

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Laíra Augusta Viegas Vasconcellos

**O Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e a gestão hospitalar por uma
organização social: o caso do hospital Dr. Jayme Santos Neves**

Rio de Janeiro

2016

Laíra Augusta Viegas Vasconcellos

**O Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e a gestão hospitalar por uma
organização social: o caso do hospital Dr. Jayme Santos Neves**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública e subárea de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador(a): Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V331c Vasconcellos, Laíra Augusta Viegas
O Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e a gestão
hospitalar por uma organização social: o caso do hospital Dr. Jayme
Santos Neves. / Laíra Augusta Viegas Vasconcellos. -- 2016.
176 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Sarah Maria Escorel de Moraes
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Democracia. 2. Participação Social. 3. Conselhos de Saúde. 4.
Organização Social. 5. Administração Hospitalar. I. Título.

CDD – 22.ed. –362.11098152

Laíra Augusta Viegas Vasconcellos

**O Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e a gestão hospitalar por uma
organização social: o caso do hospital Dr. Jayme Santos Neves**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública e subárea de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 27 de maio de 2015

Banca Examinadora

Prof.^a. Dr.^a. Lúgia Bahia, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a. Dr.^a. Silvia Victoria Gerschman de Leis, Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ

Dr.^a. Sarah Maria Escorel de Moraes - Orientadora

Rio de Janeiro
2016

Aos meus amados pais Álvaro e Neiva.

AGRADECIMENTOS

Gratidão.

Ao Deus (Amor) que acredito, manifestado em todas as pessoas, coisas e fatos.
À minha família pela vida, amor e apoio incondicional.
Ao Rodrigo, pelo amor, sincero apoio e compreensão.

À Sarah, por acreditar no meu projeto quando até eu mesma hesitei, pela orientação, compreensão e paciência nessa reta final.

À Ialê Falleiros, por abraçar a co-orientação no período inicial da pesquisa.

À Ligia Bahia e Silvia Gerschman pelas valorosas contribuições no processo de qualificação e no meu processo formativo.

Ao José Augusto Pina e André Vianna Dantas, por generosamente aceitarem esse convite final.

Ao Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES/ES) e aos conselheiros que acreditaram no meu trabalho e aos que acreditam nas suas lutas. A toda a sua equipe administrativa, em especial à amiga Ingrid Febrone, sempre disposta a ajudar.

A todos os amigos queridos que fiz na ENSP, na subárea de Políticas Públicas e Saúde, na subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde, do Fórum de Estudantes da ENSP, e do grupo de estudos 'Cecília Donnangelo' (apoiadíssimo o nome) em especial à Amanda, Cris, Ingrid, Ivo, Leo, Lucas, Luisa, Luzia, Natália, Norhan, Paulo, Raphael e Rebeca.

Aos queridíssimos da Biblioteca de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Leonardo, Rita de Cássia e Valtecir, da Biblioteca de Manguinhos, Paulo e David, e da Livraria da ABRASCO, Inez, Fidel e Mônica.

À 'equipe de coordenação' do curso para Formação Histórica e Política de Estudantes Universitários da Área da Saúde: José Augusto Pina, Eduardo Stotz, Helena Leal, Ivo Lima, Leonardo Mattos, Lucas Bronzatto e Norhan Sumar: meu muito obrigado pela oportunidade de aprender, contribuir e conviver com seres tão admiráveis e grandiosos quanto vocês.

À AJSI Copacabana que me acolheu com muito amor, respeito aos meus limites, e acreditou em mim, presenteando-me com uma grandiosa oportunidade de manifestar cada dia mais amor ao próximo.

Aos amigos da Tribo Curicica, que muito contribuíram para que me sentisse em casa: Aline, Arcildo, Camila, Catalina, Gonçalo, Iván, Juliana, Liliana, Maju, Mauricio, Mônica, Nádia, Neiva, Nicole e Roberta. Chile, Colômbia, Moçambique e Portugal para sempre no meu coração.

A todos os amigos da FARMAUFES.

A todos que de alguma maneira fizeram parte do meu caminho até aqui: meu muito obrigada.
Minha sincera gratidão.

Quando os pacientes perderem a paciência

*Ninguém mais vai morrer na porta dos hospitais
Nenhum desrespeito será tolerado
Não existirão mais farmácias privadas
nem planos nem seguros
pois será proibido pagar por saúde
quando os pacientes perderem a paciência*

*O lucro não vai mais definir doenças
e ninguém mais vai engolir junto com os comprimidos
as péssimas condições de vida e trabalho
porque não haverá mais opressores e oprimidos
quando os pacientes perderem a paciência*

*Não existirão propagandas de remédios nem de alimentos
Será tamanha a clareza do cidadão sobre seu corpo
que a palavra prescrição será abolida do dicionário
Todo e qualquer tratamento será decidido em conjunto
quando os pacientes perderem a paciência*

*Muitos intelectuais ficarão sem chão
ao verem que o problema central não era de administração
que as grandes soluções não eram humanização, formação,
avaliação, regulação, negociação
Ficará claro que o melhor dispositivo de gestão é a revolução
quando os pacientes perderem a paciência*

*Todo contrato de trabalho será digno
Fundações, O.S., EBSEH, serão apenas letras
e palavras indecifráveis de papéis amarelados
no museu de nosso passado precário
quando os pacientes perderem a paciência*

*Não haverá mais abismos nem hierarquias
nem gritos nem silêncios nem indiferenças
Os pacientes é que serão os deuses
quando perderem a paciência*

*Quando os pacientes perderem a paciência
numa reunião qualquer do centro comunitário do bairro
serão decididos os rumos da ciência.*

RESUMO

A literatura sobre conselhos de saúde indica a restrição do papel dessa instância deliberativa à fiscalização e sua pouca influência no processo decisório, revelando também uma ausência de relevância do papel dos conselheiros. Diante dessas análises e das contratações de organizações sociais para gestão e execução de atividades e serviços hospitalares no Espírito Santo, o objetivo desse estudo é analisar o posicionamento dos conselheiros sobre o papel desempenhado pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES/ES) durante os anos de 2009 a 2014, no processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) e a organização social Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HJaSN). Para isso, buscou-se analisar: o contrato de gestão estabelecido entre a SESA/ES e a organização social AEBES, verificando os momentos do processo em que o CES poderia atuar; o papel desempenhado pelo CES/ES no processo de assinatura e desenvolvimento dessa parceria; as percepções e posicionamentos dos conselheiros sobre a atuação do CES/ES nesse processo. O recorte temporal engloba as gestões do CES/ES nos biênios 2009-2011 e 2011-2013. Os dados e informações foram obtidos por meio de análise documental, entrevista semiestruturada e observação participante. A fim de subsidiar as análises foram discutidos alguns conceitos como democracia, representação, deliberação e democratização. Os resultados evidenciaram ser possível, em tese, o poder de atuação do conselho em diversos momentos do processo estudado, mas, na prática deste contrato de gestão, o CES/ES não discutiu nem definiu o modelo de gestão que foi adotado no HJaSN, não exercendo qualquer papel deliberativo no processo de contratação da OS. Não propôs critérios no edital de convocação que pudessem atender às necessidades da população, sua participação na Comissão de Seleção de projetos foi pouco representativa, além de ter uma fragilidade constatada no relacionamento com o Conselho Gestor do hospital. A percepção dos conselheiros entrevistados foi de que o CES não teve papel no processo de contratação da OS. Este conselho de saúde, que poderia se constituir como espaço legítimo de debate sobre as formas de gestão adotadas para os serviços de saúde no estado, não está exercendo o seu papel e não é respeitado, evidenciando muitos desafios a serem enfrentados em busca da sua democratização.

PALAVRAS-CHAVE: Democracia; Participação Social; Conselhos de Saúde; Organização Social; Espírito Santo

ABSTRACT

The scientific literature about health councils indicates the restriction of the role of this deliberative forum to the inspection and their lack of influence in decision-making process, also revealing a lack of relevance of the councilors' role. Given these analyzes and the hiring of social organizations for managing and implementing activities and hospital services in the State of Espírito Santo, the aim of this study is to analyze the position of the councilors on the role played by the Espírito Santo State Health Council (CES/ES) during the years 2009-2014, on the process of contracting and monitoring of the management contract between the State Department of Health of the Espírito Santo State (SESA/ES) and social organization Evangelical Association Charitable of the Espírito Santo State (AEBES) to manage the State Hospital Doctor Jayme Santos Neves (HJaSN). For this, we attempted to analyze: the management contract between the SESA/ES and social organization AEBES checking stages of the proceedings in which the Council could act; the role played by the CES/ES on the signing and development of the partnership process; perceptions and positions of the councilors on the activities of the CES/ES in this process. The results show is possible, in theory, the power of the council acting at different times on the process studied, but in practice this management contract, the CES/ES not discussed or defined the management model that was adopted in the HJaSN, not operating any decision-making role in the OS's hiring process. For example, the council has not proposed criteria in the call notice that could meet the population's needs, their participation in project selection committee was not representative, in addition a weakness observed in the relationship with the Hospital Health Council. The perception of respondents council members' was that the council had no role in the OS hiring process. This health council, that could be as a legitimate forum for debate on business model adopted for health care services in the state, is not exercising its role and it is not respected, showing many challenges to be faced in the pursuit of the its democratization.

KEYWORDS: Democracy; Social participation; Health Councils; Social organizations; Espírito Santo State.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 -	Plano Diretor de Regionalização da Saúde, Espírito Santo, 2011	64
Gráfico 1 -	Número e percentual de tipos de papel atribuídos ao CES/ES, por entrevistado. Espírito Santo, 2014	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Convocações de reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2009-2014.....	27
Quadro 2 - Resoluções homologadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2009-2014.....	29
Quadro 3- Perfil dos conselheiros entrevistados do CES/ES, 2014.....	32
Quadro 4 - Critérios de avaliação averiguados num processo de seleção de organização social no Espírito Santo, 2014.....	82
Quadro 5 - Composição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 1992.....	89
Quadro 6 - Composição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2004 a 2014.....	93
Quadro 7 - Composição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2009-2014.....	100
Quadro 8 - Opinião dos conselheiros entrevistados sobre o relacionamento geral entre os segmentos no CES/ES, 2014.....	121
Quadro 9 - Opinião dos conselheiros entrevistados sobre o papel do CES/ES, 2014..	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estabelecimentos de saúde por tipo de prestador segundo as Regiões de Saúde– Espírito Santo, 2014.....	67
Tabela 2 -	Distribuição da oferta de leitos hospitalares por tipo de prestador segundo as regiões de saúde – Espírito Santo, 2014.....	69
Tabela 3 –	Oferta de leitos hospitalares SUS e Não SUS segundo tipo de prestador – Espírito Santo, 2014.....	70
Tabela 4 -	Oferta de leitos hospitalares totais e SUS segundo tipo de estabelecimento – Espírito Santo, 2014.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AEBES	Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
CA	Conselho Administrativo
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES/ES	Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CGS	Conselhos Gestores de Unidades Estaduais de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONIC	Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil
COSEMS/ES	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAAPIES	Federação das Associações dos Aposentados, Pensionistas e Idosos no estado do Espírito Santo
FAMOPES	Federação das Associações de Moradores e dos Movimentos Populares do Espírito Santo
FEHOFES	Federação dos Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo
FETAES	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo
FINDES	Federação das Indústrias do Estado do Espírito Santo
GCMASS	Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde
HEC	Hospital Estadual Central
HEVV	Hospital Evangélico de Vila Velha
HJaSN	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves

HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IAPEMESP	Instituto Americanos de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRASC	Instituto Brasileiro Santa Catarina
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IESP/CREFES	Instituto Estadual de Saúde Pública /Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
LC	Lei complementar
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
MORHAN	Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase
MPES	Ministério Público do Estado do Espírito Santo
NOB	Normal Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGE	Procuradoria Geral do estado do Espírito Santo
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
RE	Reunião extraordinária
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
RO	Reunião Ordinária
SECONT	Secretaria de estado de Controle e Transparência
SEGER	Secretaria de estado de Gestão e Recursos Humanos
SEPAM	Secretaria de estado Extraordinária de Projetos Especiais e Articulação Metropolitana
SESA/ES	Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SIMES	Sindicato dos Médicos do Espírito Santo
SINDIENFERMEIROS	Sindicato dos Enfermeiros no estado do Espírito Santo
SINDIPÚBLICOS	Sindicato dos Servidores Públicos do estado do Espírito Santo
SINDSAÚDE	Sindicato dos Servidores da Saúde no estado do Espírito Santo
SINFES	Sindicato dos Farmacêuticos do estado do Espírito Santo
SINODONTO	Sindicato dos Odontologistas do estado do Espírito Santo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO	36
3.1	CONCEPÇÕES DE DEMOCRACIA.....	36
3.2	PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE.....	43
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO TERRITORIAL E ECONÔMICA.....	59
4.2	A SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	62
4.2.1	Organização do Sistema Estadual de Saúde	62
4.2.2	As organizações sociais no Espírito Santo.....	71
4.2.3	Etapas de um processo de contratualização de uma OS para gestão de um serviço de saúde	79
5	O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (CES/ES)	86
5.1	BREVE HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO E COMPOSIÇÃO DO CES/ES	86
5.2	O CES/ES A PARTIR DE 2004.....	92
5.3	O CES/ES NAS GESTÕES 2009-2011 e 2011-2013.....	97
5.4	47ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CES/ES E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES.....	106
5.5	CONTINUIDADE DO PROCESSO: O MINISTÉRIO PÚBLICO E A AUDITORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	111
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	116
6.1	RELAÇÕES DOS CONSELHEIROS ENTREVISTADOS COM SUAS ENTIDADES.....	116
6.2	INTERAÇÃO ENTRE OS SEGMENTOS DOS CONSELHEIROS	120
6.3	RELACIONAMENTO DO CES/ES COM A SESA/ES	125
6.4	PERCEPÇÃO SOBRE OS PAPÉIS DO CES/ES E DOS CONSELHEIROS	131
6.5	INFLUÊNCIA DO CES/ES NA ELABORAÇÃO, DEFINIÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS ESTADUAIS DE SAÚDE.....	137
6.6	PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS SOBRE O PAPEL DO CES/ES NO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL AEBES PARA GERENCIAR O HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES.....	139
6.7	RELAÇÃO DO CES/ES COM A ORGANIZAÇÃO SOCIAL AEBES.....	144

6.8	RELAÇÃO DA SESA COM A AEBES	149
6.9	POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO CES/ES E O CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2012	150
7	CONCLUSÃO	157
8	REFERÊNCIAS	165
APÊNDICE A		171
APÊNDICE B		173
APÊNDICE C		174
APÊNDICE D		176

1 INTRODUÇÃO

A participação social no Brasil se institucionaliza na esteira do processo de democratização do país (CARVALHO, 1995), em um marco histórico em que a Constituição Federal Brasileira de 1988, denominada “Constituição Cidadã”, garantiu conjuntamente com o direito à saúde, o direito da população participar da construção e controle das políticas públicas de saúde.

A lei 8.142 de 1990, que regulamentou esse direito, dispoendo sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 1º afirma que o mesmo contará com as instâncias colegiadas das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

De acordo com Carvalho (1995), os conselhos de saúde disseminaram-se no país a partir das disposições da Constituição de 1988 e, especialmente, após a legislação que os regulamentou, as Leis 8080/90 e 8142/90, tornando-se parte constitutiva e obrigatória do SUS. Ainda segundo o autor, 82% dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e 92% do conjunto dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) cadastrados foram criados legalmente a partir de 1991, não deixando nenhuma dúvida quanto ao peso exercido pela obrigatoriedade legal nesse processo. A Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde (NOB 01/91), a título de regulamentar as transferências financeiras federais aos estados e municípios exigiu, dentre o cumprimento das seis exigências previstas no artigo 4º da Lei 8142/90, a existência comprovada do conselho.

Assim, a explicação da disseminação dos conselhos, para Carvalho (1995, p. 70), encontra-se no imperativo legal, em que “a aceleração da fundação de conselhos está associada à entrada em vigência de normas federais prescritivas com relação aos conselhos”.

O ano de 1992 caracterizou-se pela intensificação das ações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) voltadas para a busca de articulação e fortalecimento das outras instâncias

de controle social (CARVALHO, 1995).

No final desse ano, o CNS expediu a Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, que estabeleceu normas e recomendações sobre o funcionamento dos CES e CMS, registrando competências além das já definidas nas leis federais e estaduais. Dentre essas competências, a resolução reforça o papel fiscalizador dos conselhos no desenvolvimento das ações e serviços de saúde, além de pautar a responsabilidade de estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS (BRASIL, 1992).

Após ampla discussão nas Conferências, Plenárias de Conselhos e Conselhos de Saúde, durante o período de maio de 2001 a novembro de 2002, o CNS revogou a Resolução nº 33 de 1992 e a substituiu pela Resolução 319/02, que após algumas correções de forma, foi substituída pela Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003 (DELGADO; ESCOREL, 2008).

A Resolução CNS 333/03, que aprova as “diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”, mostrou-se um documento de caráter normativo no que se refere à criação e atuação dos Conselhos (CNS, 2003). Essa resolução introduziu uma orientação para que os Conselhos atuassem na formulação e proposição de estratégias e no controle social da execução das políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros, o que para Delgado e Escorel (2008) “trata-se do alargamento do controle do poder político no que se refere à aplicação dos recursos financeiros, o que se traduz na coautoria dos Conselhos quanto à definição das diretrizes e prioridades da política de saúde” (p.82).

Dessa forma, a Resolução nº 333 estabelece os Conselhos de Saúde como instâncias privilegiadas não somente na discussão das políticas, como preconizado na Resolução 33/92, mas também na proposição, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da política de saúde. Define, ainda, uma extensa relação de competências dos conselhos que exigem dos conselheiros uma capacidade técnica que muitos não correspondem, e que “pode resultar na redução da dimensão política do Conselho” (DELGADO; ESCOREL, 2008).

Com todas essas atribuições, a Resolução 333/03 parece não definir de forma clara a dinâmica que deve ser priorizada no trabalho dos Conselhos: se fiscalizatória ou

participativa (DELGADO; ESCOREL, 2008, p.91). Essa trajetória de atribuições priorizadas nos Conselhos, evidenciadas nas resoluções, remete à discussão da ambiguidade do papel e da natureza dos Conselhos de Saúde, conforme analisado por Carvalho (1997):

Embora com identidade e atribuições legais formalmente definidas, os Conselhos, na verdade, iniciaram e ainda hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambiguidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências das políticas de onde se originaram. Pertencem ao governo ou a sociedade? Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento? (p. 97)

A Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) acrescentou em suas diretrizes, como competência dos conselhos de saúde, acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde. Diante de tantas atribuições, é válido questionar até que ponto os conselhos têm conseguido incorporá-las no seu processo decisório, superando o papel fiscalizador e a exigência cada vez maior de capacidade técnica.

Labra (2009), ao estudar a trajetória e os dilemas da participação na saúde, defende que pôr em funcionamento os Conselhos de Saúde tem sido um difícil aprendizado para todos os envolvidos. Para a autora, não poderia ser de outra forma, dado que

[...] o processo de produção de políticas públicas é inerentemente complexo, demorado, sinuoso, conflituoso e incerto quanto aos resultados. Além disso, os tempos - social, político, técnico e administrativo - envolvidos na tomada de decisões são distintos, tanto quanto são diferentes e assíncronas as cognições, percepções, expectativas e vontades dos atores (LABRA, 2009, p. 184).

Em suma, dada a complexidade do processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, apreendê-lo em toda a sua extensão apresenta dificuldades raramente percebidas (LABRA, 2009). Nessa perspectiva, vários autores têm apontado limitações e entraves que dificultam a atuação efetiva dos conselhos na definição e acompanhamento das políticas de saúde (GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2009; ESCOREL; MOREIRA, 2009; MOREIRA, 2009).

Para Escorel e Moreira (2009), a baixa efetividade deliberativa dos Conselhos e o predomínio do caráter fiscalizador, sobrepujando a pedagogia cidadã da participação, são algumas das principais características que dificultam, ou até mesmo impedem, a constituição dessas instâncias como espaços de democracia deliberativa.

Moreira (2009, p.19) observa que

[...] há um diagnóstico compartilhado entre estudiosos, conselheiros, gestores e movimento social de que a maioria dos Conselhos Municipais de Saúde tem exercido pouca influência sobre o processo decisório das políticas municipais de saúde.

Stotz (2006), ao analisar os limites e desafios do controle social, corrobora que, na prática, a ênfase das atribuições dos conselhos de saúde no SUS deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde.

Ainda, Labra (2007), examinando os aspectos mais problemáticos revelados nas pesquisas sobre os conselhos de saúde, apresenta que são raros os debates de temas substantivos. A maior parte do tempo de cada reunião mensal é gasta na discussão de assuntos internos, o que leva a autora a concluir que os conselheiros não têm papel relevante na discussão de importantes peças da gestão, por exemplo, convertendo-se a aprovação em mero ritual.

A ausência de relevância do papel dos conselheiros apontada por Labra (2007) foi ratificada pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES) quando este solicitou a suspensão do contrato de gestão firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) e a organização social Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gerenciar hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves. Em setembro de 2012¹, o MPES anunciou publicamente em seu site que “a tomada de decisão quanto à privatização do novo hospital também desconsiderou a autoridade e legitimidade do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, que não foi procurado para deliberar sobre a questão”.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, as deliberações contidas nos relatórios finais manifestam-se pelo fortalecimento e expansão do setor público com a participação do setor privado “sob o caráter de serviço público 'concedido' e o contrato regido sobre normas do direito público” (MS, 1986, p. 382).

¹ O último acesso ao texto intitulado “ACP quer impedir privatização do novo hospital da Serra”, disponível no link <http://www.mpes.gov.br/conteudo/interna/noticia.asp?cod_noticia_evento=3054&tipo=1_>, ocorreu em setembro de 2013. Com a mudança no site do MP, não é mais possível acessar o diretório. No entanto, essa declaração também foi concedida a um jornal de abrangência estadual, pela promotora que ajuizou a ação civil pública (ACP), em setembro de 2012, e pode ser conferido em: <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2012/09/noticias/cidades/1359976-ministerio-publico-do-espírito-santo-quer-impedir-governo-de-privatizar-gestao-do-dorio-silva.html>.

Na 13ª Conferência, em 2007, ocorreu o principal debate sobre a relação público/privado. No relatório final constam duas diretrizes com o objetivo de fortalecer a gestão e a rede pública de saúde, rejeitando a adoção de modelos de gerenciamento e a privatização do SUS, contrárias à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OS).

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011, a plenária aprovou, em sua Diretriz 5 (Gestão Pública para a Saúde Pública), propostas rejeitando a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais:

Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OS), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.923/98², de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão (BRASIL, CNS, 2011, p. 36).

Visto que o Conselho Nacional de Saúde tem se posicionado veementemente contra a terceirização e privatização dos serviços de saúde, é válido questionar também como o CES/ES tem se posicionado nas contratações de organizações sociais: Qual tem sido a atuação do CES/ES frente às políticas da SESA/ES de contratualização das OS para gerenciar os hospitais públicos do ES? O debate e a comparação entre várias soluções têm chegado ao ambiente do CES/ES?

Diante das análises que indicam a restrição do papel do conselho à fiscalização e sua pouca influência no processo decisório, a proposta desse projeto de pesquisa é estudar e compreender a atuação do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo no desenvolvimento de parcerias³ de gestão que o poder executivo (representado pela Secretaria Estadual de Saúde) tem firmado com as organizações sociais.

A proposta desse projeto surgiu da participação da pesquisadora no Conselho Municipal de Saúde de Vitória, e do acompanhamento das reuniões do Conselho Estadual

² Segundo o glossário jurídico do Supremo Tribunal Federal, ADI é uma “ação que tem por finalidade declarar que uma lei ou parte dela é inconstitucional, ou seja, contraria a Constituição Federal”. A ADI nº 1.923/98, é uma ação que declara que a Lei 9.637 de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organização social, é inconstitucional. A discussão sobre esta ADI e seu julgamento serão retomadas no Capítulo 5.

³ Nesse estudo, o termo parceria é usado de forma genérica para indicar todas as formas de relação formal de órgãos e instituições estatais com instituições privadas de interesse público, devidamente qualificadas na forma da lei e contratadas para produzir bens e serviços públicos de saúde.

de Saúde do Espírito Santo. Nessas reuniões, eram cada vez mais comuns seus questionamentos do papel, das possibilidades de atuação e responsabilidades de um conselheiro no processo de contratação das organizações sociais quando as discussões se referiam à transferência, para as OS, da gestão e execução de atividades e serviços de saúde.

Verificava-se frequentemente, no CES/ES, situações de aparente despreparo na análise e deliberação de pautas, embora se observasse que alguns conselheiros discerniam claramente suas responsabilidades e as consequências das decisões da instância colegiada nas condições de atenção à saúde da população. Notou-se a aprovação de convênios social e financeiramente relevantes sem questionamentos e aprovação de relatórios de gestão das entidades conveniadas apenas com fotografias como instrumentos de prestação de contas, sem menção a qualquer balanço financeiro.

Assim, na tentativa de levantar e esclarecer essas inquietações, foi realizado um estudo para compreender as possibilidades de atuação do conselho e conselheiros, como também para analisar o papel que o CES/ES tem exercido no processo de contratação e acompanhamento de parcerias do governo estadual com organizações sociais.

Por sua relevância social e financeira para o Espírito Santo, elegeu-se para estudo o contrato de gestão nº 001/2012, firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo e a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Assim, a pesquisa tem por objetivo geral analisar o posicionamento dos conselheiros sobre o papel desempenhado pelo CES/ES durante os anos de 2009 a 2014, no processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão entre a SESA/ES e a organização social AEBES para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

O estudo de caso no Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo pretende contribuir para o conhecimento sobre o papel dos conselhos de saúde em processos de transferência das responsabilidades do Estado para entidades privadas sem fins lucrativos. Ainda, justifica-se o projeto também pela importância de mais estudos que retratem as particularidades dos Conselhos Estaduais de Saúde, suas regras, possibilidades e limites de sua influência sobre o sistema de saúde. Além disso, é escassa a bibliografia sobre a participação social em saúde no Espírito Santo.

No que diz respeito à organização do trabalho, a dissertação encontra-se estruturada em sete capítulos, incluindo esta introdução e a conclusão. O capítulo 2 - Procedimentos Metodológicos - aborda os percursos metodológicos adotados no desenvolvimento da pesquisa, desde a escolha dos objetivos até o processo de análise das entrevistas, incluindo os limites encontrados no desenvolvimento do trabalho.

O capítulo 3 - Referencial Teórico, dividido em duas seções, apresenta: em 3.1 Concepções de democracia, uma revisão sobre o tema democracia e sua vinculação com a participação dos indivíduos nas tomadas de decisões; e em 3.2 Participação Social e Conselhos de Saúde, conceitos relacionados à participação social e às instâncias participativas conselhos de saúde, que permitem analisar os resultados encontrados.

O capítulo 4 – Contextualização do estado do Espírito Santo - visa apresentar brevemente o contexto do estado sobre o qual foi realizado a pesquisa, além de fornecer indícios, por meio de um resgate de algumas características históricas e econômicas, que permitam compreender a atual conformação da atenção à saúde do Espírito Santo. Nesse capítulo, são apresentados os dados de leitos hospitalares no estado, a fim de compreender o déficit de leitos relatado pela gestão estadual, além de permitir a visualização do significativo investimento público do estado do Espírito Santo na aquisição de leitos hospitalares dos setores filantrópicos e privado lucrativo.

