (representante dos Sindicatos de Trabalhadores na Área da Saúde)	*(01:57:58) Eu me abstenho porque acredito que a proposta apresentada foi debatida tanto nas plenárias regionais, quanto na 7ª CESSP, estamos aqui reprovando uma proposta que foi amplamente debatida e foi feito aqui um certo terrorismo que amanhã não teria mais o sistema. Existe o contrato, existe prazo de contrato. Segundo, a proposta aprovada pela retirada da pauta vai ficar fora do PES, então, ou seja, vamos discutir quando e para quando?*

CURRÍCULO LATTES

Currículo Lattes

English

Imprimir currículo

Dados gerais Formação Atuação Produções Eventos +

Kássia Fernandes de Carvalho

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5428429568250295

Última atualização do currículo em 05/08/2016

Graduada em Letras-Tradução/Inglês pela Universidade de Brasília (2003); especialista em Saúde Pública pela Faculdade Pitágoras (2013); mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atua como pesquisadora no LIGRESS - Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde - do Hospital do Coração (São Paulo), e no Núcleo de Pesquisa Qualitativa do LIGRESS/HCor. Tradutora e revisora com ênfase na área de saúde pública. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Kássia Fernandes de Carvalho

Nome em citações bibliográficas

CARVALHO, K. F.

Endereço

Endereço Profissional

Hospital do Coração, LIGRESS.
Rua Abrão Dib, Casa 04
Paraíso
04004030 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30536611
Ramal: 3567

Formação acadêmica/titulação

2014

Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO SOBRE O DIREITO À SAÚDE: HEGEMÔNICA OU CONTRA-HEGEMÔNICA?,Orientador: Carlos Botazzo.
Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Pesquisa Social em Saúde; Direitos Humanos; Universalidade; Sistemas Universais; Participação social.
Grande área: Ciências da Saúde

2012 - 2013

Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 360h).
Faculdade Pitágoras, PÓS-EAD, Brasil.
Título: A Cobertura Universal da Saúde segundo a Resolução 67/36 aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas.
Orientador: Paulo Silvino Ribeiro.

1999 - 2003

Graduação em Letras Tradução Inglês.
Universidade de Brasília, UnB, Brasil.
Título: Translation and Translating: Theory and Practice.
Orientador: Dr. Mark David Ridd.

Formação Complementar

2013 - 2013

Extensão universitária em Sustentabilidade da Saúde Universal. (Carga horária: 20h).
Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CEAP/FSP, Brasil.

Currículo Lattes

English

Imprimir currículo

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produções Inovação Educação e Popularização de C & T Eventos Orientações Bancas +

Carlos Botazzo

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9399101827181317

Última atualização do currículo em 21/06/2016

Professor Associado do Departamento de Prática de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Graduado pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, em 1971, exerceu a clínica pública e privada durante 15 anos. Em 1982, foi contratado pelo Ministério da Saúde da República Popular de Moçambique. Em 1985, ingressou no Centro de Saúde Escola "Samuel Barnsley Pessoa", do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). No mesmo ano, iniciou colaboração com o Instituto de Saúde, como dentista-sanitarista na Sessão de Odontologia Sanitária (TS-OD). Em 1986, tornou-se especialista em Saúde Pública, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Atuou no Centro de Atenção Integral à Saúde (CADAIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 1988 a 1990. Foi Diretor da Unidade Básica de Saúde Humaitá e do Distrito de Saúde Bela Vista, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (1990-1992). Entre 1989 e 1993, a convite do Prof. Ney Moraes, foi docente colaborador do Departamento de Odontologia Social da FOB (USP), onde implantou a disciplina de Saúde Coletiva na graduação. Retornou ao Instituto de Saúde em 1993 e nele, entre 1995 e 2013, foi Pesquisador-científico. Em 1998 concluiu o doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do Prof. Everardo Duarte Nunes. A partir de 2009 foi comissionado, a pedido, no Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Em 2012 tornou-se Livre Docente pela Universidade de São Paulo, na disciplina de Ciências Sociais em Saúde. Em 2013, foi aprovado em concurso docente no Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e em novembro de 2015 foi designado Professor Sênior pela Congregação da mesma Faculdade. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em pesquisa qualitativa, atuando nos seguintes temas: Sistema Único de Saúde, Interdisciplinaridade, Cidadania e Produção da Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Carlos Botazzo

Nome em citações bibliográficas

BOTAZZO, C.;Botazzo, Carlos

Endereço

Endereço Profissional

Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr Arnaldo, 715
Pinheiros
05509000 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30618031
URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1998

Doutorado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 4).
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: Da arte dentária. Um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas, Ano de obtenção: 1998.
Orientador: Everardo Duarte Nunes.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: dentes; arqueologia; Michel Foucault; boca; bucalidade; história.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Odontologia.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Pessoas; Educação Superior.

1986 - 1986

Especialização em Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 600h).
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil.
Título: Planejamento para ambulatório de especialidades do Módulo VII do PMS.
Orientador: José da Silva Guedes.

1965 - 1971

Graduação em Odontologia.