No final, são apresentadas as gestões realizadas por organizações sociais neste estado, introduzindo-se a participação do CES/ES nas decisões pela adoção desse modelo de gestão, e os motivos, segundo a visão de dois gestores entrevistados, que levaram a SESA a estabelecer parcerias com as organizações sociais.

O capítulo 5 – O Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo – é dedicado à apresentação do histórico e composição deste colegiado, e à exposição do processo de implantação do modelo de gestão por uma organização social para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, introduzindo a atuação do CES/ES no processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão entre a SESA/ES e a organização social AEBES para gerenciar o HJaSN.

Por fim, o capítulo 6 – Resultados e Discussão – apresenta os resultados e discussão da pesquisa sobre a atuação do CES/ES nesse processo. Este capítulo está organizado em torno de nove tópicos: Relações dos conselheiros entrevistados com a entidade

representada; interação entre os segmentos dos conselheiros; relacionamento do CES/ES com a SESA/ES; percepção sobre os papéis do CES/ES e dos conselheiros; influência do CES/ES na elaboração, definição e acompanhamento das políticas estaduais de saúde; percepção dos conselheiros sobre o papel do CES/ES no processo de contratação da organização social AEBES para gerenciar o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves; relação do CES/ES com a organização social AEBES; relação da SESA com a AEBES; e possibilidades de atuação do conselho durante o processo de contratação de uma OS para gerenciar um hospital público.

Finalmente, nas conclusões, são retomados os principais aspectos discutidos nesse trabalho, destacando-se os desafios e dilemas dessa instância participativa. Em particular, destacou-se a atuação do CES/ES no processo de decisão, contratação e acompanhamento da AEBES para gerenciar o HJaSN frente às possibilidades de participação dessa instância nesses contratos de gestão com organizações sociais e às relações estabelecidas a partir desse contrato de gestão: um novo desafio para os conselhos de saúde do Espírito Santo.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Objetivo geral

Analisar o posicionamento dos conselheiros sobre o papel desempenhado pelo CES/ES durante os anos de 2009 a 2014, no processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão entre a SESA/ES e a organização social Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Objetivos específicos

- 1 Analisar o contrato de gestão estabelecido entre a SESA/ES e a organização social AEBES, verificando os momentos do processo em que o CES poderia atuar;
- 2 Analisar o papel desempenhado pelo CES/ES no processo de assinatura e desenvolvimento de parceria estabelecida entre a SESA/ES e a organização social AEBES;
- 3 Compreender as percepções e posicionamentos dos conselheiros sobre a atuação do CES/ES nesse processo.

Recorte temporal e percurso metodológico

O recorte temporal engloba as gestões do CES/ES nos biênios 2009-2011 e 2011-2013, períodos considerados fundamentais na compreensão deste processo, já que envolvem as etapas de construção do hospital, a decisão do modelo de gestão a ser adotado, o lançamento do edital para contratação de uma organização social, a seleção da entidade, a pactuação de metas do contrato de gestão e a fiscalização do CES/ES. O período analisado é posterior à aprovação da Lei Estadual Complementar nº 489 de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no estado do Espírito Santo, importante marco legal da relação público/privado no estado.

O estudo do objeto foi realizado por meio de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, utilizando-se o método de estudo de caso.

Trata-se de uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010, p. 38).

Minayo (2012) ressalta que os instrumentos utilizados nesse tipo de abordagem são dados secundários visando à contextualização do problema, documentos escritos e material primário recolhido em campo, por meio de entrevistas, grupos focais e observação.

No alcance dos objetivos geral e específicos organizou-se o seguinte percurso metodológico:

1. Pesquisa Documental

Foram examinados os acervos do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e do Diário Oficial estadual, analisando-se documentos tais como Leis estaduais que dispusessem sobre o CES/ES, (re)definindo suas composições e competências, regimentos internos, portarias, convocações e atas das reuniões do CES/ES durante o período de estudo, resoluções aprovadas, informações como composições do pleno e formação e atuação de comissões permanentes e temporárias. A pesquisa documental visou conhecer a organização e as atribuições legais do CES/ES, além das atividades desenvolvidas ao longo do período estudado. Essas informações auxiliaram tanto na construção do roteiro das entrevistas, quanto em suas análises.

Um terço das atas não foram encontradas (20 das 68 reuniões ordinárias e extraordinárias convocadas no período estudado). Embora fossem localizadas as respectivas convocações, e ainda mais, as resoluções publicadas, as atas não foram encontradas nem no acervo físico nem no virtual da instituição, e tampouco foram publicadas no Diário Oficial do estado do Espírito Santo. Segundo a equipe administrativa do CES/ES, alguns documentos foram extraviados após uma troca conturbada de secretaria executiva, ocorrida em fevereiro de 2013⁴.

Apesar das atas serem relevantes fontes documentais, elas não proporcionam a totalidade das discussões, tampouco a diversidade das posições apresentadas. As atas elaboradas pelo CES/ES expressam bem essa afirmação, uma vez que as informações se

⁴ Segundo a equipe administrativa do CES/ES, a responsabilidade de elaborar as atas das reuniões, além de guardá-las juntamente com outros documentos do conselho era do secretário executivo, que as armazenava em um HD externo. Com o seu afastamento das atividades do conselho e, posteriormente, pane nos computadores do conselho, os arquivos foram perdidos.

encontram muito resumidas, por vezes omitindo fatos importantes para a compreensão do processo de discussão. A ausência de atas é mais evidente na primeira gestão do estudo (2009-2011), enquanto que as atas "enxutas" são mais frequentes na segunda gestão (2011-2013).

O quadro 1 apresenta, por ano, o número de convocações de reuniões ordinárias e extraordinárias e as respectivas atas publicadas.

Não foram encontradas as atas no ano de 2009, embora tenham sido localizadas as respectivas convocações das reuniões. Constatou-se a ausência de atas desde a 81ª RO (27/03/2008) até a 103ª reunião ordinária (25/03/2010).

Quadro 1: Convocações de reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2009-2014

ANO	Reuniões Ordinárias		Reuniões Extraordinárias		TOTAL	
	Convocações	ATAS	Convocações	ATAS	Convocações	ATAS
2009*	3	0	0	0	3	0
2010	11	11	1	0	12	11
2011	10	7	7	5	17	12
2012	11	9	6	3	17	12
2013	11	7	4	2	15	9
2014*	3	3	2	2	5	5
TOTAL	49	38	20	11	69	49

Fonte: Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2014.

Observou-se, ainda, convocações de reuniões com importantes pontos, que geram embates e discussões no CES/ES, cujas atas não foram elaboradas, aprovadas ou divulgadas.

São exemplos dessas reuniões e seus respectivos pontos de pauta: 37ª RE (09/12/10): Apresentação dos Contratos da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e seus respectivos fiscais; 43ª RE(25/08/2011): Apresentação de ações e serviços oferecidos por dois Hospitais Contratualizados - Santa Casa de Misericórdia de Vitória e Hospital Estadual Central; 43ª RE(08/12/2011): Apresentação do Plano Plurianual da Secretaria de

Estado da Saúde - PPA, referente ao quadriênio 2012/2015 e apresentação da Proposta Orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, para o ano de 2012; 47ª RE (06/09/2012): Apresentação do Projeto de Ativação e Gestão do Hospital Doutor Jayme Santos Neves; 48ª RE (02/10/2012): 1. Apresentação do Plano Estadual de Saúde - 2012/2015. 2. Apresentação da Proposta Orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, para o ano de 2013; e 132º RO (29/11/2012) Apresentação do Plano Estadual de Saúde - 2012/2015.

Embora as atas não tenham sido localizadas, algumas dessas reuniões originaram resoluções, indicando que a reunião ocorreu. Por exemplo, a 43ª RE, cuja ata não foi encontrada, gerou a resolução nº 731/2011, que aprova o Plano Plurianual da Secretaria de Estado da Saúde- PPA e a proposta orçamentária da SESA para o ano de 2012. Ainda, a 132ª RO deu origem a 9 resoluções, entre as quais a Resolução nº 784/2012, que aprovou o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Esse fato foi verificado em outras 8 reuniões, que não têm atas, mas originaram resoluções.

Diante do exposto, pode-se concluir que algumas das reuniões cujas atas não foram encontradas ocorreram de fato, já que há resoluções aprovadas nessas reuniões. No entanto, não se pode afirmar o mesmo em relação a todas as reuniões, já que algumas sequer produziram resoluções nem há gravações disponíveis. As 37ª e 47ª Reuniões Extraordinárias, por sua vez, não aprovaram resoluções, mas suas gravações constam do acervo do CES/ES.

Entre 2009 e 2011 o conselho utilizou o procedimento do *ad-referendum* para “driblar” reuniões que não alcançavam quórum, deliberando e emitindo resoluções *ad-referendum*. Na reunião seguinte, as resoluções retornavam para apreciação do pleno, os pontos da pauta eram deliberados e as resoluções não eram aprovadas.

No período de estudo, foram homologadas um total de 216 resoluções (quadro 2).

Quadro 2: Resoluções homologadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2009-2014

ANO	RESOLUÇÕES
2009	13
2010	60
2011	46
2012	55
2013	20
2014	22
TOTAL	216

Fonte: Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2014

2. Observação participante

Concomitantemente ao processo de pesquisa de documentos, realizou-se a observação individual participante em algumas reuniões do CES/ES com a utilização de roteiro que aborda tópicos tais como dinâmica de funcionamento das reuniões, conteúdo das discussões e articulação entre os segmentos, a fim de captar situações e informações que não são transcritas em documentos oficiais, bem como ter contato mais direto com os conselheiros.

3. Entrevistas com conselheiros e informantes-chave

Foram realizadas 25 entrevistas utilizando um roteiro (Apêndice A) que aborda aspectos sobre a trajetória do conselheiro, representação, papel dos conselheiros e do conselho de saúde nas políticas de saúde, dinâmica de funcionamento e relacionamentos - alianças e antagonismos - existentes no conselho, papel do conselho no processo de contratação da gestão e posicionamento sobre a gestão por contratos com organizações sociais.

Foram estabelecidos critérios de seleção dos conselheiros a serem entrevistados. O primeiro deles foi a participação na gestão do biênio 2011/2013 do CES/ES, no entendimento de que somente os conselheiros participantes do período em que se discutiu o processo estudado teriam informações suficientes. No primeiro biênio (2009 - 2011) não ocorreu, segundo documentos oficiais, qualquer discussão relacionada ao processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Apenas em 6 de setembro de 2012, na 47ª Reunião Extraordinária do CES/ES, foi registrado em convocação e gravação, pela primeira vez, o debate a respeito daquele hospital.

Um segundo critério de seleção foi ter participação na 47ª Reunião Extraordinária, convocada pelo secretário de saúde, quando foi apresentado o Projeto de Ativação e Gestão do Hospital Doutor Jayme Santos Neves. Por fim, o terceiro critério definido, o da paridade, buscou dar voz a todas as representações, a fim de evitar a sobrerrepresentação de algum segmento ou entidade nas entrevistas.

Os conselheiros selecionados, em sua maioria, estiveram presentes na 47ª RE, com exceção de 3 conselheiros que participavam da gestão do biênio 2011/2013 do CES/ES.

Com base nos critérios estabelecidos, foram escolhidos 24 conselheiros, representantes de distintas entidades, para participar das entrevistas. Ainda, 3 informantes-chave de outras instituições foram selecionados por terem acompanhado esse processo sob outra perspectiva, como atores externos ao CES/ES.

Os conselheiros foram contatados por meio de um e-mail padrão com informações sobre os objetivos da pesquisa, apresentação da pesquisadora responsável, a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP) e no CES/ES; e também por telefone, quando foram convidados a participar da pesquisa e as entrevistas foram agendadas. Em geral, os entrevistados foram receptivos e se mostraram interessados em contribuir com a pesquisa. Entretanto, ocorreram dificuldades em relação à disponibilidade de agenda, principalmente com os representantes do segmento dos usuários. Alguns destes estavam envolvidos em campanhas eleitorais e outros alegaram impedimento por motivos de trabalho ou pessoais.

Em apenas duas situações não conseguimos entrevistar a pessoa selecionada: um conselheiro faltou à entrevista após várias tentativas não exitosas de marcação, e não atendeu mais aos telefonemas, obrigando a sua substituição por outro da mesma representação; e outro conselheiro selecionado, uma hora e meia após marcar a entrevista, retornou a ligação desmarcando, alegando não querer mais participar da pesquisa. Nesse momento, afirmou ter saído do conselho por não acreditar mais nesse espaço já que, após 30 anos de luta pela saúde pública e uma vida de dedicação ao Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, não via mudanças e nem perspectivas de melhoras.

O projeto previa inicialmente entrevistar um total de 24 conselheiros, o que representa uma pessoa de cada entidade com assento no conselho, e três informantes-chave, totalizando vinte e sete entrevistas. A pesquisa documental e a análise das atas do

período permitiram identificar que três entidades não ocuparam suas cadeiras neste período, sendo 2 do segmento dos usuários (CONIC e Fórum das ONG Ambientais do ES) e uma do segmento dos gestores (COSEMS-ES).

Assim, restaram 21 entidades cujos representantes foram selecionados para participar. Contudo, a entidade representante dos trabalhadores médicos (SIMES) não foi entrevistada, por impossibilidades de entrevistar os 2 conselheiros que se encaixaram nos critérios: um optou por não participar por estar desligado da entidade e o outro indicou dificuldades em compatibilizar a entrevista com sua agenda de trabalho.

Nestas circunstâncias, a pesquisa de campo envolveu a realização de vinte e cinco entrevistas semiestruturadas, realizadas entre agosto e outubro de 2014.⁵

A maioria das entrevistas foi realizada nos respectivos locais de trabalho dos conselheiros, conforme proposição dos mesmos. Apenas dois encontros aconteceram em locais públicos; duas entrevistas foram feitas na sede de conselhos municipais de saúde e uma entrevista foi realizada na SESA/ES, numa sala ao lado do CES/ES. Todas as entrevistas foram realizadas nos municípios integrantes da região metropolitana de Vitória (Cariacica, Vila Velha, Vitória e Serra), já que os entrevistados residem e trabalham nesses municípios. No período de estudo não havia no CES/ES representantes de municípios do interior do estado do Espírito Santo.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), em acordo com o compromisso assumido pela pesquisadora de obedecer às recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS, e deram autorização para gravação das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas por meio do aplicativo gratuito *Smart Voice Recorder*. Ainda, utilizou-se um caderno de campo para anotar observações sobre as falas dos entrevistados, alguns aspectos relevantes para a pesquisa, além de situações registradas durante a pesquisa de campo. Por fim, as entrevistas foram transcritas com o apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, para a análise posterior.

⁵ Para desenvolver a pesquisa de campo foram necessárias três viagens para Vitória, capital do Espírito Santo. A primeira viagem à Vitória teve apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, por meio de recursos do PROAP (Programa de Apoio à Pós-Graduação). As demais foram custeadas pela pesquisadora.

Para obedecer ao critério de paridade, foram analisados os depoimentos de 20 conselheiros (10 representantes dos usuários; 5 representantes dos trabalhadores da saúde; e 5 representantes da gestão e prestadores de serviço) e de três informantes-chave. Duas entrevistas realizadas com um segundo nome de duas entidades já representadas foram descartadas a fim de não propiciar uma sobre-representação.

Perfil dos conselheiros entrevistados

Entre os 20 conselheiros selecionados, 11 (55%) eram do sexo masculino, proporção que não corresponde à realidade da composição do conselho, majoritariamente composto por homens. Na gestão 2009/2011, 26 das 39⁶ cadeiras (67%) foram ocupadas por homens e na gestão seguinte essa proporção foi de 65% (26 das 40 vagas preenchidas). O gênero não foi um dos critérios estabelecidos para a seleção dos entrevistados.

Quadro 3: Perfil dos conselheiros entrevistados do CES/ES, 2014

Características	N
Sexo	
Feminino	9
Masculino	11
Faixa Etária	
30-34 anos	1
35-39 anos	1
40-44 anos	1
45-49 anos	2
50-54 anos	5
55-59 anos	4
60-64 anos	6
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	1
Ensino Médio Completo	5
Ensino Superior	10
Especialização	4

⁶ O CES/ES é composto, legalmente, por 48 conselheiros, sendo 24 titulares e seus respectivos suplentes. No entanto, nem todas as entidades indicaram representantes nas duas gestões estudadas.

Quanto à faixa etária dos entrevistados, a maior parte concentrou-se na faixa com 50 e mais anos (75%). E no que diz respeito à escolaridade, 14 dos 20 conselheiros entrevistados (70%) tinham ensino superior completo, sendo 4 desses (20%) com nível de especialização, o que indica um elevado nível de escolaridade. Por outro lado, entre os entrevistados verificou-se a presença de um conselheiro com escolaridade de ensino fundamental incompleto.

Análise das entrevistas

Para embasar a análise das entrevistas, elaborou-se um quadro (Apêndice B) com tópicos importantes para a compreensão do objeto de estudo e para o cumprimento dos objetivos geral e específicos: 1) Papel do CES/ES no contrato de gestão; 2) Relação do CES/ES com a SESA/ES; 3) Relação do Conselho com a organização social AEBES; e 4) Relação da SESA/ES com a organização social AEBES.

A análise dos depoimentos foi iniciada com a leitura das transcrições, e seu agrupamento em quadros, de acordo com os quatro tópicos de análise, a fim de facilitar o processo de compreensão e identificação das categorias.

Posteriormente, os resultados foram reorganizados nos seguintes tópicos de análise: (1) relações dos conselheiros entrevistados com a entidade representada; (2) interação entre os segmentos dos conselheiros; (3) relacionamento do CES/ES com a SESA/ES; (4) percepção sobre os papéis do CES/ES e dos conselheiros; (5) influência do CES/ES na elaboração, definição e acompanhamento das políticas estaduais de saúde; (6) percepção dos conselheiros sobre o papel do CES/ES no processo de contratação da organização social AEBES para gerenciar o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves; (7) possibilidades de atuação do conselho; (8) relação do CES/ES com a organização social AEBES e (9) relação da SESA com a AEBES. Os achados foram analisados considerando os segmentos representados pelas entrevistas e com base no referencial teórico adotado.

No alcance dos objetivos específicos, analisou-se a Minuta do contrato de gestão nº 001/2012, celebrado pelo estado do Espírito Santo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense, a fim de compreender o contrato de gestão estabelecido entre as partes e os momentos desse processo em que o conselho poderia atuar.

Ainda, por meio das entrevistas realizadas e de documentos oficiais, como a portaria nº 261-S, de 20/09/2012, que instituiu no âmbito da SESA/ES uma Comissão para análise e seleção de uma OS para gerenciar o HJaSN, verificou-se em quais etapas desse processo o CES/ES participou e o papel desempenhado. Esses achados foram apresentados nos tópicos (6) percepção dos conselheiros sobre o papel do CES/ES no processo de contratação da organização social AEBES para gerenciar o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves, e (7) possibilidades de atuação do conselho.

Limites encontrados pela pesquisa

É importante registrar os limites metodológicos do trabalho. O primeiro limite encontrado pela pesquisa foi a ausência de inúmeras atas, o que impossibilitou conhecer diversas discussões travadas. Mas, conforme explicado anteriormente, acredita-se que apesar de importantes fontes documentais, as atas não expressam o conjunto do debate e, portanto, isso não comprometeu o desenvolvimento da pesquisa.

Uma segunda limitação da pesquisa foi não ter tido acesso ao contrato de gestão assinado entre SESA/ES e a organização social AEBES. Embora o primeiro objetivo específico fosse o de 'analisar o contrato de gestão estabelecido entre as partes, verificando os momentos do processo em que o CES poderia atuar', essa análise foi realizada com base na Minuta do Contrato de Gestão, que é lançado junto ao edital de convocação pública, e é de domínio público e facilmente encontrado.

Somente uma análise do Contrato de Gestão poderia precisar se foram feitas mudanças em relação à minuta, mas para fins do cumprimento do objetivo específico, as possibilidades de atuação do CES/ES consideraram que tanto a minuta quanto o contrato propriamente dito devem se enquadrar nas leis Federal (Lei 9.637 de 15 de maio de 1998) e Estadual (Lei Complementar nº489, de 21 de julho de 2009) que dispõem sobre a qualificação de organizações sociais e estabelecimento de parcerias, que foram analisadas neste estudo.

Outro limite encontrado pela pesquisa foi a não realização da entrevista com o conselheiro representante da entidade do Sindicato dos Médicos do Espírito Santo, por incompatibilidade de agenda. Entretanto, o posicionamento do SIMES/ES é publicamente conhecido e será apresentado ao longo do trabalho.

Por fim, um importante limite é a veracidade e fidedignidade das informações fornecidas pelos entrevistados. Como a dissertação se apoia em pesquisa documental, observação participante e entrevistas, há um relevante peso nas informações advindas deste último. Como não é possível ter controle sobre essas informações, buscou-se minimizar essa limitação com o apoio das outras fontes utilizadas pela pesquisa.

Questões éticas

Para a realização da pesquisa, solicitou-se autorização do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, concedida através do Ofício OF/SESA/CES/SE/Nº. 029/13 pela Mesa Diretora em sua 140ª reunião, realizada em 12 de março de 2014 (Apêndice D).

Ainda, esta pesquisa obedece às recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, CNS, 2012) e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP) sob o parecer 635.548 de 25/04/2014.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Duas questões são preliminares ao estudo dessas instituições. A primeira é saber em que termos examinar processos de democratização no interior dos conselhos. A segunda é decidir as formas de tradução desses termos em instrumentos de análise (COSTA, 2011, p.91).

Este capítulo de referencial teórico está organizado em dois tópicos: 3.1 Concepções de Democracia; e 3.2 Participação Social e Conselhos de Saúde.

A revisão da literatura buscou compreender algumas concepções e tipos de democracia, na tentativa de alcançar “em que termos” examinar os processos de democratização na instância estudada (CES/ES). Ainda, buscou-se entender as relações existentes entre democracia e participação. No segundo tópico, conceitua-se a participação social, contextualizando-a na instância participativa do conselho de saúde. São elencados alguns conceitos relacionados à participação social e o papel idealizado para essa instância, além do desafio da democratização das políticas de saúde.

3.1 CONCEPÇÕES DE DEMOCRACIA

O conceito de democracia não é um conceito pacífico e por isso incita calorosos debates nas áreas da política, sociologia ou filosofia. Ugarte traduz algumas interrogações recorrentes nas reflexões teóricas sobre a democracia, quando questiona

O que é democracia? Qual é a verdadeira democracia? Como deve limitar-se a fronteira que, à luz do ideal democrático, permite incluir na categoria um regime histórico determinado e excluir outros? Qual é a relação que existe entre o substantivo e seus adjetivos? (UGARTE, 2004, p. 93).

E conclui que, apesar de nem sempre se reparar nisso, essas "são questões que condicionam a transcendência das análises empíricas" (UGARTE, 2004, p. 94).

Sendo a democracia o regime político mais adotado e valorizado no mundo ocidental, com poucas exceções, hoje não se encontram posicionamentos abertamente contra a democracia. Pelo contrário, as manifestações hoje dizem respeito à radicalização e aprofundamento da democracia, em que “a disputa ideológica tem como objeto a oposição entre diferentes conceitos de democracia” (COUTINHO, 2006, p. 26).

Diante da concepção de democracia vigente numa sociedade, da concepção de democracia adotada num estudo e suas conseqüentes reflexões teóricas, e mais, dos inúmeros adjetivos atribuídos ao substantivo “democracia” (direta, representativa, participativa, deliberativa, formal, substantiva, entre outras) concordamos com a ponderação de UGARTE (2004) ao defender que esses são aspectos que condicionam o limite ou a transcendência das análises empíricas. Por conseguinte, "quando nos dispomos hoje a examinar uma situação concreta para avaliá-la como democrática ou não, temos de saber previamente qual conceito de democracia estamos utilizando" (COUTINHO, 2006, p. 27). Justifica-se, assim, a opção por rever, brevemente, algumas teorias de democracia.

Stotz (2014) relembra que, historicamente, duas correntes disputam a compreensão e a orientação da política como uma esfera relativamente autônoma à sociedade no sistema capitalista: a liberal ou burguesa e a socialista. Cada qual, com suas próprias vertentes, tem concepções distintas de democracia, sendo o eixo central da corrente liberal a democracia como um fim em si, enquanto para a socialista é um meio.

Dentre as teorias da democracia, optou-se por rever os seguintes modelos tais como apresentados por Chauí (2005): elitista de Schumpeter, democracia participativa de McPherson, democracia pluralista de Robert Dahl e o modelo de democracia deliberativa como exposto por Joshua Cohen, abordando suas principais características e limitações. Ainda, na perspectiva socialista, a democracia será tratada segundo Gramsci e a introdução de alguns de seus conceitos na teoria democrática.

O modelo formulado por Schumpeter apresenta a democracia como um mecanismo para escolher e autorizar governos, a partir da existência de grupos que competem pela governança, associados a partidos políticos e escolhidos pelo voto. Para este autor, a política é uma questão de elites dirigentes, e a função dos votantes não é a de resolver problemas políticos, mas a de escolher homens que decidirão quais são os problemas políticos e como resolvê-los (CHAUI, 2005).

Ainda, este modelo pressupõe que a democracia é um sistema que mantém o equilíbrio entre as demandas dos cidadãos e as ofertas do Estado, em que o regime é democrático cada vez que o Estado responde satisfatoriamente às demandas da cidadania.

Para Chauí (2005), neste modelo, define-se o cidadão como consumidor, e o Estado como distribuidor, enquanto a democracia se confunde com um mecanismo de mercado,

cujo motor é a concorrência dos partidos segundo o modelo da concorrência empresarial.

McPherson (1978 apud CHAUI, 2005) aponta, ainda, que o modelo schumpeteriano funciona como estímulo à apatia política dos cidadãos, reforçada pelas desigualdades econômicas e sociais, e dessa forma como suporte do modelo que mantém a "funcionalidade do sistema".

Contra-pondo-se ao modelo de Schumpeter, McPherson propõe o modelo da "democracia participativa", que possui como condições sociais da democracia a

a) Mudança da consciência popular, que passa a ver-se não mais como consumidora, mas como agente e executor que desfruta de suas próprias decisões. Trata-se do sentimento de comunidade; b) grande diminuição da atual desigualdade social e econômica, na medida em que a desigualdade é o motor da coesão da ordem capitalista, pois impede a participação político-partidária e é sustentáculo da ordem vigente; [...] d) Enfatizar o peso do ônus social trazido pelo crescimento do capitalismo financeiro para satisfazer necessidades aumentadas pela desigualdade, a consciência dos prejuízos causados pela apatia política (CHAUI, 2005, p. 146).

O modelo McPhersoniano enfatiza os movimentos sociais e, portanto, apoia-se na ampliação do espaço político pela sociedade civil (CHAUI, 2005). Entretanto, Duriguetto (2007) expõe que nesse modelo existe explicitamente a ausência de uma análise da sociedade civil como permeada pelo conflito de classes. Essa ausência, para a autora, faz com que os crescentes processos de participação nos canais institucionais convertam-se na renúncia da superação do sistema capitalista (DURIGUETTO, 2007).

Partindo do pressuposto de que uma característica-chave da democracia é a contínua ação responsiva do governo às preferências de seus cidadãos, considerados como politicamente iguais, em seu livro "Poliarquia: participação e oposição", Robert Dahl (1997) reserva o termo "democracia" para um sistema político que tenha, como uma de suas características, a qualidade de ser inteiramente, ou quase inteiramente, responsivo a todos os seus cidadãos.

Define Dahl, em "Sobre a Democracia" (2001), critérios de um processo democrático, ou melhor, condições necessárias para a caracterização da democracia, admitindo como um princípio elementar que 'todos os cidadãos são considerados politicamente iguais', e assim, deverão ser tratados (sob a Constituição) como se estivessem igualmente qualificados para participar do processo de tomar decisões sobre as políticas.

Um conjunto de cinco critérios capazes de satisfazer a exigência de que todos os membros estejam igualmente capacitados a participar nas decisões sobre a política são identificados por Dahl (2001): (1) participação efetiva: todos os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas para fazerem os outros membros conhecerem suas opiniões; (2) igualdade de voto: todos os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas de voto e todos os votos devem ser contados como iguais; (3) entendimento esclarecido: cada membro deve ter oportunidades iguais e efetivas de aprender sobre as políticas alternativas importantes e suas prováveis consequências; (4) controle do programa de planejamento: os membros devem ter a oportunidade exclusiva para decidir como e, se preferirem, quais questões devem ser colocadas no planejamento; (5) todos ou, de qualquer maneira, a maioria dos adultos residentes permanentes deveria ter o pleno direito de cidadãos.

Assim, para Dahl (2001), a democracia proporciona oportunidades para a participação efetiva, a igualdade de voto, a aquisição de entendimento esclarecido, o exercício do controle definitivo do planejamento e a inclusão dos adultos.

O princípio da igualdade política pressupõe que os membros estejam todos igualmente qualificados para participar das decisões, *desde que* tenham iguais oportunidades de aprender sobre as questões da associação pela investigação, pela discussão e pela deliberação (DAHL, 2001, p. 51, grifos do autor).

Entretanto, sempre e quando qualquer dessas exigências for violada, os membros não serão politicamente iguais.

A limitação da concepção de Dahl é clara quando o próprio autor afirma que “nenhum Estado jamais possuiu um governo que estivesse plenamente de acordo com os critérios de um processo democrático” (DAHL, 2001, p.53). E mais, quando reafirma não ser realista a satisfação plena desses critérios, além de não ser provável que todos os membros tenham iguais oportunidades de participar, de adquirir informação para compreender as questões envolvidas e assim influenciar nas decisões políticas.

Entretanto, apesar disso, o autor afirma serem esses critérios úteis porquanto podem ser modelos ideais e potenciais ao proporcionarem padrões para a medição de desempenho de associações e instituições reais que afirmam ser democráticas, além de poderem servir como orientação para a sua moldagem e remoldagem (DAHL, 2001, p. 54).

Finalmente tem-se a democracia deliberativa, conceito aplicado por alguns autores

(MOREIRA, 2009; ESCOREL; MOREIRA, 2009) aos estudos dos conselhos de saúde.

Joshua Cohen (2007) em seu ensaio “Deliberação e Legitimidade Democrática”, entende por democracia deliberativa uma associação em que os assuntos sejam decididos mediante a deliberação pública dos associados. Para o autor, a noção de democracia deliberativa está enraizada no ideal intuitivo de uma associação democrática em que a justificação dos termos e condições da associação é realizada por meio da argumentação pública entre cidadãos iguais. Assim, os cidadãos compartilham o compromisso de resolver os problemas da escolha coletiva mediante o *razonamiento público*.

Esclarece Moreira (2009):

O *razonamiento público* é o procedimento no qual todos os cidadãos que têm condições de pensar sobre os temas a serem debatidos - para Cohen, *aproximadamente todos os seres humanos* - são e se compreendem como livres e iguais e seus interesses são apresentados ao debate por meio de propostas que expressam razões que poderiam ser aceitas por todos (MOREIRA, 2009, p. 120, grifos do autor).

Cohen (2007), ao desenvolver uma “concepção formal” de democracia deliberativa, reúne características tais como: a continuidade e independência da democracia deliberativa; os membros compartilham o compromisso de coordenar as suas atividades no âmbito das instituições que permitem a deliberação, e de acatar as regras assim deliberadas; a deliberação livre entre iguais é a base de legitimidade; e a democracia deliberativa é uma associação pluralista, em que os membros divergem sobre preferências, convicções e ideais vinculados à condução de suas vidas.

Nessa concepção, a democracia é um valor em si mesmo, o que implica proceder de acordo com esse valor, não sendo, portanto, algo que deriva da aplicação de um método ou procedimento. Ainda, “se trata de um modelo de referência para instituições que produzem políticas públicas, que exigem, portanto, escolhas coletivas que devem ser justificadas” (COSTA, 2001, p. 110).

Chai (2005) ressalta a peculiaridade liberal dessas linhas de pensamento, que está em considerar democracia estritamente como um sistema político que repousa sobre os postulados institucionais citados (cidadania, eleição, a existência de divisões sociais - maioria/minoria, defesa da liberdade, entre outros), tidos como condições sociais da democracia.

Ora, esse conjunto de critérios políticos e sociais configura a democracia como uma forma de vida social (cidadania, direito, eleições, partidos e associações, circulação de informações, divisão de grupos majoritários e minoritários, diversidade de reivindicações, etc.) que se manifesta apenas no processo eleitoral, na mobilidade do poder e, sobretudo, em seu caráter representativo (CHAUI, 2005, p. 148).

No entanto, para a autora, é óbvia a fragilidade democrática no capitalismo, que é possível graças ao fato da “forma da própria vida social” ser reduzida à dimensão de sistema estritamente político.

Somente desfazendo essa “visão” a questão acerca das condições sociais ganha sentido, deslocando-se das condições dadas para haver democracia à expressão de uma sociedade democrática. Nesta perspectiva, para Chauí (2005), as condições sociais da democracia deveriam preconizar a transformação das relações de classe:

Na esfera econômica, trata-se do óbvio: a transformação das relações de classe pela transformação do sistema de produção e do sistema de propriedade, com o fim da exploração da força de trabalho, da separação entre trabalho intelectual, em suma, trata-se da igualdade socioeconômica (CHAUI, 2005, p.149).

A partir da crítica de Chauí (2005), descortina-se uma reflexão sobre as distintas concepções de democracia nas duas correntes pautadas por Stotz (2014). Chauí aponta a limitação das concepções liberais na superação da ordem estabelecida. Ou seja, a sociedade capitalista e a forma de governo democrático sob a perspectiva liberal muitas vezes não são questionadas. A discussão, por vezes, perpassa apenas o adjetivo que a democracia liberal “assumirá”, em obediência a critérios formais que cada uma estabelece.

Stotz (2014) elucida essa questão ao afirmar que para o liberalismo a democracia é um valor universal e tornou-se a forma política do “fim da história”, e em contraposição,

[...] para o socialismo, a democracia tem um valor histórico, sempre avaliável na luta de classes, meio para a classe operária e das classes trabalhadoras da cidade e do campo em oposição irremediável com os da burguesia, preparando-se para o autogoverno mediante a conquista do poder (STOTZ, 2014, p. 1478).

O autor, destaca, ainda, o caráter formal da democracia, que torna a liberdade de opinião, de votar e ser votado em escolhas limitadas e sujeitas ao poder do capital.

Antonio Gramsci, em seus “Cadernos do Cárcere”, registra que

Entre os muitos significados de democracia, parece-me que o mais realista e concreto se possa deduzir em conexão com o conceito de hegemonia. No sistema

hegemônico, existe democracia entre o grupo dirigente e os grupos dirigidos na medida em que o desenvolvimento da economia e, por conseguinte, a legislação que expressa este desenvolvimento favorecem a passagem molecular dos grupos dirigidos para o grupo dirigente (GRAMSCI, 2007, p. 287).

Para Coutinho (2007), Gramsci imprimiu uma nova visão de democracia em relação à tradição marxista quando foi além de uma visão instrumental de democracia (Lenin, por exemplo, definia como “a melhor forma de dominação burguesa”), e, sobretudo, em relação à tradição liberal que definiu de modo minimalista a democracia, não colocando em discussão os fundamentos substantivos da ordem social. Assim, acrescenta o autor, “a contribuição de Gramsci à teoria democrática tem sua expressão mais destacada no conceito de hegemonia” (COUTINHO, 2007, p. 271).

O conceito de hegemonia foi sistematizado por Antonio Gramsci em duas direções simultâneas: para explicar as formas específicas da produção e organização do convencimento em sociedades capitalistas e para pensar as condições das lutas das classes subalternas (PRONKO; FONTES, 2012). De acordo com esses autores, o conceito gramsciano permite apreender as novas condições colocadas para a luta de classes, decorrentes do crescente processo de socialização da política (conquista do sufrágio universal, organização de partidos populares de massas, entre outros); e a dinâmica das lutas de classes sob a dominação burguesa, explicando a produção da conformidade social por meio da organização e atuação da sociedade civil, voltada para o convencimento, ao lado da persistência das formas coercitivas do Estado burguês. Na concepção ampliada do Estado proposta por Gramsci (sociedade civil + sociedade política)⁷,

[...] sociedade civil é o espaço principal para o exercício da função hegemônica e a arena privilegiada da luta de classes (intra e entre as classes), pela atuação dos chamados "aparelhos privados de hegemonia": organizações nas quais se elaboram e moldam as vontades e com base nas quais as formas de dominação se difundem, generalizando modalidades de convencimento adequadas ao grupo ou fração dominante - convencimento que passa a ser, a partir de então, tarefa permanente e fundamental da burguesia para fortalecer a sua capacidade de organizar o consentimento dos dominados, interiorizando as relações e práticas sociais vigentes como necessárias e legítimas (PRONKO; FONTES, 2012, p. 392).

⁷ A teoria ampliada do Estado em Gramsci (que se apresenta como conservação/ superação da teoria marxiana "clássica") se apoia na descoberta dos "aparelhos privados de hegemonia", o que leva Gramsci a distinguir duas esferas essenciais no interior das superestruturas: 1) a sociedade política (que Gramsci também chama de "Estado em sentido estrito" ou de "Estado-coerção", formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da violência e da execução das leis; e 2) a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa, etc... (COUTINHO, 2006, p. 35).

Sobre o conceito de democracia em Gramsci, Dantas (2014) destaca que a preocupação central do autor consiste em compreender como se organiza e desenvolve a dominação de classes. Por esse motivo, coerente com essa preocupação, o “tema democracia” é abordado como forma de manifestação da dominação, e a questão está presente em Gramsci "como um importante elemento de deslindamento da forma como se manifesta a hegemonia" (DANTAS, 2014, p. 94).

Assim, afirma Dantas (2014), Gramsci percebe a democracia como "a forma política própria de um tempo a partir do qual a estrutura das classes e seus organismos de defesa de interesses (aparelhos privados de hegemonia) se complexificam" (p. 95), o que o faz concluir que a democracia moderna se constituiria "numa espécie de colchão de amortecimento da luta de classes - para ambas as classes" (p. 96), o que não significa que essas detenham o mesmo grau de organização e força.

Finaliza Dantas (2014) que embora a democracia seja parte da luta de classes que precisa ser travada, seu nascimento sob a ordem do Estado burguês a definiu em linhas gerais, o que requer uma ruptura para ultrapassar o limite da reprodução desta dominação:

Se é produto da complexificação da luta e produz canais através dos quais se escoam, arrefecem ou são parcialmente atendidas as demandas dos subalternos, num *equilíbrio instável*, [a democracia] garante o controle dos dominados ao tempo em que os permite conquistas, que podem variar, estas, em profundidade e abrangência, mas que sem ruptura nunca ultrapassarão o limite do essencial à reprodução desta própria dominação (DANTAS, 2014, p. 96, grifos do autor).

3.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE

Democracia e participação

Se existe uma noção irmanada ao conceito de democracia essa é a ideia de autonomia política (UGARTE, 2004). Vê-se nas concepções acima que o conceito de democracia evoca a ideia de liberdade e autogoverno, relacionada com a participação dos indivíduos na tomada de decisões. Ora, se os cidadãos participam da elaboração das decisões, daí reside a vinculação de democracia com a noção de participação.

Na concepção liberal de democracia, a principal característica é a participação, por meio da representação, no poder político (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 987). Assim,

democracia e participação são conceitos entrelaçados. Entretanto, Ugarte (2004) adverte que a presença da participação cidadã não garante que a mesma seja determinante na tomada de decisões.

Em seu ensaio “Que participação para qual democracia?”, Ugarte (2004) analisa três grupos de teorias da democracia - a teoria do public choice, de matriz schumpeteriana, as teorias deliberativas da democracia e as teorias constitucional/substantivas - cujos pontos de maior controvérsia referem-se à participação cidadã.

Na teoria da democracia proposta por Schumpeter, o autor assinala que o que conta é a eleição do líder, e não a participação cidadã na tomada de decisões:

os eleitores devem respeitar a divisão de trabalho entre eles e os políticos que o elegeram [...] devem compreender que, uma vez que elegeram alguém, a ação política já não é coisa deles, mas sim deste último (SCHUMPETER, 1977 apud UGARTE, 2004 p.296).

O que importa é que a maioria dos que efetivamente participam, a partir de seus interesses egoístas e de seus poderes reais, determina quem deve decidir por todos (UGARTE, 2004).

Nas teorias deliberativas, por sua vez, que consideram que a participação dos cidadãos na deliberação e na tomada de decisões constituem o elemento central da democracia, segundo Ugarte (2004) “a ideia de fundo é simples: maior participação, melhor democracia”. A teoria deliberativa sustenta que a capacidade da democracia para produzir verdades morais (decisões justas e corretas) depende da participação ativa e refletida dos cidadãos durante o processo deliberativo e na tomada de decisões (UGARTE, 2004).

E, finalmente, nas teorias que o autor denomina constitucional-substantivas, o ideal democrático e o ideal constitucional encontram-se estreitamente relacionados, e os direitos fundamentais (de liberdade, políticos e sociais) constituem a dimensão “substancial” da democracia por se referirem ao ‘conteúdo’ das decisões (ao “o quê”).

Ugarte (2004) sublinha a premissa de que essas teorias carregam a ideia de democracia como algo formal, diminuindo a importância da participação cidadã na discussão e adoção das políticas públicas. A participação, dessa forma, fica restrita à discussão e aprovação - sempre por meio de representantes - de questões sem importância.

O ponto de partida [para pensar participação] é o indivíduo buscando intervir na situação concreta e histórica em que vive construindo-se como sujeito social. Tal sujeito participa em um determinado espaço (instância participativa) que se relaciona com a instituição na qual pretende interferir e influenciar, para modificá-la de forma a atender a seus interesses. Essa relação desenvolve-se no interior de uma dada cultura (ambiente participativo) que caracteriza e é caracterizada por um momento histórico numa sociedade específica (SCOREL; MOREIRA, 2011, p. 982).

As instâncias participativas são, portanto, os “espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos” (SCOREL; MOREIRA, 2011, p. 984).

No Brasil, a participação social por meio de instâncias foi garantida a partir da Constituição de 1988, após um lento processo de redemocratização do Estado, que consagrou direitos aos cidadãos (saúde, educação, habitação, entre outros) e deveres ao Estado, que “deve cumpri-los mediante a implantação de políticas públicas” (SCOREL; MOREIRA, 2011, p. 993).

Nesse sentido, a partir de Scorel e Moreira (2011, p. 986), compreende-se a participação social como

Um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão.

A participação social na saúde

Apesar da participação da população em programas e ações de saúde ser anterior ao SUS, toma-se aqui como de interesse para essa revisão a participação em instâncias institucionalizadas a partir da criação do SUS.

“Em 1986, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ficou consubstanciada a proposta do movimento sanitário que propôs uma completa reformulação das políticas de saúde então vigentes no país com a criação do SUS” (SCOREL; MOREIRA, 2011, p. 998). O texto constitucional de 1988 formalizou legalmente as ações e serviços de saúde, constituindo um Sistema Único organizado pelas

diretrizes descentralização, integralidade e participação da comunidade. A regulamentação da participação social no SUS ficou por conta da Lei 8142/90, que instituiu as instâncias colegiadas Conferências e Conselhos de Saúde.

Assim, a Lei 8142/90 definiu os conselhos de saúde como órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários, afirmando que a representação dos usuários seria paritária em relação ao conjunto dos demais representantes, mas não estipulando a paridade exata entre esses segmentos.

Somente em 1992, com a resolução 33/1992 do CNS, estabeleceu-se que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento dos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde, e 25% de prestadores de serviços.

A resolução do CNS nº 453/2012, em vigência, é a que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Ela estabelece que a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais tem como critério “a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde” (CNS, 2012). Ainda, contempla inúmeras representações, de acordo com as especificidades locais, como associações de pessoas com patologias, movimentos sociais e populares organizados, entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais e confederações de trabalhadores urbanos e rurais, trabalhadores da área da saúde, entidades de prestadores de serviço, governo, entre outras, atendo-se apenas a definir que um profissional com cargo de direção ou de confiança no SUS não pode ser representante dos usuários ou trabalhadores.

Apesar de contemplar inúmeras representações, essas legislações não são claras no que diz respeito aos conceitos dos segmentos e ao próprio conceito de representação, gerando uma série de ambiguidades e interpretações sobre esses termos.

O termo “usuários”, por exemplo, é ambíguo. Para Moreira (2009), como a Constituição “define saúde como direito e o SUS como universal, todo brasileiro é um potencial usuário dos serviços de saúde” (p.84). Assim, qualquer pessoa poderia ser um conselheiro representante do segmento dos usuários, o que implica em inúmeros interesses num mesmo segmento. Porém, Moreira (2009, p.84) destaca que “a interpretação da lei sempre foi a de que os conselheiros representam entidades da sociedade organizada que,

por sua vez, representam os usuários dos serviços de saúde”.

Em contraste com a maioria dos trabalhos sobre o tema, Côrtes (2009, p. 23) não considera os usuários, classificação adotada pela legislação, como os atores cuja participação deve ser examinada. Para a autora, essa noção derivada do campo da economia “se refere especificamente àqueles que usam determinados serviços prestados em uma dada área territorial”, não sendo um “instrumento analítico adequado para a compreensão de processos políticos que envolvem atores coletivos”, e “tampouco favorece o entendimento das relações entre Estado e sociedade”.

“Representação” também é um termo polivalente e controverso. A representação nos Conselhos de Saúde, segundo Labra (2007), é um aspecto bastante complexo, a começar pelo próprio termo que, embora polivalente, refere-se, em geral, à representação política.

Labra (2007, p. 38-39) considera que a representação é “[...] uma relação mediante a qual um indivíduo ou grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas” e destaca vários modelos de representação: fiduciária, em que o representante carece de autonomia e atua por instruções que lhe são dadas; por delegação, em que o representante tem autonomia e atua no interesse dos representados e do bem comum; por mandato, em que o representante age em obediência às diretrizes do partido político que o indicou; e, por fim, sociológica, que se centra no organismo representativo considerado como um microcosmo que reproduz fielmente as características do corpo político; este último tipo é “sociológico” porque se refere a perfis ‘não-políticos’, como religiosos, culturais, étnicos e raciais, de sexo, entre outros. Entretanto, para Labra (2007), nenhum deles dá conta das particularidades da representação nos conselhos de saúde.

De acordo com Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004), o significado desse fenômeno se manifesta melhor se observarmos como o regime político representativo se coloca em oposição, por um lado, com os regimes absolutistas e autocráticos, desvinculados do controle político dos súditos, e, por outro, com a democracia direta, ou seja, com o regime no qual, em teoria, deveria desaparecer a distinção entre governantes e governados. Assim, “o sentido da representação política está [...] na possibilidade de controlar o poder político, atribuída a quem não pode exercer pessoalmente o poder”. Com base em suas finalidades, a representação é um “mecanismo político particular para a realização de uma relação de controle (regular) entre governados e governantes”

(BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 2004, p.1102).

No que tange ao conteúdo da função representativa e ao papel dos representantes na bibliografia política, Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004) apresentam, com clareza, três modelos interpretativos alternativos que foram longamente discutidos:

1) a representação como relação de delegação; 2) a representação como relação de confiança; 3) a representação como "espelho" ou representatividade sociológica. No primeiro modelo, o representante é concebido como um executor privado de iniciativa e de autonomia, das instituições que os representados lhe distribuem; seu papel aproxima-se muito a de um embaixador. O segundo modelo atribui ao representante uma posição de autonomia e supõe que a única orientação para sua ação seja o interesse dos representados como foi por ele percebido. A esta concepção de representação se referia Edmund Burke quando em sua obra descrevia o papel do representante como um "trabalho de razão e de juízo" a serviço do "bem comum" e não do simples "querer" e dos "preconceitos locais". O terceiro modelo - o da representação como espelho - diferentemente dos dois primeiros é centrado mais sobre o efeito de conjunto do que sobre o papel de cada representante. Ele concebe organismo representativo como um microcosmos que fielmente reproduz as características do corpo político. (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2004, p. 1102)

Avritzer (2007) identifica um problema ao propor uma mudança de análise do crescimento das novas instâncias participativas, passando da ótica do aumento da participação para a ótica do aumento da representação. Qual seja, o surgimento de novas formas de representação ligadas à participação política.

Por aumento da representação, entendo o crescimento das formas como os atores sociais exercem, nessas instituições, a apresentação de certos temas, como a saúde ou interesses urbanos e o fato de que, em instituições como os conselhos de políticas, alguns atores são eleitos com o intuito de exercerem o papel de representantes da sociedade civil (AVRITZER, 2007, p. 444).

Na atualidade, a constatação de que a institucionalização da representação não garante a representatividade - correspondência com a vontade ou interesse dos representados - vem levando alguns autores a destacar os limites da representação para inclusão da pluralidade (ALMEIDA, 2012).

Em particular, no segmento dos usuários, Labra (2005) destaca que há, pelo menos, dois elementos a se considerar no exame da representatividade dos conselheiros. O primeiro está ligado ao conceito de representação e à forma como essa é efetivada. De acordo com a autora, a representação nos conselhos de saúde ora evoca o modelo por delegação, ora o sociológico, embora nenhum deles dê conta da representatividade.

Ainda, ao considerar que a representação dos usuários nos Conselhos de saúde não

é política e sim de interesses, a autora conclui que não há como estabelecer qualquer fórmula ou quociente entre conselheiro e o número de pessoas da comunidade que este deveria representar. Por tudo isso, defende que é muito difícil definir “quem” e “de que forma” poderá ser eleito conselheiro. Este fato, por certo, traz consequências para a almejada “representatividade”.

O segundo elemento “tem a ver com o representado, ou seja, com a entidade que escolhe ou indica seu representante no colegiado, sua natureza ou suas características e a forma como se relaciona tanto com seu representante como com a comunidade” (LABRA, 2005, p. 373).

Em sua pesquisa “A qualidade da representação dos Usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa”, Labra (2008) constatou uma série de questões sobre a representação nos conselhos. Notou assimetrias quantitativas na relação conselheiro/habitantes e a participação de grupo estrito nas decisões das associações representantes dos usuários, por exemplo, na escolha de dirigentes ou de representantes dos colegiados. Além disso, observou uma grande distância entre a comunidade, suas lideranças e as associações e a tendência à “profissionalização” do conselheiro nas atividades que desempenha.

Labra (2008) percebeu também o fenômeno da “elitização” dos representantes dos usuários dos conselhos, justificado pelo elevado nível educacional, a posição de *status* que ocupam frente a comunidade – por pertencer ao grupo que lidera a associação –, a longa permanência nos cargos de conselheiro e de dirigente, além de privilégios derivados dessa posição. Esses aspectos levaram a autora a concluir ser praticamente impossível aferir a qualidade de representação dos usuários.

Ainda, Labra (2005) identificou como um problema relacionado à representação nas instâncias institucionalizadas de participação social em saúde os conselheiros não consultarem suas entidades previamente às reuniões dos Conselhos ou não prestarem conta de suas atividades, entre outros.

A crítica à baixa renovação de conselheiros de saúde baseia-se na argumentação de que a pouca diversificação do número de atores contribui para a diminuição do caráter democratizante da instância participativa. Por outro lado, sua profissionalização pode ser vista, por exemplo, como uma possibilidade de ampliação do poder dos conselheiros, já

que a permanência e trajetória mais longas desses atores na instância permitem que se apropriem de conhecimentos técnicos e informações.

Esse debate esbarra no reconhecimento de uma assimetria de poder entre os integrantes dos conselhos de saúde, visto que esses conhecimentos técnicos, informações, linguagem técnica e argumentos burocráticos sustentam uma hierarquia de poder, que impede que os Conselhos constituam “uma esfera pública na qual os participantes estejam em igualdades de condições e, sem constrangimentos de qualquer espécie, formulando proposições a partir de uma base argumentativa” (SCOREL; MOREIRA, 2009, p.238). Para Scorel e Moreira (2010), a hierarquia de poder está também fortemente sustentada pelo grau de conhecimento e informação que o conselheiro detém sobre o sistema de saúde e pelas relações estabelecidas com o poder executivo.

Silva et al (2009), em sua pesquisa sobre o Conselho Nacional de Saúde, identificaram profunda assimetria no que se refere à capacidade de participar efetivamente das discussões e deliberações. Os autores constataram que “o grupo dos representantes governamentais, mesmo sendo menor que o dos conselheiros oriundos de organizações da sociedade civil, apresentava uma posição de centralidade no Conselho” (p.102).

Os representantes dos gestores da saúde, particularmente da esfera federal, tinham predomínio na definição da agenda de debates do fórum, uma vez que detinham o protagonismo em termos de formulação das políticas, ao mesmo tempo que controlavam a sua execução. Mesmo quando não eram eles que decidiam os temas que seriam incluídos nas pautas, os questionamentos de esclarecimentos eram, em geral, dirigidos a eles (SILVA et al, 2009, p. 102-103).

Moreira (2009), por sua vez, em sua pesquisa sobre as relações entre o conselho de saúde e o poder executivo, trabalhou a hipótese de que em parte das interpretações sobre estas relações havia algum tipo de preponderância/ascensão/hierarquia do conselho sobre o poder executivo, o que para o autor gera insegurança nos governantes. Moreira (2009, p.97) argumenta que os governantes, ao considerarem seus interesses ameaçados e na impossibilidade de fecharem os CMS, privam-nas, por exemplo, de sede, equipamentos, recursos humanos e financeiros, de modo a atingir diretamente sua atuação, embora os governantes tenham a atribuição de prover a infraestrutura dos Conselhos.

Competências e papel dos Conselhos de Saúde

A resolução nº 453/2012 do CNS, em sua quinta diretriz, estabelece uma relação de trinta competências aos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, com poucas alterações em relação à resolução 333/03. Competências essas, já analisadas por Delgado e Escorel (2008), que ressaltaram nas diretrizes a exigência dos conselheiros de uma capacidade técnica, o que

[...] parece recomendar que o processo deliberativo dos conselhos tenha uma dimensão mais técnica que política, o que implica na redução do debate político próprio de um colegiado permeado por conflitos de interesses e a valorização da discussão técnica, própria de um grupo de expertos e especialistas (DELGADO; ESCOREL, 2008, p. 91).

Com todas essas atribuições, a Resolução 453/2012, assim como a Resolução 333/03 parecem “[...] não definir de forma clara a dinâmica que deve ser priorizada no trabalho dos conselhos: fiscalizatória ou participativa” (DELGADO; ESCOREL, 2008, p.92).

Carvalho (1997) aponta para o fato de que na verdade, o papel dos Conselhos não é decidir quais políticas e ações serão executadas, mas se estas correspondem ou não ao interesse público.

Nesta dissertação, considera-se como principal papel do conselho a participação dessa instância na formulação e deliberação das políticas públicas, capazes de dar direcionamento às ações de saúde, em acordo com as demandas e necessidades em saúde dos cidadãos, algo como um

[...] 'papel nobre' do conselho, que é o de trazer o cidadão, o usuário do SUS, para, em um fórum institucional e deliberativo, mostrar ao gestor que, na sua cidade, no seu bairro, na sua região administrativa, na sua área programática... estão faltando determinados serviços; que entre grupos étnicos, de portadores de deficiência, de doentes crônicos, de sindicalizados, de aposentados ... determinadas demandas e necessidades em saúde não estão sendo supridas (MOREIRA, 2008, p. 16).

“Para tanto, devem promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam setores cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde” (MOREIRA e ESCOREL 2009, p. 798).

Ainda, entende-se deliberação como o processo de discussão e debate entre os

diferentes atores acerca de uma proposta, que leva a uma decisão.

Bernard Manin (apud MOREIRA e ESCOREL, 2010, p. 49) assinala dois sentidos da deliberação: a deliberação como a decisão em si, a escolha que um determinado indivíduo faz quando toma uma decisão; e o outro no qual deliberação é o próprio processo de formação do interesse, o momento particular que precede a escolha e no qual o indivíduo pondera entre diferentes soluções.

No primeiro sentido, a deliberação é a concretização dos interesses do indivíduo e sua legitimidade reside na liberdade que este tem para tomar sua decisão (deliberar) sem ser influenciado por ninguém ou por nenhuma instituição. Assim, essa primeira proposta, segundo Manin, parte do pressuposto de que o indivíduo já possui suas convicções e escolhas ao deliberar, e que qualquer influência externa afeta a legitimidade dessa deliberação, já que é vista como coercitiva e ameaçadora da liberdade. Nesse caso, a troca, o debate entre as diferentes visões e a competição travada em torno da discussão de ideias, típicas da competição política, são eminentemente problemáticas (MANIN apud MOREIRA e ESCOREL, 2010).

Manin afirma que a tomada de decisões é sempre uma escolha entre incertezas. Para o autor, os indivíduos possuem informações incompletas e até mesmo contraditórias ao tomarem decisões sobre os rumos da sociedade, o que não permite a formação de convicções que fundamentem a tomada de decisões. Assim, o confronto e o debate entre os vários pontos de vista acerca de uma proposta ao invés de prejudicar, é essencial para que os indivíduos clarifiquem, aperfeiçoem e selecionem as informações de que dispõem, reduzindo seus níveis de incerteza e modelando suas preferências, ainda que isto represente uma mudança de seus vagos objetivos iniciais (MANIN apud MOREIRA e ESCOREL, 2010).

Nesse sentido, o debate incrementa e melhora a qualidade da informação disponível e a liberdade consiste na possibilidade de se chegar a uma decisão por meio da busca, do debate e da comparação entre várias soluções. Por conseguinte, a legitimidade das decisões seria o próprio processo de discussão e debate que as formam. Para Manin, esse processo de discussão e debate é, em si, a deliberação, que legitima as decisões tomadas (MANIN apud MOREIRA e ESCOREL, 2010).

Efetividade do Conselho no processo deliberativo

A Lei 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, ao definir as atribuições dos conselhos de saúde, confere a eles “caráter permanente e deliberativo”:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

O debate acerca da efetividade dos conselhos de saúde envolve a compreensão de seu “caráter deliberativo” expresso na legislação. Alguns autores apreendem o caráter deliberativo a partir das resoluções emitidas pelos conselhos, que após “deliberadas” restaria serem homologadas pelo chefe executivo. O próprio Conselho Nacional de Saúde mostra ter essa compreensão quando afirma em seu site que “Além de congregar diversos segmentos da sociedade, este novo CNS possui caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções, que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, CNS, 2013).

Baseadas nessa concepção, as resoluções, que expressam a atuação dos conselhos de saúde, **devem** ser adotadas pelos gestores (grifos nossos). Assim, a não homologação das deliberações pelos gestores faz com que a efetividade dos Conselhos seja considerada como baixa, já que impede os Conselhos de intervirem nas políticas de saúde.

Diante dessa perspectiva, Escorel e Moreira (2009) defendem que essa análise reflete a insuficiência da estratégia metodológica adotada para avaliar a efetividade dos Conselhos, pois ao se focar o ‘produto’ deliberativo não se capta a riqueza do ‘processo’ deliberativo.

Para esses autores, não só os produtos deliberativos (como as resoluções emitidas) mas também o processo deliberativo influi na efetividade de um conselho.

Escorel e Moreira (2009, p.243) apropriam-se do conceito de efetividade de Draibe (2001), em que “efetividade... se mede pelas quantidades e níveis de qualidade com que (um programa) realiza seus objetivos [...] se atinge os resultados esperados e promove efeitos, previsíveis ou não”. Os autores argumentam que para compreender a efetividade

dos Conselhos é necessário primeiro definir o papel (os objetivos) dos conselhos de saúde. Definem, assim, que o objetivo é “possibilitar a participação social no ciclo de políticas de saúde em sua esfera de atuação (municipal, estadual e federal)”.

Para esses autores, participar envolve “debater as políticas de saúde”, o que é estudado como um processo em que os atores se comprometem a buscar acordos políticos (que interferem nos rumos das políticas públicas) para as divergências e a cumpri-los. Ao final, tem-se que todo esse processo (e suas características: debate, acordos, consensos e pontos de tensão) constitui o caráter deliberativo dos Conselhos. Dessa forma,

Avaliar a efetividade de um Conselho requer [...] a análise tanto dos produtos deliberativos que geram quanto do processo deliberativo que o ambienta, ou seja, do seu caráter deliberativo no sentido mais abrangente do termo (ESCOREL; MOREIRA, 2009, p. 243).

Avritzer (2010), ao avançar nos estudos sobre efetividade da participação, incorpora a categoria “efetividade deliberativa” no intuito não só de aferir a presença desses atores como também de verificar qual é a capacidade de expressão deles no interior dessas instituições. O pressuposto de sua proposta analítica é que as instituições participativas podem deliberar sobre elementos importantes das políticas públicas nas áreas de saúde ou de políticas urbanas, ou podem se constituir em meros órgãos ratificadores dessas políticas. Para Cunha (2009), a efetividade deliberativa está relacionada à capacidade concreta dos espaços de deliberação de influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública.

A discussão acerca da efetividade da participação do Conselho nas políticas de saúde perpassa, então, a democratização dessas políticas, em que ao conselho compete ter influência na definição de diretrizes, na decisão, elaboração, formulação e execução de políticas públicas, além de buscar apoio do Ministério Público para fazer valer suas atribuições diante de obstáculos eventualmente postos pelo executivo.

A função de controle social atribuída a essas instâncias não significa que os conselheiros devem ser “os fiscais” e únicos responsáveis por analisar complexas peças econômicas e emitir pareceres técnicos. Pelo contrário. O poder público conta com instituições, com profissionais remunerados e *expertise* que possuem essas atribuições. Tomar essa função como verdade é sobrecarregar os conselheiros de funções técnicas e limitar a possibilidade de atuação política do conselheiro, cuja maior contribuição talvez

seja a relação com a população e o conhecimento dos anseios e necessidades desta.

Desafio da participação social: democratização das políticas de saúde

Dahl (1997)⁸ define democratização como um processo de progressiva ampliação da competição e da participação política. Essa identificação da democratização com avanços nestes dois eixos - competição e participação – oferece, para Dahl, critérios claros e razoavelmente objetivos para uma classificação dos regimes políticos observados, permitindo definir sua maior ou menor proximidade do ideal democrático (DAHL, 1997).

Considera-se, então, a partir desse autor, que a democratização é formada por pelo menos duas dimensões: contestação pública e direito de participação. Um regime torna-se mais competitivo quando se desloca no sentido de possibilitar uma maior contestação pública (liberalização), ou melhor, consolida e amplia as instituições que viabilizam a participação.

Por sua vez, se há mudança no sentido de proporcionar maior participação, pode-se dizer que o regime está também se tornando mais inclusivo, ou seja, permitindo que mais gente participe (inclusividade) (DAHL, 1997).

O autor assinala que desenvolver um sistema de contestação pública não é necessariamente equivalente à democratização plena. E mais, nenhum sistema mundial real é plenamente democratizado, de modo que o autor denomina de poliarquias os sistemas reais que possuem maior contestação pública e participação.

As poliarquias podem ser pensadas então como regimes relativamente (mas incompletamente) democratizados, ou, em outros termos, as poliarquias são regimes que foram substancialmente popularizados e liberalizados, isto é, fortemente inclusivos e amplamente abertos à contestação pública (DAHL, 1997, p. 31).

Assim, segundo seus postulados, qualquer mudança no regime que o desloque para uma maior contestação pública e inclusividade representa algum grau de democratização.

Com base nos postulados de Dahl, os autores Moreira e Escorel (2009, p.797)

⁸ Robert Dahl (1997) fornece critérios úteis e aplicáveis na avaliação de desempenho e das potencialidades da instância estudada, ressaltando-se que nem “todos os cidadãos são considerados politicamente iguais” e nem possuem iguais oportunidades de participar e influenciar no processo de decisão política.

consideram, em termos macro, a democratização como

[...] o processo histórico no qual, em um determinado regime político, a relação Estado/sociedade torna-se, paulatinamente, mais próxima e responsiva. Isto ocorre à medida que um número cada vez maior de cidadãos tem a oportunidade de participar contínua e deliberativamente do arcabouço institucional no qual o processo decisório das políticas públicas é travado.

No setor saúde, a democratização foi incorporada à norma que oficializa o processo decisório.

A institucionalização dos conselhos é importante para a democratização das políticas de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório. Porém, *per si*, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p, 796).

Segundo Moreira (2009, p. 19-20), a ampliação da participação, apesar de fundamental para a democratização da política de saúde, não é suficiente para garantir que o Conselho de Saúde seja um dos protagonistas do processo decisório. Para que tal protagonismo se concretize é preciso que os conselhos também sejam legitimados por todos os atores políticos envolvidos no processo decisório das políticas de saúde. Assim, para que esta legitimação ocorra, os atores políticos relevantes e tradicionais na formulação de políticas precisam ter garantias de que seus interesses não serão ignorados pelos novos atores.

Segundo Dagnino (2002), a grande inovação com a inauguração dessa diversidade de espaços públicos heterogêneos se refere ao fato de traduzirem uma aposta generalizada na possibilidade de uma atuação conjunta de ‘encontros’ entre o Estado e a sociedade civil. Tais espaços comportam uma participação pautada em confrontos e disputas entre projetos políticos alternativos.

No entanto, segundo Labra (2005, p. 367), a realização desses empreendimentos encontra seus maiores obstáculos no “autoritarismo social e nas visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política”. Esta autora argumenta que justamente mudar essa matriz cultural é o desafio mais relevante da democratização dos espaços públicos deliberativos e de diálogo entre o governo e a sociedade civil que proliferam no país.

Bispo Júnior e Gerschman (2013), em reflexões sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde, apontam que essas instâncias criadas com caráter

deliberativo e formato de composição paritária se constituem como espaços de ampliação da democracia, sobretudo por incorporarem à cena decisória atores pertencentes a segmentos sociais de diversos matizes ideológicos e políticos.

Os autores destacam, ainda, uma dupla possibilidade de inclusão gerada pelos conselhos: a inserção de novos atores à cena política a partir da composição plural e paritária dos conselhos e a participação dos conselhos no processo decisório das políticas municipais de saúde. Segundo Bispo Júnior e Gerschman (2013, p. 13), essas possibilidades configuram-se em dois ambientes de atuação:

Um processo interno, em que o lócus de disputa é a plenária do conselho, espaço onde os membros debatem as políticas e disputam a aprovação de suas preferências. E outro externo, correspondente ao espaço, efetivamente, ocupado pelo conselho da definição das políticas, no qual os conselhos competem com outras forças a influência e o poder para fazer cumprir suas decisões.

A institucionalização dos conselhos de políticas públicas, incluindo de saúde, e também a intervenção destes conselhos no ciclo das políticas públicas, são aspectos que contribuem para a democratização das políticas públicas. Por outro lado, é possível pensar também em atributos necessários para a democratização dessas instâncias deliberativas do Sistema Único de Saúde.

A ampliação e a diversificação do número de atores que participam do conselho de saúde pode ocorrer, por exemplo, por meio da mudança de legislação que determine as entidades que participam do conselho, possibilitando, assim, um processo de eleição transparente, que decida quais as entidades que comporão essa instância.

Nesse sentido, há atributos que podem permitir a ampliação da democratização dos conselhos: transparência e divulgação das reuniões e das atividades exercidas pelo conselho; participação da população em geral nas reuniões e garantia do seu direito à voz; eleição do presidente do conselho e escolha da secretaria executiva por parte do pleno do conselho e participação efetiva dos conselhos de saúde na elaboração de políticas, planos e programas que visem atender às necessidades da população.

As definições e análises elencadas no referencial teórico serão retomadas como instrumentos para a análise dos resultados da pesquisa (capítulo 6).

Neste capítulo, consideramos os aspectos conceituais relativos à representação para analisar as relações dos conselheiros entrevistados com suas entidades (6.1), assim como

nos resultados encontrados sobre a interação entre os segmentos dos conselheiros (6.2). Nesse sentido, será retomada a discussão sobre a ambiguidade e a falta de especificidade do termo “usuários” para estabelecer um segmento social a ser representado.

Aspectos relacionados à hierarquia e assimetria de poder entre os participantes do CES/ES são abordados na análise dos resultados sobre o relacionamento estabelecido entre o conselho e a SESA/ES (6.3) e a percepção dos entrevistados acerca dos papéis do CES/ES e dos conselheiros de saúde (6.4).

Por fim, aspectos relacionados ao papel dos conselhos de saúde são discutidos também na interpretação sobre os papéis do CES/ES e dos conselheiros (6.4) e na análise da percepção dos conselheiros sobre o papel do CES/ES no processo pesquisado (6.6).

O próximo capítulo (4) aborda o contexto do objeto de estudo desta pesquisa, apresentando o estado do Espírito Santo, bem como as características do sistema estadual de saúde e a inserção das organizações sociais no estado, fornecendo importantes informações para a análise e compreensão dos resultados.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Este capítulo divide-se em dois tópicos: 4.1 – Caracterização Territorial e Econômica, que apresenta características gerais do estado, como as macrorregiões de gestão administrada e algumas transformações históricas e econômicas, e 4.2 – A saúde no estado do Espírito Santo, com uma breve apresentação da organização do Sistema Estadual de saúde, expondo dados dos estabelecimentos de assistência à saúde, a oferta de leitos hospitalares no estado e o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, objeto do contrato de gestão nº 001/2012 estudado pela pesquisa.

Neste tópico são apresentadas algumas das organizações sociais existentes no estado, inclusive a Associação Evangélica Espírito-Santense (AEBES), organização social responsável pela gestão daquele hospital, introduzindo-se a participação do CES/ES no processo de escolha do modelo de gestão e das organizações sociais que atuam na saúde estadual. São apresentadas, ainda, as etapas de contratualização de uma organização social para gestão de um serviço de saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO TERRITORIAL E ECONÔMICA

O estado do Espírito Santo, situado na região Sudeste do país, possui uma população estimada de 3.885.049 habitantes (IBGE, 2014), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte, organizados em quatro macrorregiões de gestão administrativa (Metropolitana, Norte, Central e Sul) e 10 microrregiões de planejamento, a saber: Metropolitana, Central Serrana, Sudoeste Serrana, Litoral Sul, Central Sul, Caparaó, Rio Doce, Centro-Oeste, Nordeste e Noroeste.

O estado ocupa uma área de 46.098,1 km² com densidade demográfica de 76 hab./km². A população está concentrada na região Central (190 hab./km²), em particular na região Metropolitana (724 hab./km²) e na capital (3.328 hab./km²). É um estado altamente urbanizado, com apenas 16,5% dos capixabas habitando em áreas rurais.

A Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) é formada por sete municípios (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e a capital Vitória); trata-se do centro político, além de abrigar as principais atividades regionais de caráter industrial, comercial, de serviços públicos, privados, culturais e financeiros. Apesar desta região

ocupar uma área territorial que representa cerca de 5% do território do estado, concentra 48% da população total do estado e 56,6% da população urbana.

O Espírito Santo, embora situado na região Sudeste, área geoeconômica considerada a mais desenvolvida do país, possui características socioeconômicas que não acompanham a mesma dinâmica de seus estados vizinhos, mantendo tendências de região subdesenvolvida. Historicamente, o estado estancou numa situação indefinida entre a prosperidade sulista e a pobreza nordestina (SIQUEIRA, 2001).

A monocultura de café estruturou, desde a segunda metade do século XIX, toda a vida econômica e a formação social e política do Espírito Santo. O processo de modernização ocorrido na economia do estado configurou-se de forma brusca, tendo sido originado da desestruturação de sua base econômica (o setor agrário) e de sua reestruturação a partir da industrialização.

Nesse sentido, Siqueira (2001) distingue três fases que marcaram a economia capixaba. Até a década de 1960, o estado dependia da economia cafeeira, geradora predominante da renda estadual e principal responsável pela mão-de-obra e receita tributária, caracterizando uma economia primário-exportadora e direcionando a estrutura produtiva da lavoura do beneficiamento, transporte, armazenagem e exportação.

No início da década de 1950, o governador Jones dos Santos Neves implementou uma “política desenvolvimentista, visando à criação de bases para a industrialização e a integração da economia capixaba ao contexto do desenvolvimento capitalista nacional” (Siqueira, 2001), por meio de dois grandes projetos: a indústria siderúrgica e a indústria de cimento - ambos do setor de indústria de bens intermediários.

A segunda fase, de 1960 até o início dos anos 1970, é caracterizada pela decadência das atividades tradicionais e a intensificação do processo de industrialização (indústrias de porte médio e pequeno), e o estado do Espírito Santo passa por mudanças radicais em seu quadro socioeconômico, integrando de forma mais concreta, a partir de 1968, o modelo desenvolvimentista brasileiro.

Na década de 1970, o governo federal passa a alocar recursos para a dinamização econômica do estado. Entretanto, na inserção do estado nesse processo modernizador fortaleceu-se sua condição periférica, já que sua especialização passou a ser a produção de bens intermediários destinados ao mercado externo (nesta fase, metalurgia e celulose).

Sua fragilidade econômica e política e privilegiada localização geográfica, aliadas às condições do processo desenvolvimentista que se implantava no país, reservaram ao estado do Espírito Santo a posição de alojador de grandes empresas, como as indústrias de pelotização de minério da Companhia Vale do Rio Doce (hoje Vale) e da Samarco Mineração, além da Aracruz Celulose, atualmente Fibria.

Simultaneamente às transformações econômicas, nesse período ocorreu um processo de urbanização e industrialização concentrado na região da Grande Vitória, que acentuou os desequilíbrios regionais do Espírito Santo.

A partir de meados dos anos 1970, tem início outra etapa do processo econômico, com a implantação de “grandes projetos industriais”, concentrados nos setores siderúrgico, paraquímico, turístico e portuário, orientados aos mercados externos e financiados pelo grande capital privado (nacional e estrangeiro). Com ação conjunta dos governos estadual e federal, o Espírito Santo moderniza-se, chegando em 1975 com uma infraestrutura administrativa reaparelhada.

Assim, o novo modelo desenvolvimentista, sob a hegemonia do grande capital, consolida uma nova fase de articulação do estado com o sistema produtivo brasileiro. As unidades industriais citadas anteriormente, juntamente com a Companhia Siderúrgica ArcelorMittal Tubarão (antiga Companhia Siderúrgica de Tubarão), com o superporto de Tubarão, e obras de ampliação portuária no canal da baía de Vitória, marcaram a nova fase econômica capixaba.

Em 2014, a economia do estado do Espírito Santo baseia-se principalmente nas atividades portuárias de exportação e importação, na exploração de petróleo (em que é o segundo maior produtor) e gás natural, na indústria de celulose (eucalipto) e rochas ornamentais (mármore e granito), além da diversificada agricultura, com destaque para o plantio de café.

A indústria do Espírito Santo está altamente concentrada na região da Grande Vitória, que concentra 80% dos investimentos e empregos gerados (SIQUEIRA, 2001). As empresas Fibria e Samarco Mineração participam desse percentual, mas se localizam em outras regiões do estado.

Em 2013, o Espírito Santo possuía um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,740 (PNUD, 2010), o que o situa na faixa de desenvolvimento humano alto (entre

0,700 e 0,799), ocupando a 7ª posição entre as 27 unidades federadas brasileiras. A dimensão que mais contribui para o IDH é longevidade, com índice de 0,835, seguida de renda, com índice de 0,743, e de educação, com índice de 0,653 (PNUD, 2013).

A renda per capita média de Espírito Santo cresceu 116% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 377,38, em 1991, para R\$ 574,17, em 2000, e para R\$ 815,4, em 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 39,3%, em 1991, para 22,8%, em 2000, e para 9,5%, em 2010 (PNUD, 2013).

Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade, 10,1% eram analfabetos, 50,6% tinham o ensino fundamental completo, 36,1% possuíam o ensino médio completo e 11,1%, o superior completo. Percentuais iguais ou muito próximos aos verificados no Brasil, respectivamente, 11,8%, 50,7%, 35,8% e 11,3% (PNUD, 2010).

4.2 A SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

4.2.1 Organização do Sistema Estadual de Saúde

O sistema estadual de saúde do Espírito Santo consiste num conjunto de organizações públicas e de natureza social, bem como prestadores de serviços da iniciativa privada que oferecem ações e serviços de saúde (LC 317/2004). A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) é o órgão central deste sistema, e se organiza estruturalmente em 5 níveis que englobam todas as gerências e seus respectivos núcleos, a saber: I - Direção Superior; II - Assessoramento; III - Gerência; IV - Atuação Instrumental; V - Execução Programática.

No nível de Direção Superior, encontra-se o Secretário de Estado da Saúde, além das instâncias deliberativas do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/ES). No nível de Gerência, a SESA/ES se organiza em três subsecretarias: Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde; Assuntos de Administração e de Financiamento da Atenção à Saúde e Assuntos de Gestão Hospitalar. As Superintendências Regionais de Saúde integram o nível de Execução Programática e são compostas por quatro sedes, localizadas nos municípios de São Mateus (região Norte), Colatina (região Central), Vitória (região Metropolitana) e Cachoeiro do Itapemirim

(região Sul).

Para fins de organização do sistema estadual de saúde, o estado adotou a estratégia proposta no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), homologado em 10/11/2011 e que prevê as quatro regiões de saúde (mapa 1). Segundo o PDR 2011, a definição dessas regiões levou em consideração critérios tais como acesso aos serviços de saúde, infraestrutura de transporte, identidade cultural e contiguidade dos municípios.

A atenção à saúde no Espírito Santo tem se orientado por meio das estratégias que garantem a centralidade da atenção primária, coordenadora das redes de atenção (Plano Estadual de Saúde 2012-2015), adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) para sua organização. A construção foi iniciada em meados de 1997 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, no ano seguinte, com as primeiras Equipes de Saúde da Família.

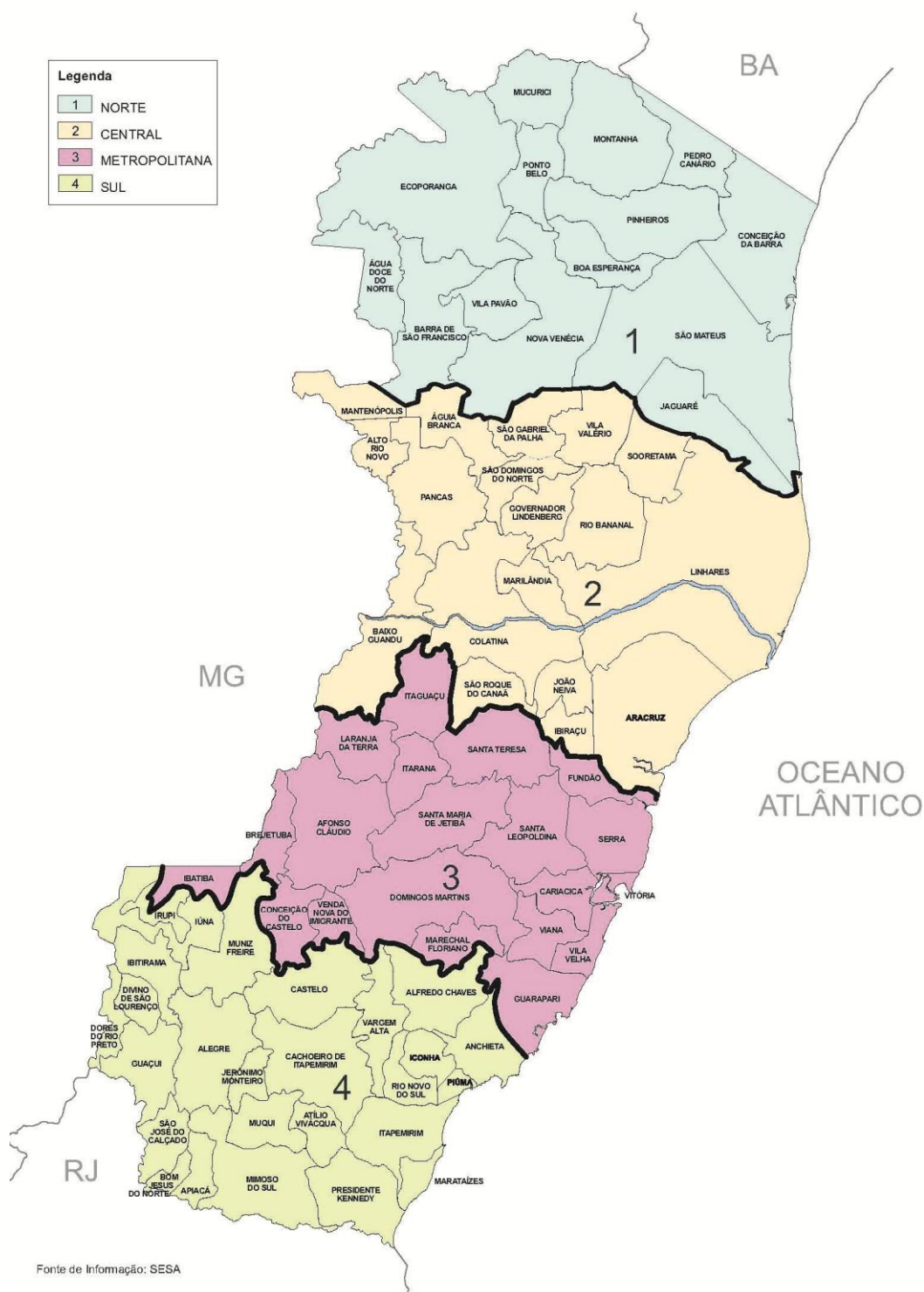
Segundo o Departamento de Atenção Básica, os 78 municípios do Espírito Santo aderiram ao PACS e à ESF, existindo 698 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura de 62% da população do estado (DAB/MS, 2014).

A participação social no SUS no Espírito Santo se formalizou mediante uma rede estadual de Conselhos de Saúde, constituída pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES/ES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conselhos Locais de Saúde (CLS) e Conselhos Gestores de unidades estaduais de saúde (CGS).

O CES/ES, instância deliberativa integrante do nível de direção superior do Sistema estadual de Saúde do Espírito Santo, será abordado no capítulo 5. Os CMS, órgãos colegiados de deliberação dos municípios, estão presentes nos 78 municípios capixabas. Já os Conselhos Locais de Saúde (CLS) estão presentes em unidades de saúde e são responsáveis por avaliar a política de saúde na área de abrangência de suas unidades, seguindo as diretrizes estabelecidas nas conferências municipais e no Conselho Municipal de Saúde. São coordenados pelo CMS da sua área, responsável por determinar, por meio de lei municipal, o número de conselheiros dos CLS.

Mapa 1: Plano Diretor de Regionalização da Saúde, Espírito Santo, 2011

Plano Diretor de Regionalização - 2011



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2012-2015.

No município de Vitória, capital do estado, o CMS conta com oito membros titulares e oito suplentes. Metade dos assentos é ocupado por usuários do sistema

municipal de saúde, 25% por representantes da administração municipal e 25% por trabalhadores de saúde. Ainda, o município possui 22 CLS distribuídos em cinco regiões de saúde.

Os Conselhos Gestores de unidades estaduais de Saúde (CGS) foram criados em 2001, através da portaria 340-R, como instâncias sob coordenação do CES/ES, com a finalidade de reforçar o processo de democratização dos mecanismos gerenciais dos serviços de saúde (Portaria 340-R, 2001).

São atribuições dos CGS: coordenar, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas e planos de trabalho da unidade; avaliar e aprovar trimestralmente os relatórios mensais das unidades, que deverão ser enviados ao CES/ES; fazer com que a Unidade mantenha seu plano de ação segundo seu perfil de atendimento, em consonância com o Plano Estadual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde; promover a articulação da Unidade com a comunidade, servidores, outras Unidades, Secretarias Municipais de Saúde e a SESA/ES; propor a implantação de serviços e programas na Unidade; convocar cargos gerenciais de instâncias superiores da SESA para esclarecimentos e discussões; dar conhecimento à comunidade através de reuniões e documentos, das diretrizes e normas do SUS; e elaborar seu Regimento Interno, que deve ser homologado pelo CES/ES.

Os Conselhos Gestores de Unidades estaduais de Saúde são constituídos pelo Diretor Geral da Unidade, membro nato, quatro representantes da comunidade e seus respectivos suplentes, que são escolhidos em Assembleia convocada pela Federação das Associações de Movimentos Populares (FAMOPES), e três representantes dos servidores da Unidade e respectivos suplentes, escolhidos em assembleia convocada pelo CES/ES.

Os representantes dos servidores e da comunidade nos CGS não podem ocupar cargos eletivos político-partidários, cargos ou funções de confiança no poder público e não são remunerados para participar do CGS. Por fim, a Portaria 340-R instituiu um mandato de dois anos para os membros dos conselhos gestores de unidades estaduais de saúde.

Em 2014, a Portaria 007-R criou os Conselhos Gestores nas unidades filantrópicas e contratadas pela SESA/ES, estabelecendo as mesmas atribuições dos CGS já instituídos, além de algumas novas, como: apresentar relatório mensal de suas atividades ao CES/ES e criar mecanismo para avaliar a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde.

No processo de escolha dos representantes da comunidade nesses conselhos

gestores, a Assembleia deve ser convocada pela representação das Associações de Movimentos Populares ou similares, não mais restringindo essa responsabilidade à FAMOPES. Ainda, a responsabilidade do transporte e alimentação dos integrantes do CGS passa a ser atribuída ao gestor. Finalmente, alterou-se o período do mandato para 3 anos, podendo o representante ser reconduzido por mais um mandato.

De acordo com a SESA/ES (2011), há no estado 21 CGS, dos quais 14 são de unidades hospitalares próprias, sendo três gerenciadas por Organizações Sociais (Hospital Estadual Central, Hospital São Lucas e Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves). Cinco são de Centros de Especialidades, um de Centro de Atendimento Psiquiátrico e um do Centro de Reabilitação Física.

4.2.1.1 Dados sobre os Estabelecimentos de Assistência à Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indica que em outubro de 2014 o estado do Espírito Santo possuía 5.889 estabelecimentos cadastrados, dos quais 3.037 estão na região Metropolitana da Grande Vitória, sendo 1323 somente no município de Vitória.

Desses 5.889 estabelecimentos de saúde, 4362 (74%) são de natureza privada, como consultórios isolados, clínicas/centro de especialidades, policlínicas, hospitais geral e especializado, e unidades de apoio diagnose e terapia. Já 1345 estão sob a administração direta governamental, seja do Ministério da Saúde, seja das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde – centros de saúde/unidades básicas, centros de atenção psicossocial, clínicas/centros de especialidade, hospitais geral e especializado, policlínicas, unidades de apoio diagnose e terapia e centros de apoio à Saúde da Família.

Quanto ao tipo de estabelecimento, a maior parcela (47% ou 2.762) é de consultórios isolados, seguida de clínica/centro de especialidade (1072), centro de saúde/unidade básica (695), unidade de apoio diagnose e terapia (509), posto de saúde (209), policlínicas (193), hospital geral (100) e hospital especializado (16) (CNES, 2014).

A tabela 1 permite a visualização da distribuição dos estabelecimentos de saúde por tipo de prestador e por região, e revela a forte expressão dos estabelecimentos de saúde de caráter privado neste estado, concentrados principalmente na região metropolitana.

Tabela 1- Estabelecimentos de saúde por tipo de prestador segundo as regiões de Saúde, Espírito Santo, 2014

Região de Saúde (CIR)	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Central	286	15	887	3	1191
Metropolitana	499	23	2512	3	3037
Norte	228	7	315	1	551
Sul	367	19	716	8	1110
Total	1380	64	4430	15	5889

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, outubro de 2014.

Os desequilíbrios regionais no estado, acentuados pelos processos de urbanização e industrialização que se concentraram na região da Grande Vitória, são visíveis também na saúde, observando-se uma relevante concentração de estabelecimentos (51,6%) na região Metropolitana.

A rede hospitalar estadual é composta por 15 hospitais próprios (2 na região Norte, 2 na região Central, 9 na região Metropolitana e 2 na região Sul), 1 Centro de Atendimento Psiquiátrico (Cachoeiro de Itapemirim, região Sul), 1 Centro de Reabilitação Física (Vila Velha, região Metropolitana), 5 Centros de Especialidades (regiões Norte, Central, Metropolitana (2) e Sul), 1 Centro de Hematologia e Hemoterapia (região Metropolitana), 6 Hospitais filantrópicos (todos na região Metropolitana), e 1 Hospital Universitário (UFES).

A maior parte dos hospitais próprios ainda está sob gestão pública estadual, com 3 unidades sendo gerenciadas por organizações sociais: o Hospital Estadual Central (HEC), o Hospital São Lucas e o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, que será brevemente tratado no próximo tópico, por ser objeto do contrato de gestão nº 001/2012 estudado pela pesquisa.

4.2.1.2 Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves

A empresa Consórcio Construcap/CEC iniciou a construção do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves em 2009, com financiamento da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo durante a gestão do então governador do estado Paulo Hartung (2003-2010) e do secretário de saúde Anselmo Tozi. Inicialmente, esse hospital chamado de “novo Dório Silva” deveria substituir as instalações do hospital Dório Silva, situado no município

da Serra, a ser desativado após a inauguração daquele.

Na gestão de José Renato Casagrande (2011-2014) e José Tadeu Marino, seu secretário de saúde, tomou-se a decisão de não desativar o hospital Dório Silva, apenas adequando-o para ser referência para casos de clínica médica, funcionando como apoio para o novo hospital. De acordo com o próprio secretário de saúde José Tadeu Marino, essa decisão foi tomada em função do reconhecimento do déficit estadual de leitos hospitalares. Assim, em 13 de junho de 2012, o governador do estado José Renato Casagrande sancionou a Lei nº 9.854, denominando de "*Dr. Jayme Santos Neves*"⁹ o novo hospital estadual localizado no município da Serra, região metropolitana.

Este hospital estadual foi inaugurado em 24 de fevereiro de 2013, com a promessa de ser o maior e mais moderno hospital do Espírito Santo, entre públicos e privados, com 424 leitos. Trata-se de um hospital público, com 100% dos leitos abertos para a população e com o intuito de atender a região e os municípios do interior.

O atendimento prestado é de urgência e emergência e eletivo. É hospital de referência em urgência e emergência para traumas ortopédicos e neurológicos, gestação de alto risco, Centro de Tratamento de Queimados, atendimentos de intoxicação grave, catástrofes, e de urgência para vítimas de ataques de animais e violência. Suas especialidades são: cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia do aparelho digestivo (exceto oncologia), urologia, cirurgia ortopédica, cirurgia plástica reparadora e geral, neurocirurgia, obstetrícia, cirurgia e exames de oftalmologia, cirurgia torácica e cirurgia vascular.

9 O nome do hospital é uma homenagem ao médico e ex-secretário estadual de saúde, Jayme Santos Neves. Nascido em Vitória, em 1909, e de uma tradicional família do estado, o médico é considerado um dos destaques em saúde pública do país. Filho do médico João dos Santos Neves e da portuguesa Albina Gonçalves Morgado da Silva, Jayme Santos Neves formou-se em medicina pela Universidade do Rio de Janeiro em 1932. Foi secretário estadual de saúde, diretor do Hospital das Clínicas (HUCAM/UFES), professor da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e assessor do Ministério da Saúde para Controle do Tabagismo no Brasil. Um dos grandes destaques profissionais de Jayme Santos Neves foi sua atuação na luta contra a tuberculose. Ele foi um dos fundadores da Liga Espírito-santense contra a Tuberculose, entidade da qual também foi presidente, e também diretor da Divisão Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde, além de assessor da OPAS/OMS na fronteira México-Estados Unidos. Dedicava-se à literatura, ocupando a cadeira 25 da Academia Espírito-santense de Letras. Faleceu em 1998.

4.2.1.3 Oferta de Leitos Hospitalares no estado do Espírito Santo

O estado do Espírito Santo dispõe de uma oferta total de 8.189 leitos, públicos e privados, distribuídos de forma desigual entre as regiões do estado, com maior concentração de leitos na região Metropolitana (54,5%), e escassez na região Norte, onde possui a menor oferta de leitos (8,4%).

Tabela 2- Distribuição da oferta de leitos hospitalares por tipo de prestador segundo as regiões de saúde, Espírito Santo, 2014

Região de Saúde (CIR)	Público	Filantrópico	Privado	Total
Central	292	614	275	1181
Metropolitana	1812	1259	1389	4460
Norte	341	260	83	684
Sul	230	950	684	1864
Total	2675	3083	2431	8189

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde, Outubro de 2014

A distribuição da oferta de leitos segundo tipos de prestadores indica que os prestadores filantrópicos detêm a maior parcela (37,6%), seguidos dos leitos públicos (32,7%). Nota-se, ainda, que embora haja uma maior quantidade de leitos filantrópicos na região Metropolitana, proporcionalmente, sua maior concentração se dá na região Sul, representando, inclusive, pouco mais da metade (51%) dos leitos hospitalares ofertados na região.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o índice ideal de leitos para cada 1.000 habitantes é de 3 a 5 leitos. O Espírito Santo apresenta média de 2 leitos para cada mil habitantes. São 2,2 leitos para cada mil capixabas no SUS e 1,8 para o mesmo número de habitantes em hospitais privados (ANAHP, 2014), havendo um déficit de leitos hospitalares, o que para um dos gestores entrevistados pode ser justificado pelo crescimento do setor privado em detrimento do público:

O que aconteceu no estado do Espírito Santo e outros estados brasileiros foi um fechamento de hospitais públicos nas últimas décadas, enquanto houve um crescimento da iniciativa privada, dos planos de saúde, hospitais próprios [dos planos de saúde]. Se você pegar Vitória, você vê: Meridional, Metropolitan, Apart Hospital, Hospital Praia da Costa, Hospital de Vila Velha... Nós tivemos assim, só na Grande Vitória a construção de 7 hospitais [privados]. Quantos [públicos] construídos foram? (G1).

Ainda, esse mesmo gestor atribuiu ao governo Paulo Hartung (2003-2010) a

responsabilidade do não investimento na construção de hospitais públicos, mostrando, segundo ele,

Que é o que o debate da campanha Paulo Hartung e Renato [Casagrande] está mostrando isso: “Você ficou 8 anos no poder, qual hospital você abriu? Deixou uma ordem de serviço pronta no São Lucas e uma ordem de serviço pronta no Jayme”. Então o cara ficou 8 anos no poder e no período dele, se abriram hospitais privados, ele investiu uma barbaridade de dinheiro no privado, porque filantrópico é privado. Mas público mesmo, o único hospital público que foi construído foi o Dório Silva, 35 anos atrás. E quantos “hospitaizinhos” no interior fecharam?. (G1)

Os dados apresentados na tabela 3 mostram a importante participação dos prestadores não-públicos (filantrópicos e privados) no SUS estadual, com predomínio dos prestadores filantrópicos, que ofertam 2442 leitos (79% do total) contratados pela SESA/ES. Esses dados evidenciam a dependência que o estado possui dos leitos hospitalares do setor filantrópico e, embora em menor proporção, também do setor privado lucrativo, do qual contrata 739 leitos (30% do total de leitos).

No entanto, a pesquisa não nos permite afirmar que esse investimento realmente foi realizado pelo governo de Paulo Hartung (2003-2010), conforme alegado pelo entrevistado.

Tabela 3- Oferta de leitos hospitalares SUS e Não SUS segundo tipo de prestador - Espírito Santo, 2014

Tipo de Prestador	Leitos Totais	Leitos SUS	Leitos Não SUS
Públicos	2675	2675	-
Filantrópicos	3083	2442	641
Privados	2431	739	1692
Total	8189	5856	2333

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde, outubro de 2014.

A maior parte dos leitos filantrópicos contratados pelo SUS é de leitos de hospital geral (2.316 leitos ou 94,8%), enquanto no setor privado lucrativo este tipo de estabelecimento corresponde a 44% de contratação pelo SUS. Por outro lado, 55,4% dos leitos privados contratados pelo SUS são leitos especializados, sendo 409 de um total de 664 leitos privados especializados (Tabela 4).

Tabela 4 - Oferta de leitos hospitalares totais e SUS segundo tipo de estabelecimento - Espírito Santo, 2014

Tipo de Estabelecimento	Leitos Totais			Leitos SUS		
	Público	Filantropico	Privado	Público	Filantropico	Privado
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	13	-	-	13	-	-
Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado	-	-	140	-	-	4
Hospital Especializado	311	111	664	311	103	409
Hospital Geral	2257	2922	1624	2257	2316	326
Hospital DIA		--	3	-	-	-
Pronto Socorro Especializado	8	-	-	8	-	-
Unidade Mista	86	50	-	86	23	-
Total	2675	3083	2431	2675	2442	739

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde, outubro de 2014.

Os dados apresentados justificam a carência de leitos e a opção pela não desativação do hospital Dório Silva e inauguração do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, conforme relatado anteriormente, mas não foram indicados pelos entrevistados como relevantes na decisão por estabelecer parcerias com as organizações sociais. Os motivos da SESA/ES, sob o ponto de vista dos dois conselheiros gestores entrevistados, serão tratados no tópico “As Organizações Sociais na saúde do Espírito Santo”.

4.2.2 As organizações sociais no Espírito Santo

4.2.2.1 O que são as Organizações Sociais?

Organizações Sociais (OS) são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares para desempenhar serviços sociais não exclusivos do Estado, com incentivo e fiscalização pelo poder público, mediante vínculo jurídico instituído por meio de contrato de gestão (DI PIETRO, 2012).

Criadas no segundo mandato do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998),

frutos da reforma do Estado, as OS representariam uma parceria entre o Estado e o setor privado filantrópico, capaz de administrar instituições ligadas às áreas da saúde, educação, meio ambiente, cultura e pesquisa científica. Para Bresser-Pereira (1998), ex-ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), a aposta de Fernando Henrique Cardoso nas organizações sociais parte do pressuposto de que esse tipo de entidade é mais eficiente e garante melhor qualidade para a realização desses serviços do que as organizações estatais ou privadas (Bresser-Pereira, 1998, p. 235), provendo mais agilidade e presteza ao ente privado para administrar os equipamentos de saúde pública e controle administrativo efetivo à Secretaria de Estado e para regular o serviço prestado (BRASIL, 1998).

Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), elaborado pelo extinto MARE, as OS gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação, seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição e na melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.

Essa expectativa do MARE vai ao encontro da lógica neoliberal, em que a resposta às necessidades sociais deixa de ser uma responsabilidade de todos – através contribuição compulsória do financiamento estatal – e um direito do cidadão e passa a ser uma opção do voluntário que ajuda o próximo.

Montaño (2010) visualiza nesse enunciado a indução a uma imagem ideológica de transferência de atividades de uma esfera estatal satanizada – considerada naturalmente como burocrática, ineficiente, desfinanciada, corrupta – para uma santificada “sociedade civil” transmutada em “terceiro setor”.

Assim, a desresponsabilização estatal das respostas às sequelas da “questão social” seria, supostamente, compensada pela ampliação de sistemas privados mercantis (empresariais, lucrativos) e filantrópicos-voluntários (do chamado “terceiro setor”) (MONTAÑO, 2010).

Ainda, para Di Pietro (2012), o MARE deixa muito clara a intenção do legislador de fugir ao seu enquadramento entre as entidades da administração indireta e, em consequência, ao regime jurídico imposto às mesmas, que envolve licitação, concurso

público e controle ao referir que as OS gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado (DI PIETRO, 2012).

De acordo com a Lei 9.637 de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, essas entidades, para todos os efeitos legais, são declaradas como de interesse social e utilidade pública. Assim, poderão ser destinados às OS recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão. Dentre as áreas previstas de atuação das OS, destaca-se a saúde.

A legislação prevê que a organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990. Assim, deverão ser respeitados princípios tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde; descentralização político-administrativa e **participação da comunidade**, entre outros (grifos nossos).

4.2.2.2 As Organizações Sociais na saúde do Espírito Santo

Em 2006, durante a gestão estadual sob o comando de Paulo Hartung, elaborou-se um instrumento de gestão, o Plano de Desenvolvimento Espírito Santo 2025, que visava, por meio de 97 projetos estruturantes, estimular o investimento público e privado, articular iniciativas de todas as esferas de poder, iniciativa privada e organizações da sociedade civil e orientar o estabelecimento de parcerias. Destacamos como projetos âncoras: os projetos (82) Gestão Orientada para resultados, com o objetivo de dotar o Governo do Estado do Espírito Santo de um modelo de gestão orientada para resultados; e (87) Ampliação da Gestão Pública Não Governamental.

O projeto 87 visava melhorar a qualidade, reduzir custos e ampliar a cobertura da prestação de serviços públicos, por meio de parcerias com entidades da sociedade civil organizada. Isso se daria através da constituição de OS, do estímulo à criação de OSCIPs para atender a demandas do estado e principais municípios e do estabelecimento de contratos de gestão nos vários setores das administrações públicas. Este projeto buscava

como resultados a implantação de, pelo menos, três contratos de gestão com instituições da sociedade civil organizada na área da saúde até 2008.

Nesse período, o secretário estadual de saúde, Anselmo Tozi, colocou em prática os projetos anunciados com a abertura de processo de contratação com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP para realizar parcerias com a SESA na execução das atividades inerentes à Farmácia Cidadã Estadual, ao Serviço de Residências Terapêuticas, às Unidades Prisionais e às Unidades de Medida Socioeducativa. Também firmou contrato de gestão com OS para o desenvolvimento das atividades do Hospital Central de Vitória. Ainda, o governo estadual criou o Programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, por meio da Lei Complementar nº 489 de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais nesse estado.

A Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) era mantenedora do Hospital Evangélico de Vila Velha desde 1972, porém, apenas no ano de 2007 recebeu o título de organização social, estando apta a gerenciar instituições da rede pública de saúde. A partir de 2008 o Hospital Evangélico de Vila Velha assumiu a gestão da Maternidade Municipal de Cariacica. Sobre essa contratação, há registro na ata da 80ª RO do CES/ES, ocorrida em 21/02/2008, de que o secretário estadual de saúde, Anselmo Tozi, “concluindo disse que o estado assumirá a gestão do Hospital São João Batista em Cariacica e quem gerenciará a gestão será o Hospital Evangélico de Vila Velha, dentro do sistema de contratualizados”.

O contrato nº 001/2008 do Hospital Dr. Benício Tavares Pereira (Hospital Estadual Central - HEC) foi tema da 35ª RE do CES/ES ocorrida em 23/06/2009, cujo primeiro ponto de pauta foi: atual situação do Hospital Central (Obras Físicas e Gestão). Assim como todas as atas do ano de 2009, essa ata não está disponível na internet e nem no acervo do conselho para consulta.

Em acesso a uma versão não concluída dessa ata, verifica-se que o gerente de Projeto de Modernização e Ampliação da Rede Hospitalar Pública do estado do Espírito Santo informou na reunião sobre o atraso na conclusão da obra, além de prestar informações sobre um edital realizado no ano anterior para a contratação de uma organização social que gerenciaria o hospital.

Vários conselheiros se manifestaram com dúvidas em relação à gestão e o papel do

conselho nesse processo, além de restrições sobre o novo modelo de gestão adotado. Entretanto, a decisão já havia sido tomada pela SESA, que inclusive anunciou, por meio da gerência de projetos, que dentro do Projeto de Modernização e Ampliação da Rede Hospitalar Pública do estado estavam incluídos o Hospital Central, a reforma e ampliação do Hospital São Lucas e o novo Hospital Dório Silva, que posteriormente foi denominado Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

A organização social Pró-Saúde gerenciou o HEC até dezembro de 2011, quando esta unidade passou a ser gerenciada pela Associação Congregação de Santa Catarina (Contrato 001/2011).

A manifestação de uma conselheira representante dos trabalhadores na 47ª RE, ocorrida em 06/09/2012, ilustra, mesmo após três anos, a insatisfação quanto ao processo de contratação da organização social.

Acho que o conselho tem que tomar muito cuidado porque, por várias vezes, esse conselho, desde o início do Hospital Central, se posicionou a respeito do assunto. E no entanto, foi posto “goela abaixo”, o Hospital Central, a direção, a OS, a OSCIP. Deu no que deu no que estava lá. Eu, pelo menos, como conselheira não tomei conhecimento do que aconteceu (CES/ES, 47ª RE, 6 de setembro de 2012).

Em 2012, foi firmado o contrato de gestão para o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (Contrato nº 001/2012), objeto desta pesquisa, sendo selecionada a OS Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES).

Do ponto de vista dos gestores entrevistados (G1 e G2), alguns motivos justificam e demonstram necessidade de se estabelecer parcerias com as organizações sociais. A principal motivação, segundo eles, é a redução do repasse de recursos por parte da União, o que requer dos estados e municípios um investimento de recursos acima do mínimo exigido constitucionalmente:

[...] o recurso é público, a cada dia se torna mais raro, você não tem mais a mesma quantidade de recurso público, as demandas são cada vez maiores e se você não tiver uma otimização no gasto racional dos recursos... eles [os gestores estaduais] estão chegando num ponto em que o estado está com uma capacidade de investimento grande. O estado está gastando algo em torno de 18 a 19% da receita estadual, quando deveria gastar 12% constitucionalmente. Os municípios, que deveriam gastar 15% estão na faixa de 23% a 25%, e alguns até mais. Quer dizer, a União não tem o compromisso de estabelecer [uma percentagem de repasse maior] e a cada dia que passa diminui a quantidade de recurso. [...] Então, o estado tá tirando recurso próprio para suplantar o que do recurso federal não chega. [...] Então, isso está chegando a um ponto que tá esgotando a

capacidade de investimento do estado e de recursos humanos. Quase todos [os municípios] estão no limite da lei de responsabilidade fiscal em relação a recursos humanos. E a população aumenta, as demandas aumentam, a quantidade de unidades de saúde que precisam ser abertas, de hospitais, etc (G2).

Ainda, os entrevistados consideram que a SESA/ES está submetida a controles muito rigorosos, que, segundo eles, inviabiliza processos de compra, abertura de hospitais e serviços de saúde, repercutindo de forma prejudicial na prestação de serviços:

Eu acho que [a gestão por contratos com organizações sociais] é um divisor de águas. Na atualidade, ser gestor público está sendo muito difícil, porque você tem um processo de controle com o qual, às vezes, é impossível você trabalhar. Você tem controle interno, com a secretaria de controle interno e procuradoria jurídica, tem controle do Tribunal de Contas do Estado e da União, porque nós temos verbas que são federais, tem o Ministério Público, e todas as pessoas acham que todos são desonestos. Então, o mecanismo de controle que se tem hoje é muito grande, tanto interno quanto externo. Além da legislação que impede você de trabalhar. [...] Há uma dificuldade muito grande na gestão hoje porque [ocorre] um embate financeiro. Os processos de compra dos equipamentos [são permeados por dificuldades administrativas e denúncias ao MP por parte de empresas participantes do processo]. Haja visto que nós estamos há quase um ano para comprar equipamento para o São Lucas e não conseguimos comprar todo porque o processo bate. E o que acontece com essa empresa que parou todo o processo? Não acontece nada. E o prejuízo fica por conta da administração pública (G2).

Por fim, citou-se como vantagem das OS a agilidade e rapidez nos processos de compra e de renovação de estoque de materiais e equipamentos:

[...] a prática que nós temos hoje é de que a gestão é muito mais ágil, a satisfação do usuário é muito maior em relação à prestação do serviço, pelo menos nas OS que nós temos aqui no Espírito Santo nos dois hospitais” (G2).

Na OS você compra mais rápido. Aqui acaba o contrato de quatro designações temporárias e é difícil colocar alguém no lugar dessas pessoas porque o Ministério Público exige que tenha que ter concurso público. Então essa questão dos recursos humanos, do processo de compra, é lógico, é evidente que você usa uma metodologia, às vezes, da iniciativa privada, então você às vezes renova o seu estoque mais rápido (G1).

Dessa forma, foi relatado o interesse do governo estadual por contratar organizações sociais para gerenciar hospitais públicos estaduais, como forma de avaliar diferentes opções de gestão hospitalar:

Então o governador sempre colocava: “Eu quero ver quanto eu gasto no meu hospital público proporcionalmente pelo tamanho. Quanto eu gasto no hospital por OS, quanto que um filantrópico gasta, até pra ver qual é a qualidade da minha gestão própria, qual a qualidade que eu estou tendo na gestão por OS e no filantrópico”. [...] E já fizemos, inclusive, uma demonstração para o Ministério Público de contas que nos pediu e nós levamos. Qual é o custo do Dório Silva,

que é um hospital [com gestão] própria nossa, com 200 leitos, e qual é o custo do Jayme, que tem 400? É mais barato. Estou falando proporcionalmente. Por exemplo, eu gasto R\$80 milhões no Dório Silva, com 200 leitos e gasto R\$ 140 milhões no Jayme com 434 leitos (G1)

Para dar o máximo de transparência possível a esse projeto, tem sido feitas comparações de hospitais públicos nossos, com o que se faz [de prestações de serviços] lá, com o que se faz na OS, pra gente ver de fato e até pra comparar custo, preço, resultado... E é aquilo que o governador falava lá atrás, ele pelo menos vai ter agora, no final de 4 anos, que seja, um documento na mão dele pra falar assim: “Caramba, esse negócio de OS deu prejuízo pro estado”, ou “Esse negócio de OS é legal, tanto o público como OS, não teve custo, os resultados são os mesmos”, até pra que ele defina, mude de ideia ou não, defina (G1).

Ainda, G1 alegou que as decisões do governo estadual de adotar a gestão de um hospital público estadual por organização social estão respaldadas pela indefinição do Supremo Tribunal Federal sobre a matéria, afirmando, assim, que a prática não é ilegal.

Primeiro, como eu te falei, era um projeto do governo, do governador, de colocar OS. Então, o governador, nesse ponto, sempre chamou a responsabilidade pra ele: “eu sou o governador, eu sou o poder executivo, e eu entendo que esse hospital novo, que nós estamos construindo, vai ter uma gestão por OS. Eu quero e tenho direito de, enquanto isso não for ilegal...” Ele [o governador Renato Casagrande] quer dizer que: “por mais que o Ministério Público possa questionar, por mais que o movimento popular questione, mas onde está escrito que é ilegal?” [...] Existe uma ADI, que está no Supremo Tribunal Federal, no processo de discussão, mas que ainda não foi votada e não saiu lá o veredito final dizendo que “é proibido você ter gestão por organização social dentro dos órgãos públicos”. Ou seja... Nós sempre colocamos, o dia que isso sair, a corte máxima brasileira falar: “olha, isso não pode, é ilegal”, nós vamos desativar, pedir um prazo de um ano ou sei lá quanto e vamos transformar em gestão própria (G1)

Os dois gestores entrevistados (G1 e G2) revelaram que a SESA pretende assumir o papel de regulação e não mais de operacionalização dos serviços, investindo no fortalecimento dos organismos de monitoramento e controle dos recursos públicos.

Eu acho que a gestão por OS veio para ficar, ela é muito mais ágil, mais eficaz e eu acho que a Secretaria de Saúde vai ter que assumir o papel de gestão dos serviços e não de operacionalização dos serviços. É o fortalecimento desses organismos de monitoramento e controle do recurso público (G2)

Em janeiro de 2014, a SESA/ES lançou o edital para seleção de projetos de OS com interesse em gerenciar o Hospital Estadual São Lucas.

Na ocasião da 53ª RE, realizada em 13/01/2014, alguns conselheiros se manifestaram sobre o Hospital São Lucas, solicitando que o secretário de saúde incluísse na pauta a discussão e deliberação sobre a gestão desse hospital, posto que um edital de

contratação já havia sido lançado e a secretaria não havia levado o assunto para debate no CES/ES. Em resposta, segundo a ata da 53ª RE do CES/ES,

[...] o presidente do CES, Dr. Tadeu Marino, tomou a palavra e afirmou existir uma definição do governo desse modelo de gestão. O governo não vai submeter ao conselho se vai ser OS ou não, se o Conselho disser que não quer OS, o governo vai fazer OS. É uma definição política do governo. Afirmou estar dizendo isso com muita transparência: é uma definição política da autoridade do governador, ele traz para o Conselho como ele quer, está propondo àquele órgão quanto vai gastar, quem vai trabalhar, como vai trabalhar, como vai funcionar [...]. O governo não quer perder tempo para definir uma decisão política do governo e do governador, já que não é ilegal, ele está respaldado por milhões de votos, é uma decisão do executivo, não cabe nem ao Ministério Público decidir [...]. É muito melhor vir para o Conselho definido que vai ter uma organização social, que terá um processo democrático de escolha do projeto, [...] até agora são sete OS que se inscreveram, OS daqui e fora do estado, é um processo transparente de escolha, será colocado o Controle Social para observar, depois se faz um Conselho Gestor, se acompanha a administração, é essa a questão. Pode-se discutir o que é uma OS, como funciona. [...]. Por isso não vai se submeter se pode ou não pode ter esse tipo de contratação (CES/ES, 53ª RE, 2014).

Dessa forma, o CES/ES não participou do processo de escolha do modelo de gestão e da organização social. A organização social selecionada para gerenciar esta unidade foi o Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública - IAPEMESP.

Após contextualizarmos a inserção das organizações sociais no Espírito Santo, apresentamos a OS Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), selecionada em 2012, conforme visto, para gerenciar o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves, objeto desta pesquisa.

4.2.2.3 Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense

A AEBES é uma entidade sem fins lucrativos, de caráter privado, qualificada como organização social. Fundada em 1956, é fruto da união de membros das igrejas Batista, Cristã Evangélica, Evangélica de Confissão Luterana, Metodista, Presbiteriana do Brasil e Presbiteriana Unida. Embora a AEBES já fosse mantenedora do Hospital Evangélico de Vila Velha desde 1972, unidade própria, apenas no ano de 2007 recebeu o título de organização social, estando apta a gerenciar instituições da rede pública de saúde.

Desde 2008 a AEBES assumiu a gestão da Maternidade Municipal de Cariacica em um convênio tripartite celebrado entre ela, o governo do estado e a prefeitura de Cariacica. E desde 2012, por meio do contrato de gestão nº 001/2012, publicado em 01 de novembro

de 2012, a AEBES é responsável por gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Essa associação possui um estatuto social como instrumento de regência de suas ações, que prevê como órgãos integrantes Assembleia Geral, Conselho Administrativo, Conselho Fiscal e Diretoria Executiva. A assembleia geral é o órgão máximo no organograma da associação, que se reúne ordinariamente uma vez por ano e extraordinariamente quantas vezes for convocada. Seus membros, no total de 36, são indicados pelas 6 igrejas instituidoras da AEBES.

Subordinados à Assembleia Geral estão o Conselho Administrativo, o Conselho Fiscal e a Diretoria Executiva. A escolha dos 12 membros para compor o Conselho Administrativo é feita por meio de eleição direta, entre os participantes da Assembleia Geral, para um mandato de dois anos. O conselho administrativo se reúne uma vez ao mês, ordinariamente, e extraordinariamente quando convocado. Sua função é, entre outras, determinar a política geral da AEBES, eleger a Diretoria Executiva, gerir e controlar o funcionamento da AEBES.

Ainda, em seu estatuto consta como parte integrante do planejamento estratégico da Associação a ação de gerenciar unidades externas. Assim, a AEBES, atualmente, gerencia a Maternidade Municipal de Cariacica e o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

4.2.3 Etapas de um processo de contratualização de uma OS para gestão de um serviço de saúde

Apresentar-se-á, brevemente, neste tópico, as etapas de um processo de contratualização de uma organização social, com base nas leis vigentes¹⁰. O levantamento dessas, permite facilitar a compreensão sobre as possibilidades de atuação do CES/ES nesse processo, que serão abordadas no tópico 6.8, facilitando a análise do papel desempenhado pelo CES/ES no processo estudado pela pesquisa.

10 Lei Federal Nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998); Lei Complementar nº 489 de 2009 (ESPÍRITO SANTO, 2009); Decreto 2484-R de 10/03/10 (ESPÍRITO SANTO, 2010) e Decreto 2636-R de 15/12/2010 (ESPÍRITO SANTO, 2010)

1. Processo de Qualificação das entidades

Para celebrar um contrato de gestão com órgãos da administração pública estadual, como a Secretaria Estadual de Saúde, a entidade sem fins lucrativos deve pleitear a titulação de organização social. Esse primeiro passo é denominado processo de qualificação, em que a entidade que solicita o pedido de qualificação como OS deve comprovar, por meio de um rol de documentos exigidos, sua experiência na área específica da atividade a ser executada, e sua regularidade fiscal.

De acordo com a Lei Complementar nº 489 de 2009, que dispõe sobre a qualificação das entidades como OS, esta é dada por ato conjunto do Secretário de Estado da pasta responsável pela área de Gestão e do Secretário de Estado supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social, no caso em estudo, do Secretário de Saúde do estado do Espírito Santo.

No Espírito Santo, há uma comissão formada pela SESA e pela Secretaria de Estado Extraordinária de Projetos Especiais e Articulação Metropolitana (SEPAM), uma equipe multiprofissional composta por servidores, responsável por verificar a regularidade e conformidade administrativa, jurídica e fiscal da entidade, sua experiência em gestão de serviços de saúde e a saúde financeira da entidade. Após análise dessas exigências, a SESA e a SEPAM emitem um certificado qualificando essa entidade como organização social.

Após qualificada, a entidade está apta a celebrar contrato de gestão com a SESA mediante concurso de projeto.

2. Escolha da OS para estabelecer parceria

A escolha da organização social para celebração do contrato de gestão é realizada por meio de publicação de edital de convocação pública, que detalha os requisitos para participação e os critérios para seleção dos projetos, e posterior recebimento, julgamento e classificação dos programas de trabalho propostos.

Uma equipe técnica da SESA elabora o edital de convocação pública e concurso de projetos, e qualquer entidade qualificada como organização pode concorrer. Segundo a lei complementar, não constitui condição indispensável para a participação no procedimento de seleção a prévia qualificação como organização social da entidade interessada, competindo, contudo, à entidade interessada qualificar-se como tal até a data da assinatura

do contrato.

Conforme o decreto 2484-R de 10/03/10 , a Secretaria Estadual de Saúde é o órgão estatal supervisor das organizações sociais da área da saúde, que além de elaborar o projeto básico e editais de convocação pública e concurso de projetos, possui como competências: (1) definir os serviços e atividades que serão transferidos à execução por OS com base na política pública de saúde; (2) elaborar Contrato de Gestão, seguindo modelo padrão definido pela Secretaria de estado de Gestão e Recursos Humanos (SEGER)¹¹; (3) definir os resultados e metas a serem atingidos pelas organizações sociais, utilizando indicadores de desempenho para a sua medição; (4) constituir comissão de monitoramento e avaliação do contrato de gestão; (5) realizar monitoramento do contrato de gestão, por meio do acompanhamento contínuo das atividades e serviços transferidos para a execução por OS.

A comissão de Monitoramento e Avaliação é a instância responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação dos resultados alcançados pela OS, previstos no respectivo contrato de gestão. Compete a essa comissão acompanhar o desenvolvimento do programa de trabalho e metas estabelecidas no contrato de gestão; requerer, a qualquer momento, a apresentação de relatório pertinente à execução do contrato de gestão; avaliar os relatórios apresentados pela OS, bem como a prestação de contas; e entre outros, comunicar ao secretário estadual de saúde e ao secretário da SEGER, assim como à Secretaria de estado de Controle e Transparência (SECONT) e à Procuradoria Geral do estado do Espírito Santo (PGE) as irregularidades ou ilegalidades de que tiver conhecimento, envolvendo a utilização de bens de origem pública por organização social.

Prosseguindo com o processo de seleção da organização social, após a divulgação do edital e recebimento dos programas de trabalho, uma Comissão para seleção de projetos formada por uma equipe multiprofissional da SESA e SEPAM, tem por objetivo analisar os projetos apresentados e selecionar a melhor proposta a fim de indicar a organização que formalizará o contrato de gestão. Essa equipe verifica critérios estabelecidos no edital de convocação pública. No caso do edital 001/2012, os itens da avaliação estão detalhados no quadro 4 (abaixo).

11 A SEGER é o órgão central do Programa de Organizações Sociais (criado pela Lei Complementar nº 489 de 2009 e regulamentado pelo Decreto nº 2484-R de 2010). Esse órgão é responsável pelo planejamento, coordenação, acompanhamento e implementação das ações.

Quadro 4: Critérios de avaliação averiguados num processo de seleção de organização social. Espírito Santo, 2014

Critérios de Avaliação	Itens de Avaliação	Pontos
1. MÉRITO INTRÍNSECO E ADEQUAÇÃO AO PROJETO (Pontuação máxima – 15 pontos)	1.1 – Serviços propostos	5
		2,5
		0
	1.2 – Qualidade assistencial	5
		2,5
		0
	1.3 – Qualidade de gestão	5
		2,5
		0
2. CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL DA CANDIDATA (Pontuação máxima – 30 pontos)	2.1 – Experiência anterior da instituição em gerenciamento hospitalar	20
		15
		0
	2.2 – Tecnologia da informação	5
		2,5
		0
	2.3 – Gestão de materiais	5
		2,5
		0
3. ADEQUAÇÃO ENTRE OS MEIOS SUGERIDOS, SEUS CUSTOS, CRONOGRAMAS E RESULTADOS ESTIMADOS (Pontuação máxima – 40 pontos)	3.1 – Custos Totais	10
		5
		2,5
	3.2 – Produção - Composição das 5 linhas de contratação	10
		5
		2,5
	3.3 – RH proposto	10
		5
		0
	3.4 – Peso dos custos de RH	10
		0
		0
4. AJUSTAMENTO DA PROPOSTA ÀS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E AOS CRITÉRIOS UTILIZADOS PELO PODER PÚBLICO (Pontuação máxima – 15 pontos)	4.1 – Relações institucionais	5
		2,5
		0
	4.2 – Gestão de pessoas	5
		2,5
		0
	4.3 – Processos de qualidade	5
		2,5
		0

Fonte: Edital de Seleção de Projetos 001/2012 - Secretaria de estado da Saúde, Governo do estado do Espírito Santo, 2012.

Por fim, a entidade com maior pontuação é selecionada para estabelecer o contrato de gestão.

3. Contrato de Gestão

O contrato de gestão é o instrumento firmado entre o poder público e a entidade

qualificada como organização social, para fomento e execução de atividades relativas à área de escolha. Ele possui as atribuições, responsabilidades e obrigações a serem cumpridas pelo estado, através do secretário estadual da área correspondente à atividade fomentada e pelo presidente da entidade qualificada como organização social.

Quanto ao contrato de gestão¹²: (1) é elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social e discrimina as atribuições, responsabilidades e obrigações entre as partes; (2) deve ser aprovado pelo Conselho de Administração da entidade e, posteriormente, submetido ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada; (3) deve especificar o programa de trabalho proposto pela OS, estipular as metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade; (4) deve estipular os limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções; (5) sua execução deve ser fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada; (6) e a entidade qualificada deve apresentar, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

No caso do Espírito Santo, a Lei Estadual Complementar nº 489 de 2009 dispõe que o monitoramento, acompanhamento e a fiscalização da execução do Contrato de Gestão, sem prejuízo da ação institucional dos demais órgãos normativos e de controle interno e externo do Estado, serão efetuados pela Secretaria de Estado ou órgão da Administração Pública Estadual que firmar o Contrato de Gestão, especialmente (I) quanto às metas pactuadas e aos resultados alcançados, devendo ser designado um gestor responsável por este monitoramento; (II) quanto ao aprimoramento da gestão da organização social e à otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão; (III) quanto ao aprimoramento dos processos de formulação, monitoramento e avaliação.

12 Essas características foram resumidas a partir da Lei Federal Nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências (BRASIL, 1998).

O contrato de gestão deve conter cláusulas que disponham, entre outros, sobre o atendimento indiferenciado aos usuários dos serviços objeto do contrato de gestão e a obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado e em jornal de grande circulação estadual, de demonstrações financeiras.

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, que deve encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida. E por fim, a prestação de contas da organização social deve ser apresentada no mínimo semestralmente, por meio de relatório pertinente à execução do contrato de gestão.

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, por meio do Decreto 2636-R de 15/12/2010, instituiu a Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde (GCMASS), cujas competências incluem as atividades relacionadas à elaboração, tramitação e gestão dos contratos de serviços de saúde, seja do terceiro setor ou rede pública, e à coordenação do funcionamento do sistema e dos mecanismos de acompanhamento dos contratos de serviços de saúde, além da realização de avaliação técnica periódica dos contratos firmados.

Seus objetivos são operacionalizar as diretrizes da política pública definida pelo estado, estabelecer metas, indicadores e critérios de avaliação do contrato de gestão; e realizar o controle e a avaliação dos resultados econômicos e financeiros dos serviços contratualizados em conformidade com os princípios da eficiência e economicidade. Além disso, a GCMASS tem a responsabilidade de interagir com as várias instâncias da Secretaria de Estado da Saúde e órgãos externos, relacionados com a função de contratação, controle e avaliação de serviços de saúde.

Essa gerência possui dois núcleos: Núcleo Especial de Controle, Monitoramento e Avaliação do Terceiro Setor, que tem por finalidade realizar o devido controle, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde contratados ao terceiro setor, cuidando da realização de todas as atividades necessárias para subsidiar a GCMASS; e o Núcleo Especial de Controle, Monitoramento e Avaliação da Rede Pública, que tem a mesma finalidade, porém com foco nos serviços da rede pública.

A GCMASS é responsável pelo gerenciamento de todos os hospitais filantrópicos e

organizações sociais contratadas pela SESA/ES; também pela organização de uma reunião mensal, que ocorre em seu espaço físico, para apresentação e prestação de contas dessas entidades. Além disso, um técnico dessa gerência trabalha no hospital para acompanhar as ações e realizar permanentes auditorias dos contratos.

É importante destacar que além da SESA/ES, o CES/ES pode se relacionar com as organizações sociais contratadas também por meio dessa reunião mensal realizada pela GCMASS. Esse assunto será discutido nos tópicos 6.7 e 6.8, após estudado o CES/ES e suas atribuições.

5 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (CES/ES)

Neste capítulo, dedicado à apresentação do CES/ES, inicialmente aborda-se o histórico da constituição e composição deste colegiado¹³, percorrendo as orientações das leis instituídas ao longo desse processo de formação até a legislação vigente – a Lei Estadual nº 7.964 de 2004, que estabelece as regras atuais de conformação do conselho. Expõe, ainda, parte da pesquisa documental realizada ao apresentar a organização, as atribuições dessa instância e, durante o período delimitado pela pesquisa, as discussões que envolveram o processo de implantação do modelo de gestão por uma organização social para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

5.1 BREVE HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO E COMPOSIÇÃO DO CES/ES

Os antecedentes do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo nos remetem a 1987, período anterior à promulgação da Lei 8.080 de 1990, que regulamentou o funcionamento do SUS. No entanto, esse conselho possuía apenas caráter consultivo, sem existência formal e sem um funcionamento regular. Suas reuniões eram esporádicas e não foram registradas. Foi criado um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde, em decorrência das pressões do Movimento Popular de Saúde (MOPS) no estado (FERRAZ, 1998).

O CES/ES constituiu-se, naquele momento, como espaço para o confronto de posições entre o poder executivo, o movimento social organizado e o movimento sindical acerca do processo de implantação do SUS e do controle social sobre o sistema (FERRAZ, 1998).

Ferraz (1998) registra que esta primeira experiência foi capaz de tornar públicos licitações e convênios realizados entre a SESA e o setor privado, com o movimento social exercendo um papel fiscalizador sobre as ações da secretaria de saúde, embora a indefinição das atribuições do conselho e a ausência de poder legal para discutir e deliberar sobre a política estadual de saúde impedisse que o mesmo se constituísse como espaço de

13 Os aspectos históricos do CES/ES baseiam-se, apenas, na dissertação de Ana Targina Rodrigues Ferraz, intitulada "Conselhos Gestores em Saúde: a experiência do Espírito Santo durante a gestão petista", apresentada ao programa de pós-graduação em Ciência Política da Universidade Estadual de Campinas em 1998, uma vez que não encontramos outros estudos publicados sobre o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo.

articulação, negociação e reconhecimento destes atores coletivos sobre a direção a ser dada ao sistema estadual de saúde.

Até o ano de 1990, a legalização e constituição formal do CES foi o tema que polarizou as discussões entre os atores sociais ali presentes. O Conselho Estadual de Saúde foi instituído legalmente durante o governo do PMDB, pela Lei Estadual nº 4.317 de 4 de janeiro de 1990 (ESPÍRITO SANTO, 1990).

Neste momento, é possível afirmar, que a disputa entre as diferentes posições acerca da reforma do sistema, da democratização do acesso aos serviços e do processo decisório foi parcialmente resolvida em favor do Movimento Social Organizado e do Movimento Sindical de caráter democratizante (FERRAZ, 1998, pg. 116).

A lei estadual que dispõe sobre o Sistema Estadual de Saúde do Espírito Santo estabelece os seguintes órgãos: Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Conselho Estadual de Saúde (CES) e os Conselhos Regionais de Saúde. Esses últimos, compostos majoritariamente por secretários municipais de saúde da respectiva região, foram criados em 1990 com a competência de subsidiar a formulação, acompanhar e avaliar a execução do Plano Regional de Saúde, mas foram posteriormente extintos em 1995. Segundo a legislação que criou o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo,

[...] dentre outras competências, cabe [ao CES/ES] deliberar sobre o estabelecimento, o acompanhamento e avaliação da Política e Diretrizes Estaduais de Saúde; aprovar, acompanhar e avaliar a execução do Plano Estadual de saúde e convocar, de dois em dois anos, a Conferência Estadual para avaliar o Sistema Estadual de Saúde e propor novas Diretrizes à Política Estadual de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 1990).

Além do artigo 13, que trata brevemente das competências do Conselho Estadual de Saúde, o Art. 12 define sua composição e a distribuição de representantes de cada segmento da seguinte forma:

§ 1º - O Conselho Estadual de saúde será composto por:

I - Representantes das Instituições Públicas comprometidas direta ou indiretamente com o Sistema Estadual de Saúde:

Secretário de Estado da Saúde, que será o seu Presidente;

4 Representantes do Governo Federal, através dos ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho e da Previdência e Assistência Social;

1 Representante da Coordenadoria Estadual do Planejamento,

1 Representante da Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social;

1 Representante da Secretaria de Estado do Meio Ambiente;

- 1 Representante da Secretaria de Estado do Interior;
- 1 Representante da Secretaria de Estado da Educação;
- 4 Representantes das Prefeituras Municipais, sendo um de cada Região de Saúde, indicados pelos respectivos Conselhos Regionais de Saúde.
- II** - Representantes da Sociedade Civil Organizada através de suas representações estaduais:
 - 1 Representante da Associação de Hospitais - ES;
 - 1 Representante das Entidades Filantrópicas - ES;
 - 1 Representante das Entidades Cíveis do Meio Ambiente;
 - 1 Representante do Movimento Popular de Saúde;
 - 1 Representante dos Servidores de Saúde;
 - 1 Representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo;
 - 1 Representante da Federação dos Trabalhadores na Indústria do Espírito Santo;
 - 1 Representante da Federação dos Trabalhadores no Comércio do Espírito Santo;
 - 1 Representante da Federação da Indústria do Espírito Santo;
 - 1 Representante da Federação da Agricultura do Espírito Santo;
 - 1 Representante da Federação do Comércio do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 1990).

O conselho instituído em 1990 contava com 25 membros, dos quais 14 integrantes ou 56% do total de conselheiros representavam o governo. Incluindo os dois representantes dos prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, o segmento dos prestadores tinha 16 conselheiros (64%) em contraposição aos 8 conselheiros de entidades e movimentos representativos de usuários (32%) e apenas um representante dos trabalhadores da área de saúde (4%).

Embora a lei de criação legal do CES/ES tenha sido anterior à Lei 8.142 de 1990, que dispôs sobre a representação paritária dos usuários nos Conselhos de Saúde em relação ao conjunto dos demais segmentos, o princípio da paridade já permeava as discussões em torno da LOS. O debate já era feito pelo movimento sanitário no Congresso Nacional.

A assimetria da representação verificada no CES/ES favorecia o poder deliberativo do segmento dos gestores e prestadores de saúde (FERRAZ, 1998). Contudo, apenas em dezembro de 1992, com a Lei Estadual nº 4.709, ocorreu a mudança na composição do CES/ES (art.12), incluindo a “composição paritária” na nova redação.

A nova composição, com 32 conselheiros, estava integrada por 8 representantes do governo, 2 prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, 1 do Ministério da Saúde e 1 da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), ou seja, 12

conselheiros do segmento dos gestores/prestadores de serviço, 16 representantes de entidades e movimentos representativos de usuários (50%), e apenas 4 conselheiros do segmento dos trabalhadores da área da saúde (Quadro 5).

A Lei estadual conseguiu gerar ainda mais insatisfação entre os diferentes segmentos representados no CES (FERRAZ, 1998), pois, embora tenha ampliado em sua composição o segmento dos usuários, incluiu entre eles um representante do legislativo, manteve uma representação desproporcional do segmento dos prestadores e uma diminuta representação dos trabalhadores de saúde, além da obrigatoriedade de que um deles fosse um profissional de medicina, o que contrariava a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 33/92.

Quadro 5. Composição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 1992

Segmento	Nº de conselheiros	Órgão/ Entidade
GESTOR/ PRESTADOR DE SERVIÇO (12)	1	Secretário de Estado da Saúde (Presidente nato)
	1	SESA/IESP/CREFES
	1	Secretaria de Estado da Educação e Cultura
	1	Secretaria de Estado da Administração
	1	Secretaria de Estado do Meio Ambiente
	1	Secretaria de Estado do Interior
	1	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
	1	Secretaria de Estado da Fazenda
	1	Hospitais Filantrópicos
	1	Hospitais Privados
	1	Ministério da Saúde
	1	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
TRABALHADORES DE SAÚDE (4)	4	Profissionais da Saúde, sendo 1 representante dos profissionais médicos
USUÁRIOS (16)	2	Centrais Sindicais
	1	Pastoral de Saúde
	1	Associações do Meio Ambiente
	1	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo
	1	Federação dos Trabalhadores na Indústria do Espírito Santo
	1	Federação dos Trabalhadores no Comércio do Espírito Santo
	1	Federação da Indústria do Espírito Santo
	1	Federação da Agricultura do Espírito Santo
	1	Federação do Comércio do Espírito Santo
	1	Associação dos Portadores de Doença crônico-degenerativa
	4	Federação das Associações de Moradores e Movimentos Populares do ES (FAMOPES)
	1	Assembleia Legislativa (Comissão de Saúde)

Fonte: ESPÍRITO SANTO, Lei nº 4.709 de 15 de dezembro de 1992.

Os anos de 1993 e 1994 foram marcados por disputas, principalmente entre

prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, buscando a ampliação de sua representação. Todas as reuniões do CES/ES nesse período tiveram como principal tema a mudança na legislação, de modo a instituir a paridade estabelecida na LOS (FERRAZ, 1988).

Com as diversas secretarias de Estado e a categoria médica defendendo firmemente a manutenção de suas vagas no Conselho, a legislação se manteve por quase dois anos, até novembro de 1994, quando uma nova lei (Lei 4.975) alterou mais uma vez a composição do CES, porém, novamente sem atender às exigências de paridade estabelecidas na Resolução CNS 33/92. Ferraz (1988) relata que de julho de 1994 a novembro de 1995 ocorreu um esvaziamento proposital do conselho provocado pelos militantes dos movimentos sindical e popular, que se recusavam a atender às convocatórias, em face das distorções apresentadas pela legislação e por não querer legitimar uma

[...] instância montada de maneira autoritária, arbitrária e ilegal que, ao mesmo tempo em que buscava atender as demandas por participação expressas no interior do Movimento Sanitário e incorporadas à LOS, cerceava a representação e participação destes movimentos (FERRAZ, 1988, p. 121).

O histórico deste conselho demonstra a existência de uma forte tensão entre os movimentos sociais e o poder executivo acerca da representação e das relações de poder nesse espaço.

Demonstrativo desta disputa no caso do CES/ES é o fato de que em todo este período fica patente uma recusa dos ocupantes de cargos de poder no executivo “[...] em compartilhar este poder com qualquer outro tipo de representação, notadamente a das entidades sindicais e do movimento social organizado” (FERRAZ, 1998, p. 121-122).

Para Ferraz (1998), a discussão e a disputa em torno da composição do conselho e de suas atribuições evidenciaram o fortalecimento dos setores conservadores no processo de construção desta instância, pois evitaram que se discutisse seriamente a política de saúde do estado do Espírito Santo, a fiscalização de modo mais permanente e sistemático das ações da Secretaria Estadual da Saúde e que o conselho orientasse, de fato, as prioridades e princípios das políticas estaduais de saúde.

Ou seja, a estratégia usada pelo executivo na montagem desta legislação cerceava a representação e participação do movimento social e do movimento sindical no interior do conselho e simultaneamente inviabilizava a capacidade decisória da instância, pois em todo este tempo nenhuma questão relevante para

a política de saúde do estado do Espírito Santo foi objeto de discussão e deliberação no conselho: tanto porque tais assuntos não chegavam a entrar em pauta (tática usada pelo executivo) quanto porque os representantes dos segmentos e usuários e trabalhadores da saúde resistiam a dar legitimidade à instância (FERRAZ, 1998, p. 123).

Em julho de 1995, nova legislação foi aprovada (Lei 5.074), reformulando mais uma vez a composição do CES/ES. Composto por 24 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, totalizando 48 conselheiros, a Lei 5.074 de 1995 ainda instituía uma “hiper-representação” dos gestores (8 ou 34%), em detrimento da representação dos trabalhadores da saúde (4 ou 16%), ainda que respeitasse a paridade do segmento dos usuários (12 ou 50%):

Art. 12 - O Modelo Assistencial de Saúde deve assegurar participação popular, através do Conselho Estadual de Saúde, e dos Conselhos Municipais de Saúde em nível de decisão.

§1º.- O Conselho Estadual de Saúde será composto paritariamente de usuários e demais segmentos ligados aos serviços de Saúde, da seguinte forma:

I - DOS REPRESENTANTES DO GOVERNO:

a) Três representantes da Secretaria de Estado da Saúde, sendo um deles o titular da pasta;

b) Um representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde;

c) Um representante do Ministério da Saúde.

II - DOS REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS:

d) Um representante dos hospitais privados;

e) Um representante dos hospitais filantrópicos;

f) Um representante do Hospital Universitário “Cassiano Antônio de Moraes - Hucam”.

III - DOS REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE:

g) Quatro representantes das categorias de profissionais de saúde.

IV - DOS REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS:

h) Dois representantes das centrais sindicais de trabalhadores;

i) Um representante dos portadores de deficiência física;

j) Um representante dos portadores de doenças crônicas degenerativas;

l) Um representante dos movimentos de saúde das instituições religiosas.

m) Um representante das federações dos trabalhadores;

n) Um representante da federação dos empresários;

o) Quatro representantes da Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo - Famopes;

p) Um representante dos movimentos ambientais (ESPÍRITO SANTO, 1995).

Uma mudança significativa na redação dessa nova lei em relação às anteriores diz respeito às novas atribuições do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, entre as quais se destacam a responsabilidade do CES/ES no acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços prestados à população por pessoas físicas e jurídicas de natureza pública ou privada, integrantes do SUS/ES; e a atribuição de desenvolver gestões junto às instituições públicas ou privadas com o intuito de melhorar as condições de saúde da população.

No entanto, o que mais chama a atenção é essa lei estabelecer que o CES/ES tem o compromisso de “propor ou aprovar critérios propostos para celebração, denúncia e rescisão de contratos e convênios entre o Poder Público e pessoas físicas e jurídicas prestadoras de serviços de saúde” (ESPÍRITO SANTO, 1995).

Em 1999, nova legislação (Lei 6.056) voltou a alterar a composição do conselho, que passou a contar com 20 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, sendo retirados 2 representantes dos trabalhadores e 2 dos usuários.

5.2 O CES/ES A PARTIR DE 2004

A legislação em vigor, Lei Estadual nº 7.964 de 27 de dezembro de 2004, redefiniu novamente a composição e competências do CES/ES, além de estabelecer outras regras referentes ao mandato e à organização do conselho e de conferências.

A partir daquela data, o CES/ES voltou a estar composto por 24 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, mas, pela primeira vez, estabeleceu uma representação paritária de 50% de representantes de usuários dos serviços de saúde, 25% de gestores de órgãos públicos e prestadores privados de serviços de saúde e 25% das entidades sindicais de trabalhadores de saúde pertencentes ao SUS/ES. O total de conselheiros permite classificá-lo como de médio porte (conselhos que possuem entre 21 e 39 conselheiros titulares).

A nova Lei manteve a presidência nata do CES/ES exercida pelo Secretário de Estado da Saúde. O presidente possui direito a voto nominal e de qualidade, bem como a prerrogativa de deliberar em casos de extrema urgência “ad referendum” do plenário, submetendo o seu ato à ratificação deste na reunião seguinte.

O CES/ES reúne-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocado por seu presidente ou por solicitação de um terço de seus membros.

A duração do mandato dos conselheiros é estabelecida em dois anos, podendo os mesmos serem reconduzidos para mais um mandato. O Secretário de Estado da Saúde é membro nato, podendo ser reconduzido enquanto estiver exercendo o cargo. Além disso, uma alteração foi efetuada pela Lei Estadual nº 9.131 de 2009, permitindo ao governador do estado autorizar, por decreto, a prorrogação do mandato do conselho por até 180 dias.

Quadro 6. Composição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2004 a 2014

Segmento	Nº de conselheiros titulares	Órgão/ Entidade
GESTOR/ PRESTADOR DE SERVIÇO (6)	2	Secretaria Estadual de Saúde- SESA
	2	Prestadores de Serviços Filantrópicos ou Santas Casas ou Serviços Privados Contratados pelo SUS
	1	Governo Federal - Ministério da Saúde ou Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - HUCAM/UFES
	1	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo- COSEMS-ES
TRABALHADORES DE SAÚDE (6)	6	Conjunto das Entidades Sindicais Estaduais que representam os Profissionais da Área de Saúde
USUÁRIOS (12)	1	Trabalhadores Rurais
	1	Trabalhadores Urbanos
	1	Setor Empresarial
	1	Entidade que congrega os Idosos, Aposentados e Pensionistas do Espírito Santo
	1	Associação dos Portadores de Patologias
	1	Associação dos Portadores de Deficiência
	3	Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo – FAMOPES
	1	Pastoral da Saúde
	1	Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil – CONIC
	1	Entidades ou Organizações não-Governamentais – ONG’S que congregam os Ambientalistas

Fonte: ESPÍRITO SANTO, Lei Estadual nº 7.964 de 27 de dezembro de 2004.

A Lei Estadual nº 7.964 de 2004 elenca em seu artigo 5º as atribuições do CES/ES, que por serem importantes para a compreensão do trabalho, foram reproduzidas integralmente:

Art. 5 Sem prejuízo das funções constitucionais dos Poderes Legislativo e Executivo e nos limites da legislação vigente, dentre outras de relevância, são atribuições do CES/ES:

I - avaliar e aprovar as prioridades das ações de saúde em harmonia com as diretrizes emanadas das conferências estaduais de saúde e conferências nacionais de saúde, observadas as disposições legais;

II - criar mecanismos institucionais de relacionamento com os conselhos municipais de saúde do Estado do Espírito Santo e com o Conselho Nacional de Saúde - CNS, visando à integração gerencial do SUS/ES;

III - propor a criação de câmaras técnicas;

IV - apreciar, avaliar, complementar e aprovar estratégias contidas no plano estadual de saúde;

V - acompanhar, fiscalizar e avaliar a execução da política de saúde no

Estado do Espírito Santo;

VI - avaliar e acompanhar a efetiva municipalização das ações de saúde no Estado do Espírito Santo, tendo como parâmetro as diretrizes das conferências estaduais e nacionais de saúde e respeitando as características loco-regionais de naturezas epidemiológicas e organizacionais;

VII - avaliar, acompanhar e fiscalizar a programação e execução orçamentária e financeira do Fundo Estadual de Saúde - FES, fiscalizando a movimentação dos recursos repassados à SESA e suas vinculadas;

VIII - acompanhar, avaliar e fiscalizar o funcionamento dos serviços prestados à população pelas pessoas físicas e jurídicas de naturezas públicas ou privadas, integrantes do SUS/ES;

IX - propor estratégias para a ampliação do acesso às ações de saúde para a população do Estado do Espírito Santo, observando as diretrizes das políticas nacional e estadual de saúde;

X - incentivar e participar da implantação e funcionamento do conselho gestor dos serviços públicos estaduais de saúde em cada unidade de saúde;

XI - solicitar e ter acesso às informações necessárias pertinentes à estrutura e funcionamento de todos os órgãos vinculados ao SUS/ES, respeitando as disposições legais;

XII - desenvolver gestões junto às instituições públicas, filantrópicas e privadas com o intuito de melhorar as condições de assistência à saúde da população;

XIII - avaliar, aprovar, acompanhar e fiscalizar o plano estadual de saúde do trabalhador;

XIV - propor estratégias que subsidiem a política estadual de desenvolvimento científico, tecnológico e educacional na área de saúde;

XV - aprovar e acompanhar a política de produção, armazenamento e distribuição de insumos, medicamentos, imunobiológicos e outras de interesse para a saúde;

XVI - aprovar, acompanhar, fiscalizar e participar das políticas de saúde relacionadas ao sangue, hemocomponentes e hemoderivados;

XVII - contribuir para a integração das diretrizes da área de saúde com as do meio ambiente e abastecimento, particularmente nos aspectos referentes a saneamento básico, controle de poluição ambiental, de endemias, do uso de elementos tóxicos na produção agropecuária e industrial, controle do transporte, guarda e utilização de substâncias tóxicas, psicoativas, radioativas e teratogênicas, da produção e comercialização de alimentos, medicamentos e domissanitários, tais como, inseticidas domésticos, raticidas e desinfetantes;

XVIII - aprovar critérios de controle e avaliação estabelecidos pelo SUS/ES, recomendando mecanismo para correção de distorções, tendo em vista o atendimento das necessidades da população, especialmente no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados;

XIX - aprovar estratégias de capacitação e política de recursos humanos a serem observadas pelas instituições integrantes do SUS/ES;

XX - desenvolver gestões junto aos setores das universidades ligadas à área de saúde, com vistas a compatibilizar o ensino e a pesquisa científica com interesses prioritários da população;

XXI - difundir informações que possibilitem à população do Estado do Espírito Santo o amplo conhecimento do SUS;

XXII - convocar a cada 02 (dois) anos a conferência estadual de saúde para avaliar o sistema estadual de saúde e propor novas diretrizes à política estadual de saúde;

XXIII - apreciar e avaliar as auditorias das aplicações de recursos, aquisições de materiais, equipamentos, licitações e contratos do âmbito do SUS;

XXIV - avaliar as condicionantes antrópicas dos Estudos de Impactos Ambientais e Relatório de Impactos Ambientais - EIA-RIMA dos grandes projetos, antes da aprovação pelo Conselho Estadual do Meio Ambiente - CONSEMA;

XXV - fiscalizar o cumprimento da Lei Federal nº 8.689, de 27.7.1993, que determina a prestação de contas trimestral de cada nível de governo ao

respectivo conselho de saúde, em audiência pública, no âmbito dos municípios do Estado do Espírito Santo, observado o seguinte:

a) caberá a cada conselho municipal notificar trimestralmente ao CES/ES a realização de prestação de contas nos termos da legislação citada;

XXVI - recomendar a suspensão de repasses financeiros aos municípios onde for comprovada irregularidade relativa aos recursos e/ou regras de funcionamento do SUS;

XXVII - aprovar e administrar a dotação orçamentária específica do CES/ES (ESPÍRITO SANTO, Lei Estadual nº 7.964, de 2004, *grifos nossos*).

Vê-se que, dentre as atribuições do CES/ES, manteve-se na nova legislação o acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços prestados à população por pessoas físicas e jurídicas de natureza pública ou privada, integrantes do SUS/ES; e a atribuição de desenvolver gestões junto às instituições públicas ou privadas com o intuito de melhorar as condições de saúde da população. Entretanto, a nova lei retirou a responsabilidade do conselho de “propor ou aprovar critérios propostos para celebração, denúncia e rescisão de contratos e convênios entre o Poder Público e pessoas físicas e jurídicas prestadoras de serviços de saúde”, que a legislação de 1995 havia estabelecido.

No que diz respeito às políticas estaduais de saúde, observa-se que as atribuições de “avaliar, apreciar, acompanhar, complementar, fiscalizar e aprovar” parecem restringir a competência do conselho de propor, elaborar, formular, estabelecer e definir estratégias, planos, programas e políticas de saúde, o que remete à análise de Stotz (2006), na qual identifica que a ênfase das atribuições dos conselhos de saúde no SUS deslocou-se do âmbito da proposição, formulação e definição para o da fiscalização das políticas de saúde.

Em se tratando da organização do colegiado, a Lei Estadual nº 7.964 de 2004 estabeleceu que o CES/ES conta com os seguintes órgãos: Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica, Câmara Técnica e Comissões. Apenas a composição da Secretaria Executiva foi estabelecida: um Secretário Executivo, indicado e nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde e referendado pela Plenária do CES/ES, e servidores administrativos designados pela SESA.

Os demais órgãos indicados nesta lei são definidos apenas no regimento interno, que esclarece a organização e normas de funcionamento do CES/ES. O regimento interno (RI) em vigor foi aprovado pela Resolução CES/ES nº 454/2006, que estabeleceu competências, composição e funcionamento do conselho.

De acordo com o RI, o plenário do CES/ES é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias, cuja composição está

disposta na Lei Estadual nº 7.964 de 2004, e suas deliberações são tomadas pela maioria simples de seus membros, mediante resoluções, recomendações sobre o tema ou assunto específico e moções que expressem o juízo do conselho. As resoluções são homologadas pelo secretário estadual de saúde, e publicadas no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, no prazo máximo de trinta dias após sua aprovação pelo plenário.

A Mesa Diretora é composta por 8 membros, o presidente e 7 membros em consonância com a paridade dos segmentos (1 gestor, 1 prestador de serviços, 2 trabalhadores da saúde e 4 usuários). Os membros, com exceção do presidente, são eleitos entre os conselheiros titulares que compõem o plenário do CES/ES, mediante voto direto, para o período de 1 ano.

Quanto às comissões e grupos de trabalho, o regimento sugere a possibilidade de estabelecer Comissões Intersetoriais Permanentes, Comissões Permanentes e Grupos de Trabalho que se diferenciam por seu caráter e finalidade.

As Comissões Intersetoriais Permanentes, criadas e estabelecidas pelo Plenário do Conselho, possuem a finalidade de “articular políticas e programas de interesse para saúde e cujas execuções envolvam áreas não integralmente compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Possuem atribuições de natureza consultiva e de assessoramento. O Regimento Interno instituiu sete: Saneamento e Meio Ambiente - CISMA; Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF; Recursos Humanos - CIRH; Saúde do Trabalhador - CIST; Municipalização e Conselhos Gestores - CIMCG; Orçamento e Finanças - CIOF; e de Educação Permanente no Controle Social - CIEPCS.

Ainda, segundo interesse da Saúde, e desde que aprovados por 2/3 dos seus membros, o CES/ES pode criar Comissões permanentes ou temporárias, que não possuem caráter intersetorial. De caráter complementar à atuação do CES/ES, visam acompanhar e discutir questões específicas e transitórias que permeiam as discussões do CES/ES. Por fim, os Grupos de Trabalho, que são instituídos pelo Plenário do CES/ES, têm a finalidade de fornecer subsídios de ordem técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica com prazo determinado de funcionamento, e são compostos por membros não necessariamente conselheiros.

Por fim, o Regimento Interno estabelece as competências dos conselheiros como: I- zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do CES/ES; II- estudar e relatar

matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo; III- apreciar e deliberar sobre matérias submetidas ao conselho para votação; IV- apresentar moções ou proposições sobre assuntos de interesse da saúde; V- requerer votação de matéria em regime de urgência; VI- acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dando ciência ao plenário; VII- apurar e cumprir determinações quanto às investigações locais sobre denúncias remetidas ao conselho, apresentando relatórios da missão; VIII- desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento do seu papel e ao funcionamento do conselho; IX- construir e realizar o perfil duplo do conselheiro - de representação dos interesses específicos do seu segmento social ou governamental e de formulação e deliberação coletiva no órgão colegiado, através de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do Sistema Único de Saúde.

5.3 O CES/ES NAS GESTÕES 2009-2011 E 2011-2013

Conforme exposto nas considerações metodológicas, o recorte temporal da pesquisa é o compreendido pelas gestões dos biênios 2009-2011 e 2011-2013, período fundamental para a compreensão da assinatura e desenvolvimento do contrato de gestão entre a SESA/ES e o Hospital Jayme Santos Neves. A seguir, apresentamos os aspectos relacionados à organização e funcionamento do CES/ES, além de informações sobre os temas discutidos mais frequentemente nas reuniões realizadas durante os anos de 2009 a 2014.

A gestão do CES/ES 2009-2011 começou em 15 de outubro de 2009 na 99ª Reunião Ordinária, com a posse dos conselheiros e dura até 3 de novembro de 2011, data em que ocorre a posse dos conselheiros da gestão seguinte. A última reunião desse período aconteceu em 18 de agosto de 2011 (119ª RO). Ao todo, no período analisado foram convocadas 21 reuniões ordinárias e 6 reuniões extraordinárias, totalizando 27 reuniões.¹⁴

¹⁴ Para esta pesquisa serão considerados os registros das convocações das reuniões, o que não significa necessariamente a realização dessas. Devido à grande quantidade de atas ausentes no CES/ES, não foi possível determinar ao certo todas as reuniões que efetivamente ocorreram. Encontrou-se na pesquisa documental cinco situações distintas: (I) reuniões que foram convocadas, realizadas, possuem atas e resoluções aprovadas; (II) reuniões convocadas, que não possuem atas, mas possuem resoluções, o que apenas indica que as mesmas possam ter ocorrido; (III) reuniões convocadas, não realizadas e que possuem atas; (IV) reuniões convocadas, que não possuem registros de atas nem resoluções, o que indica, mas não garante, que elas não tenham ocorrido; e ainda, (V) uma reunião que não possuiu convocação, mas ocorreu e

A gestão 2011-2013 começou com a posse dos conselheiros em 3 de novembro de 2011 (120ª RO) e dura até 9 de maio de 2014, data em que ocorreu a posse dos conselheiros da gestão 2014-2016. A última reunião desse período (147ª RO) ocorreu em 17 de abril de 2014. Nesse período foram convocadas 28 reuniões ordinárias e 13 reuniões extraordinárias, totalizando 41 reuniões.

Nas duas gestões do período estudado, têm-se distintas composições do plenário, mesa diretora, secretaria executiva e comissões.

A presidência do CES/ES, na gestão 2009-2011 foi exercida pelo secretário estadual de saúde Anselmo Tozi, até a 38ª Reunião Extraordinária, em janeiro de 2011, quando assumiu José Tadeu Marino, novo gestor da Secretaria Estadual de Saúde. Observa-se, assim, uma mudança na composição do CES/ES a partir de 2011, principalmente no segmento dos gestores, devido às mudanças no governo do estado e também na secretaria de saúde. Um fato apreendido nas atas é a ausência do presidente do CES/ES do biênio 2009-2011 em todas as reuniões do conselho estadual de saúde.

O cargo de secretário executivo do CES/ES foi ocupado por Aylton Simoneli Júnior, indicado em 2003 pelo então secretário de saúde José Tadeu Marino, permanecendo no cargo até fevereiro de 2013. Em abril de 2013, o cargo de secretário executivo passou a ser ocupado por Milton Cesar Valente da Costa, indicado pelo então secretário de saúde José Tadeu Marino.

Quanto à composição do plenário, na gestão de 2009-2011, o conselho estadual de saúde, em acordo com a lei vigente, contou com 24 conselheiros titulares e 24 conselheiros suplentes, totalizando 48 conselheiros. Desses, 12 eram representantes do segmento dos gestores e prestadores de serviços, dos quais 4 representam a secretaria estadual de saúde, incluindo o secretário de saúde, presidente nato do conselho. Ainda neste segmento, as demais 4 vagas eram ocupadas pela Federação dos Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo (FEHOFES) e pelo Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do estado do Espírito Santo (SINDHES), ocupando duas vagas cada.

Duas outras vagas eram ocupadas por representantes do governo federal, por meio do Ministério da Saúde ou Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

(HUCAM/UFES). Por fim, as duas vagas reservadas para o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES) foram ocupadas pelas secretarias municipais de saúde de Venda Nova do Imigrante e de Vila Velha.

As 12 vagas do segmento dos trabalhadores da saúde foram ocupadas pelas seguintes representações: Sindicato dos Médicos do Espírito Santo (SIMES), Sindicato dos Farmacêuticos do estado do Espírito Santo (SINFES), Sindicato dos Servidores Públicos do estado do Espírito Santo (SINDIPÚBLICOS), Sindicato dos Enfermeiros no estado do Espírito Santo (SINDIENFERMEIROS), Sindicato dos Odontologistas do estado do Espírito Santo (SINODONTO) e Sindicato dos Servidores da Saúde no estado do Espírito Santo (SINDSAÚDE), ocupando cada um uma vaga titular e uma suplente.

Finalmente, o segmento dos usuários era representado por: Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo (FETAES), Central Única dos Trabalhadores (CUT/ES), Associação Comercial de Vitória (ACV) e Associação dos Aposentados e Pensionistas do estado do Espírito Santo. Cada uma dessas entidades possuía uma vaga titular e a respectiva suplência. Já a Associação dos Doadores, Doentes Renais e Transplantados do Espírito Santo (ADORETRANES) ocupou uma vaga titular, enquanto a Associação dos Ostromizados do Espírito Santo ocupou uma vaga de suplente.

As duas vagas destinadas às representações dos portadores de deficiência eram ocupadas pela Associação Capixaba de Pessoas com Deficiência (ACPD). A Pastoral da Saúde, o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil (CONIC) e as Entidades ou Organizações não governamentais que congregam os ambientalistas possuíam dois assentos cada. A Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo (FAMOPES) ocupava 6 vagas no CES/ES.

Na gestão de 2011-2013, a composição do plenário permaneceu com 48 conselheiros, com mudanças pontuais em algumas representações específicas. No segmento dos gestores e prestadores de serviços, a FEHOFES, que ocupava dois assentos, passou a ocupar quatro, em detrimento do SINDHES.

No segmento dos usuários, a Federação das Indústrias do estado do Espírito Santo (FINDES) passou a ocupar a representação do setor empresarial enquanto as vagas destinadas à representação de portadores de patologias passaram a ser preenchidas pelo Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Os dois

assentos destinados a portadores de deficiência foram ocupados pela Associação dos Ostromizados do Espírito Santo. As demais representações permanecem inalteradas, mas com mudanças dos conselheiros ao longo do período. O quadro 7 fornece as composições, apresentando apenas os conselheiros titulares nos dois biênios citados.

Quadro 7. Composição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2009-2014

Segmento	Órgão/ Entidade	Representação Biênio 2009-2011	Representação Biênio 2011-2013	
GESTOR / PRESTADOR DE SERVIÇO (6)	Secretaria Estadual de Saúde- SESA	SESA	SESA	
		SESA	SESA	
	Prestadores de Serviços Filantrópicos ou Santas Casas ou Serviços Privados Contratados pelo SUS	Federação dos Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo - FEHOFES	FEHOFES	FEHOFES
		Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Espírito Santo - SINDHES	FEHOFES	FEHOFES
	Governo Federal- Ministério da Saúde ou Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- HUCAM/UFES	Núcleo do Ministério da Saúde	Núcleo do Ministério da Saúde	
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo- COSEMS-ES	Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante	Secretaria municipal de saúde de Ibitirama		
TRABALHADORES DE SAÚDE (6)	Conjunto das Entidades Sindicais Estaduais que representam os Profissionais da Área de Saúde	Sindicato dos Médicos do Espírito Santo – SIMES	SIMES	
		Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo – SINFES	SINFES	
		Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Espírito Santo – SINDIPÚBLICOS	SINDIPÚBLICOS	
		Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Espírito Santo – SINDIENFERMEIROS	SINDIENFERMEIROS	
		Sindicato dos Odontologistas do Estado do Espírito Santo - SINODONTO	SINODONTO	
		Sindicato dos Servidores da Saúde no Estado do Espírito Santo – SINDSAÚDE	SINDSAÚDE	
USUÁRIOS (12)	Trabalhadores Rurais	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo – FETAES	FETAES	
	Trabalhadores Urbanos	Central Única dos Trabalhadores – CUT/ES	CUT/ES	

	Setor Empresarial	Associação Comercial de Vitória (ACV)	Federação das Indústrias do estado do Espírito Santo (FINDES)
	Entidade que congrega os Idosos, Aposentados e Pensionistas do Espírito Santo	Associação dos Aposentados e Pensionistas do estado do Espírito Santo	Federação das Associações dos Aposentados, Pensionistas e Idosos no Estado do Espírito Santo (FAAPIES)
	Associação dos Portadores de Patologias	Associação dos Doadores, Doentes Renais e Transplantados do Espírito Santo (ADORETRANES)	Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase (Morhan)
	Associação dos Portadores de Deficiência	Associação Capixaba de Pessoas com Deficiência – ACPD	Associação dos Ostomizados do Espírito Santo
	Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo – FAMOPES	FAMOPES	FAMOPES
		FAMOPES	FAMOPES
		FAMOPES	FAMOPES
	Pastoral da Saúde	Pastoral da Saúde	Pastoral da Saúde
	Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil – CONIC	Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil (CONIC)	CONIC
	Entidades ou Organizações não-Governamentais – ONG Ambientalistas	Fórum das ONG's Ambientais do Estado do Espírito Santo	Fórum das ONG's Ambientais do Estado do Espírito Santo

Fonte: ESPÍRITO SANTO, Lei nº 7.964 de 27 de dezembro de 2004.

No período de estudo, foram homologadas um total de 216 resoluções, conforme visto no quadro 2.

No período 2009-2011 há um total de 104 resoluções, das quais apenas 19 estão diretamente relacionadas a planos ou políticas de saúde, incluindo quatro que aprovaram a liberação de editais de Concurso de Projetos com o objetivo de selecionar uma OSCIP para realização de Termo de Parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Das 85 resoluções restantes, 64 tratam de assuntos internos e organizacionais do conselho de saúde, tais como aprovação de recomposição das representações do CES/ES em Câmaras, Comitês e Comissões, criações de comissões temporárias, aprovação de calendário, indicação de conselheiros de saúde para eventos, entre outros. As restantes se dividem entre convocações de eventos e processos eleitorais de conselhos gestores e resoluções que emitem parecer sobre as transferências de servidores.

Na gestão 2011-2013, por sua vez, há um total de 112 resoluções homologadas, das quais 29 estão relacionadas a alguma pauta diretamente vinculada a planos ou políticas de saúde, e 72 tratam de assuntos internos e organizacionais do conselho de saúde.

Em relação, especificamente, às resoluções que dizem respeito aos modelos de

gestão, nota-se que foram homologadas na gestão 2009-2011. Destacam-se quatro resoluções que aprovam a abertura de processo de contratação de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP para realizar parcerias com a SESA, para execução das atividades inerentes à Farmácia Cidadã Estadual (Resolução nº 638/2010), ao Serviço de Residências Terapêuticas no Estado do Espírito Santo (Resolução nº 648/2010), nas Unidades Prisionais do Estado do Espírito Santo (Resolução nº 689/2011) e nas Unidades de Medidas Socioeducativas do Estado do Espírito Santo (Resolução nº 694/2011).

Temas mais frequentes nas reuniões

Os temas mais frequentes nas reuniões serão apresentados segundo cada gestão (2009-2011 e 2011-2014), já que, conforme explicado anteriormente, essas possuíam composições distintas, o que irá se refletir, em alguns momentos, também em posicionamentos distintos.

Um assunto que atravessou as duas gestões foi a constante intervenção de alguns conselheiros demonstrando sua insatisfação quanto à estrutura do CES/ES, principalmente no que diz respeito à ausência de espaço físico para as reuniões. Nesse período, ocorreram reuniões em 15 locais diferentes, embora, entre os anos de 2009 e 2011, a sede administrativa do CES/ES estivesse estabelecida em uma pequena sala da sede da Secretaria Estadual de Saúde. A mesma não dispunha de um local de reuniões.

Assim, nesses anos, por ausência de um local de reuniões na SESA, as mesmas foram realizadas em diversos auditórios de hospitais do estado e da Fundação Nacional da Saúde, até que em maio de 2012, o conselho estadual de saúde mudou-se para uma nova sede administrativa, a mesma do núcleo do Ministério da Saúde no estado. Diante dos riscos de integridade física do local, em 2014, o conselho mudou-se novamente para uma sala na nova sede da SESA/ES, e onde passaram a ocorrer também as reuniões do conselho, no auditório do edifício.

Quanto aos assuntos registrados nas atas, na primeira gestão (2009-2011), verifica-se que, com frequência, discutia-se sobre a transferência de servidores. Apesar das transferências terem sido sempre aprovadas, havia constantes questionamentos sobre a competência do CES/ES em assuntos administrativos como esses. Após reunião com um

procurador do estado e manifestações dos conselheiros sobre a quem cabia essa responsabilidade, o pleno do conselho aprovou que transferências de servidores não passariam pelo CES/ES, e uma relação com os nomes dos transferidos seria encaminhada trimestralmente pela Gerência de Recursos Humanos apenas para ciência do CES/ES.

Nota-se, ainda neste período, um abarrotamento das pautas das reuniões ordinárias com assuntos internos do conselho, tais como reorganização de comissões intersetoriais e temporárias, de mesa diretora, relatórios de viagens, indicação de conselheiros para participação em eventos, com destaque para a indicação de conselheiros para compor grupos de trabalho e comitês técnicos criados pela secretaria de saúde, ou até mesmo por outras instituições.

É válido também destacar a quantidade de eventos organizados pelo CES/ES entre 2009 e 2011, que consumiram o tempo dos conselheiros para sua organização, em detrimento dos debates e deliberações sobre as políticas estaduais de saúde. Podem ser citados: Etapa estadual da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, VIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, Caravana em defesa do SUS, parceria na realização da VII Congresso da Federação Interestadual dos Odontologistas - CONFIO, Etapa estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial, Evento estadual do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS: PNAN 10 anos, Realização da IX Plenária Estadual de Conselhos de Saúde e I Mostra Estadual de Práticas Educativas no SUS, 7ª Conferência Estadual de Saúde, Etapa Estadual da 14ª Conferência Nacional de Saúde, entre outros.

Ainda, nesse período, organizou-se o curso de capacitação para conselheiros estaduais de saúde, uma Oficina do Projeto de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, e uma edição do curso de capacitação para conselheiros municipais de saúde para seis municípios do estado.

Um tema em especial, debatido em seis reuniões da gestão 2009-2011, foi a implantação da Mesa estadual de Negociação Permanente do SUS, cujo processo de construção, implantação e implementação ocorreu nos espaços do conselho. Aprovou-se uma comissão para compor a Mesa de Negociação Permanente do SUS, que conduzia os trabalhos e levava as propostas para o pleno do conselho discutir e aprovar.

Pontos de pauta com temas relacionados a planos ou políticas de saúde foram, em

sua maioria, apenas apresentados nas reuniões. Relatório de gestão de 2009, Proposta orçamentária da secretaria estadual de saúde para o ano de 2011, Plano Diretor da Vigilância Sanitária Estadual, Relatório de gestão de 2010, entre outros, são alguns exemplos.

Pontos de pauta que exigiam votação sobre modelos de gestão foram frequentes no CES entre 2009 e 2011. Nesse período, foram aprovados cinco pontos de pauta que sugeriam a contratação de OSCIP para gerenciar serviços de saúde.

Em geral, não se observou relação direta entre a solicitação de pautas e interesses específicos das representações dos conselheiros. O que se verificou com mais frequência foi a solicitação de inclusão de pautas genéricas por parte dos usuários, requerendo explicações do gestor sobre o andamento de determinada situação com impacto no atendimento da população. Solicitou-se, algumas vezes, o debate de pontos relacionados à “atual situação de determinado hospital” que estava sendo alvo de críticas da mídia.

Resumindo, em relação aos assuntos debatidos no CES durante essa primeira gestão (2009-2011), e mais especificamente em relação aos tópicos vinculados aos planos, programas e políticas de saúde, observou-se sua introdução nas reuniões pela secretaria de saúde, no intuito de obter aprovação do pleno do Conselho. Os pontos de pauta não são sugeridos, organizados e programados com antecedência pelo conselho e pela mesa diretora, o que faz com que os assuntos sejam apresentados no limite do tempo hábil para deliberação.

Observa-se que as pautas contêm muitos pontos de discussão e o tempo de reunião é insuficiente para o debate. Quando de interesse e importantes para a gestão, os pontos mais críticos são transferidos para reuniões extraordinárias. Notou-se, também, algumas inclusões de pontos de pauta de última hora por parte das equipes técnicas da SESA, o que requeria que as mesmas fossem reagendadas, ou até aprovadas com algumas ressalvas, por questões que precisavam ser melhor esclarecidas.

Por fim, uma última observação importante em relação aos pontos de pauta é que os programas, planos e políticas de saúde pautados nesse período foram construídos exclusivamente por equipes técnicas da secretaria e levadas ao conselho apenas para “dar ciência”, apresentar ou aprovar. Não se observa nas discussões e questionamentos dos conselheiros qualquer indício de participação na elaboração das políticas e planos de

saúde. A exceção foi o ponto “Apresentação do Plano Diretor de Regionalização – PDR”, em que, segundo as atas, sua construção contou com a participação de prefeitos e também de representantes dos conselhos de saúde e da sociedade civil organizada, por meio de oficinas de elaboração do plano.

No período 2011-2013, ainda se observa uma grande quantidade de pontos de pauta relacionados a assuntos internos e organizacionais do conselho. Entretanto, pautaram-se com mais frequência os assuntos referentes às políticas de saúde em relação ao período anterior, tendo as mesmas sido introduzidas pelos gestores.

Com base nas atas, o ponto que os conselheiros mais questionaram e no qual tiveram maior participação foi a apresentação do Plano Estadual de Saúde 2012/2015. Talvez pelo fato do conselho não ter participado da construção do Plano, esse assunto foi pautado em três de suas reuniões (129 RO, 131 RO, 132 RO). Não se pode afirmar o motivo dessa sequência de reuniões com a mesma pauta, uma vez que essas atas, especificamente, são extremamente sucintas, com poucas informações. Sem contar que a ata da 132 RO não foi aprovada, embora dela tenha sido originada a resolução 784/2012, que aprovou o Plano Estadual de Saúde 2012/2015.

Em relação aos modelos de gestão, diferentemente da gestão 2009/2011, a gestão 2011/2013 não aprovou diretamente editais de convocação de parcerias da SESA com OS ou OSCIP, embora as parcerias existentes tenham sido mantidas. Como exemplos podem ser citadas as várias apresentações do relatório de gestão do Programa de Atenção à Saúde no sistema penitenciário do Espírito Santo (121 RO, 126 RO, 140 RO), reuniões nas quais não foram apresentadas restrições ao modelo de gestão e à OSCIP IBRASC (Instituto Brasileiro Santa Catarina). O modelo foi aprovado, havendo ressalvas apenas quanto ao respeito pelos direitos do trabalhador terceirizado.

Conforme dito anteriormente, com base nas atas e até mesmo em algumas observações das reuniões, pode-se sugerir que o conselho não teve um papel relevante na elaboração das políticas e planos de saúde, apesar de ter havido, no período, uma frequência maior de discussões sobre temas relacionados às políticas de saúde.

No que diz respeito aos temas mais polêmicos do período analisado, destaca-se a 47ª RE, convocada pela SESA para apresentar o Projeto de Ativação e Gestão do Hospital Doutor Jayme Santos Neves.

5.4 47ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CES/ES E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES

A primeira vez em que aparece uma discussão a respeito do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves no CES/ES, segundo a pesquisa documental, é na pauta da 47ª RE, convocada pelo secretário de saúde e que veio a ocorrer em 6 de setembro de 2012. Em sua convocação constava como única pauta a apresentação do Projeto de Ativação e Gestão do Hospital Doutor Jayme Santos Neves (deliberação).

Embora essa reunião tenha sido convocada no intuito de apresentar ao CES/ES o projeto de ativação do hospital e o modelo de gestão proposto pelo governo, o edital de concurso de projeto e da seleção da OS para gerenciar o HJaSN já havia sido elaborado pela equipe técnica.

A fala do secretário executivo na abertura da reunião foi contundente na exposição da intenção da SESA:

Não há uma deliberação hoje, isso deve ficar muito claro para os senhores conselheiros. **Nós não vamos ter uma deliberação** formal aqui hoje, né? O objetivo dessa reunião hoje é **dar conhecimento ao conselho** de como vai ser o novo hospital, apresentar a ideia da secretaria e, colocou-se deliberação aqui **caso o conselho queira indicar algum ou outro conselheiro para acompanhar** todo o processo. Então que fique muito claro e gravado e conste na ata que não há deliberação do ponto 1 específico como está aqui. E pode haver o encaminhamento de algum conselheiro para acompanhar o processo (CES/ES, 2012, **grifos nossos**).

O secretário estadual de Saúde, que inicialmente presidiu a reunião, com a alegação de “dar transparência ao processo”, informou ao pleno do conselho sua intenção de expor o cronograma de entrega do hospital e serviços por meio da gerente de Controle e Monitoramento e Avaliação de Serviços da SESA, além de apresentar informações sobre o hospital e o processo de qualificação e seleção da entidade que iria gerenciá-lo. Após apresentar o ponto de pauta, o presidente do CES/ES se ausentou da reunião e um representante dos usuários passou a presidir a Mesa Diretora.

Estavam presentes na 47ª RE cinco representantes do segmento dos gestores e prestadores de serviços: o secretário estadual de Saúde e presidente do CES/ES, o subsecretário de Estado para Assuntos de Gestão Hospitalar, dois representantes da Federação dos Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo e o representante do Núcleo do

Ministério da Saúde; sete conselheiros do segmento dos trabalhadores da saúde: representantes dos médicos (SIMES), farmacêuticos (SINFES), enfermeiros (SINDIENFERMEIROS), cirurgiões dentistas (SINODONTO) e dos servidores da saúde (SINDSAÚDE); e onze representantes dos usuários: representantes da FETAES, CUT/ES, FAAPIES, Morhan, Associação dos Ostromizados do Espírito Santo, FAMOPES e da Pastoral da Saúde. Além disso, estavam presentes o secretário executivo do conselho, a gerente de Controle e Monitoramento e Avaliação de serviços da SESA e a promotora do Ministério Público do município da Serra.

Por duas horas, durante a ausência do presidente, os conselheiros discutiram de que forma seria conduzida a reunião: se seria deliberativa ou informativa. Embora o secretário de saúde já tivesse determinado a inexistência de deliberação, já que o posicionamento da SESA estava definido, os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde (SINODONTO, SINFES, SIMES, SINDSAÚDE) e da CUT/ES (usuários) manifestaram sua insatisfação quanto à redução de um conselho deliberativo à meramente consultivo e informativo.

Nesse momento, o representante do SIMES manifestou seu posicionamento contrário ao modelo de terceirização da gestão, justificando que sua adoção era contrária à Constituição Federal, que esse modelo estava longe de constituir uma solução para a gestão do sistema público de saúde e que seria uma forma de encobrir situação mais grave, ou seja, uma estratégia de precarização do sistema de saúde em curso, um caminho para sua privatização.

Ressalta-se a postura autoritária dos gestores na convocação da reunião com a determinação de que seria apenas informativa, com a ausência do secretário de saúde durante as discussões do plenário e também o posicionamento do subsecretário quando do questionamento sobre a redução do papel deliberativo do conselho:

Talvez haja uma confusão sobre gestão e controle social. Eu acho que o conselho [...] é **deliberativo em várias questões**. Agora, a **questão da gestão de serviços de saúde é de competência da secretaria estadual de saúde** e o conselho estar presente para deliberar favorável ou contra, contestar, fazer o que é decisão do colegiado ou for ganhar a votação no conselho. Portanto, é possível ter essa diferenciação porque para se ter a gestão no nosso país é necessário ser candidato, ser eleito e ter as responsabilidades que o cargo lhe impõe. Ou seja, a secretaria de saúde em momento algum [negou] qualquer informação solicitada, [...] muito menos ao conselho. Na gestão do Tadeu a secretaria sempre esteve aberta a qualquer discussão sem nenhum bloqueio sobre nada (CES/ES, 47ª RE, 6 de setembro de 2012, *grifos nossos*).

A última fala referente ao papel deliberativo do conselho foi a do conselheiro representante dos usuários (CUT/ES), que, buscando estabelecer um diálogo entre as várias posições existentes e suas respectivas fundamentações políticas, propôs a suspensão do debate imediato, o envio por parte do governo de sua proposta de gestão a todas as entidades, a avaliação das propostas pelas entidades do CES/ES e o retorno após 30 dias, para um amplo debate, para que as representações apresentassem suas posições no conselho.

Ao final das falas, foram encaminhadas as propostas de (1) retirada da palavra “deliberação” da pauta e acréscimo de “conhecimento”; no caso de manutenção do termo deliberação, (2) apresentação da proposta do governo; e (3) suspensão da apresentação e retorno com os encaminhamentos do material do debate, conforme sugerido pelo conselheiro usuário. Os resultados foram favoráveis por (1) substituir deliberação por conhecimento (12 votos a favor e 9 contrários); e (2) manter a apresentação da gerente de Controle e Monitoramento e Avaliação de serviços da SESA (9 votos favoráveis, 3 contrários e 5 abstenções) naquela oportunidade, além do envio do material para as entidades e novo debate em 30 dias.

Embora tenha havido manifestações contrárias à postura autoritária do gestor e do projeto, assim como propostas dos conselheiros de não se deliberar e sequer assistir à apresentação da equipe técnica, ao final, a apresentação foi realizada. Porém, é importante frisar, naquele momento não se deliberou sobre o tema.

Ainda que o intuito da reunião convocada pela SESA fosse apenas informar sobre uma decisão já tomada, o CES/ES participou de alguma forma do processo ao votar favoravelmente por substituir deliberação por conhecimento e por manter a apresentação com um novo debate em 30 dias, embora, naquele momento, tivesse se omitido da responsabilidade sobre o contrato de gestão e, ainda mais, postergando-o por 30 dias.

O CES/ES possui atribuições de “avaliar e aprovar as prioridades das ações de saúde em harmonia com as diretrizes emanadas das conferências estaduais de saúde e conferências nacionais de saúde, observadas as disposições legais” (Lei nº 7.964/2004) e “avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais” (Resolução CNS nº 453/2012).

Possui, dessa forma, total competência para discutir, debater e chegar a um posicionamento no plenário, fórum de deliberação plena e conclusiva, podendo se manifestar mediante resoluções, recomendações sobre o tema ou assunto específico e moções que expressassem o juízo do conselho. No entanto, essa não foi a postura de seu pleno.

É importante registrar que um informante-chave não conselheiro, que acompanhou o processo, considerou a atuação do conselho como de “resistência”:

Eu não sei exatamente se eles foram capazes de conseguir uma articulação que emanasse uma contra decisão efetivamente, mas acho que algum movimento de resistência nesse processo aconteceu ali, embora fosse um conselho que tivesse as suas fragilidades nesse processo de construção, o que também não é exclusividade do Conselho Estadual do Espírito Santo. [...] E dentro dessa conjuntura acho que aquele colegiado conseguiu, naquele momento, oferecer alguma resistência embora não tenha objetivamente tomado para si, de forma formal a deliberação específica sobre aquela questão, que talvez fosse o cerne do papel daquele conselho (IC3).

Na sequência, no dia 11 de setembro de 2012, o Diário Oficial do estado divulgou que o governo do Espírito Santo, por meio da secretaria estadual de saúde, tornava público o propósito de lançar o edital de convocação pública para parceria com organizações sociais de saúde, no intuito de selecionar uma OS para gerenciar o Hospital Dr. Jayme Santos Neves. O edital 001/2012 foi lançado no dia 12 de setembro, tendo como anexo I a minuta do contrato de gestão.

Em 20 de setembro de 2012, ao final da reunião seguinte do CES/ES (130ª RO), o conselheiro representante da CUT/ES solicitou o registro em ata da necessidade de constituir um processo para análise e discussão do edital de contratação e da minuta de contrato da OS que iria gerenciar o Hospital Jayme Santos Neves, para ser avaliado e deliberado pelo CES/ES. Na ocasião, o presidente interino do CES/ES registrou a solicitação feita pelo conselheiro. O registro, porém, não teve qualquer consequência.

Em 18 de outubro de 2012, o secretário estadual de saúde José Tadeu Marino publicou no Diário Oficial do estado o resumo do processo de seleção do edital 001/2012, seguido da autorização de contratação da Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), com dispensa de licitação, em função de sua seleção por meio de edital. Embora haja convocação e resoluções aprovadas nas duas reuniões subseqüentes a essa autorização do contrato de gestão, não foram localizadas as atas da 132ª e 133ª

reuniões ordinárias do CES/ES.

O governo do estado, por meio da SESA, assinou o contrato de gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves com a AEBES no dia 31 de outubro de 2012. Este hospital foi inaugurado em 23 de fevereiro de 2013, e posto em funcionamento por etapas.

O hospital e seu modelo de gestão só voltaram a ser debatidos na 134ª reunião ordinária do conselho, em 28 de fevereiro de 2013, ocasião em que o conselheiro representante da CUT/ES expôs sua solicitação, em setembro de 2012, de discutir o edital de contratação da OS para gerenciar o Hospital Jayme Santos Neves, alertando que o assunto não retornou ao plenário.

O secretário de saúde e presidente do CES/ES se manifestou lembrando que a gerente de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde esteve presente no CES e apresentou um panorama geral sobre o funcionamento do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Afirmou, ainda, que os contratos são públicos, que foi dada a publicidade a todos, e que os debates sobre o assunto poderiam voltar ao CES.

Nessa oportunidade, alguns conselheiros se manifestaram afirmando que o ponto de pauta referente ao modelo de gestão deste hospital ainda não havia sido votado.

O presidente do CES/ES propôs enviar a todos os conselheiros uma cópia do contrato de gestão e o representante do Ministério da Saúde sugeriu inserir o assunto na pauta da reunião seguinte, obtendo a concordância do presidente do conselho.

Não foram encontrados registros da reunião seguinte, em que seria discutido o contrato de gestão do hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves. Não há convocação, frequência, gravação, nem ata da 135ª RO, que ocorreu no dia 21 de março de 2013. Membros da secretaria executiva do CES/ES informaram que essa reunião não teve convocação, nem pauta específica.

5.5 CONTINUIDADE DO PROCESSO: O MINISTÉRIO PÚBLICO E A AUDITORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério Público do Brasil é uma instituição permanente essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (LC nº 95/1997). Ele se divide em Ministério Público da União e Ministérios Públicos dos estados da federação, que atuam nos assuntos de âmbito estadual e possuem autonomia funcional e administrativa para organizar e gerir suas funções de forma independente. Ainda, o Ministério Público (MP) está presente em todo o território estadual através das promotorias de justiça em todas as comarcas.

A principal função do MP é garantir a cidadania, assegurando o respeito e o exercício dos direitos individuais e coletivos, por meio da fiscalização do cumprimento da lei no âmbito do estado e dos municípios, além de outras atribuições como: zelar pela efetiva prestação dos serviços públicos; promover o inquérito civil e a ação civil pública para proteção do patrimônio público e social; promover ação de inconstitucionalidade de leis e atos normativos estaduais e municipais e defender judicialmente os direitos e interesses da população (LC nº 95/1997).

Essa instituição, como defensora constitucional dos direitos coletivos, atua na defesa da política pública de saúde como um direito coletivo social; é defensora do estado democrático e tem um papel importante na defesa de todos aqueles instrumentos de consolidação democrática, incluindo o conselho de saúde, que permitiu a institucionalização da participação social. Além disso, no estado do Espírito Santo, as promotorias de saúde possuem atribuições na defesa do patrimônio público, fiscalizando a aplicação dos recursos públicos.

Embora o MP não seja integrante dos conselhos de saúde, os promotores de justiça têm como atribuição recorrente acompanhar as reuniões ou estar próximos do seu exercício, por se tratarem de espaços políticos importante do SUS. Em geral, os promotores de saúde com atribuições estaduais são os responsáveis por acompanhar o CES/ES, com exceção de ocasiões em que assuntos específicos de algum município sejam objeto de deliberação do conselho. Esse foi o caso da reunião sobre o modelo de gestão adotado para o Hospital Dr. Jayme Santos Neves, localizado no município da Serra. Dessa forma, a 47^a RE do CES/ES contou com a participação de uma promotora do Ministério

Público da Serra.

Após a 47ª RE, a Promotoria da Serra propôs uma ação cível pública, respaldada pelo posicionamento majoritário do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais (CNPJ). A ação teve como fundamentos principais: a gestão de equipamentos públicos por entidade privada; e a regra da complementariedade invertida no estado do Espírito Santo, com uma alta parcela de gestão privada na rede pública hospitalar; além da violação da autonomia do CES/ES na deliberação do modelo de gestão adotado para o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Essa ação sofreu uma mudança na competência, passando para a gestão da Promotoria de Vitória, que não teve o mesmo entendimento que a Promotoria da Serra sobre o caso, desistindo da ação pública, que foi extinta. No entanto, ela foi reproposta pela Defensoria Pública da Serra e, em 2014, tramitava no Fórum da cidade.

Paralelamente a esse processo, a Defensoria Pública da Serra fez uma análise em conjunto com o Ministério Público de Contas do Espírito Santo, desta vez sobre a legalidade do concurso do projeto, a fim de averiguar o cumprimento da Lei 8.666 de 1993, que instituiu as normas para licitações e contratos da administração pública e as regras formais de contratação pública, além da garantia da adequada publicidade. Isso gerou uma representação que indicava as irregularidades constatadas, abaixo descritas.

Em 1º de março de 2013, o Ministério Público de Contas do estado do Espírito Santo, representado por dois procuradores, e o Ministério Público do estado do Espírito Santo, representado pela 3ª Promotoria de Justiça Cível da Serra, ofereceram uma representação com pedido de provimento liminar cautelar em face do secretário estadual de Saúde e da Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) em razão de graves ilegalidades no procedimento administrativo conduzido pela SESA, referente ao edital 001/2012, que originou o contrato 001/2012, celebrado com a AEBES para fins de operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Dr. Jayme Santos Neves.

A representação apresenta possíveis irregularidades no processo, sugerindo a existência de direcionamento do certame e favorecimento da entidade vencedora, além de reconhecer o caráter deliberativo do CES/ES e ressaltar que o mesmo não foi respeitado.

Extraí-se, indubitavelmente, que a afetação dos serviços públicos de saúde a

entidades privadas é uma das decisões essenciais, nucleares da política de saúde em determinado ente federativo. Dessa forma, deliberar sobre tal procedimento, insofismavelmente, é da atribuição do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, seja para propor, aprovar ou rejeitar a terceirização da gestão de determinado Hospital. No caso em questão, tanto a decisão pela adoção do modelo de gestão por OS quanto os estudos técnicos que a embasaram não foram objeto de deliberação e aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESPÍRITO SANTO, 2013).

O documento apresenta que, antes do contrato de gestão ter sido firmado, foram agendadas três atividades com a finalidade de “facultar a participação popular no processo decisório, mediante submissão do projeto aos debates empreendidos no âmbito do Conselho Estadual de Saúde (CES)”: a) reunião no CES/ES com o conselho gestor do Hospital Dório Silva, no dia 04/09/2012, já que este hospital presta uma parcela de serviços semelhantes aos que seriam prestados pelo HJaSN, além de possuir um conselho gestor; b) visita dos membros do CES/ES ao Hospital Estadual Central (HEC) e Hospital Dr. Jayme Santos Neves, no dia 03/09/2012, a fim de conhecer o funcionamento e o modelo de gestão por OS implantado no HEC, e as instalações do HEJSN; e c) apresentação do projeto ao CES/ES, no dia 06/09/2012, ocasião da 47ª RE.

No entanto, no documento é assinalado que, embora tivesse ocorrido a apresentação do projeto ao CES/ES, não houve decisão do órgão, positiva ou negativa, seja para aprová-lo ou rejeitá-lo.

Assim, com base em declarações de três conselheiros colhidas pela Promotoria de Justiça Cível do município da Serra, e também na participação da promotora de Justiça na reunião de apresentação do projeto, o documento concluiu não ter havido qualquer deliberação, além de condenar a postura da Secretaria de Saúde de ignorar e desconsiderar as decisões do conselho de saúde, adotando políticas de saúde à revelia deste colegiado.

A pedido do Ministério Público Estadual, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS realizou a auditoria nº 13955 no hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves e na Secretaria Estadual de Saúde, com a finalidade de verificar a regularidade do Contrato de Gestão nº 001/2012 e o atendimento na unidade hospitalar. Essa auditoria realizou-se no período de dezembro de 2013 a março de 2014, tendo como base o exercício de 2013.

Duas constatações são relevantes para o objeto desta pesquisa. Sobre a Comissão de Monitoramento e Avaliação da SESA, será tratada no tópico 6.8. No que se refere às deliberações/resoluções, a auditoria do MS constatou não conformidade, já que a SESA não apresentou documentos que comprovassem a manifestação do CES/ES quanto à contratação da AEBES para gerir o HJaSN. No documento, afirma-se que essa contratação estaria em desacordo com a quinta diretriz da resolução do CNS nº 453/2012, por não apresentar as atas das discussões sobre o Edital de convocação pública 001/2012, o Contrato de Gestão e o acompanhamento da execução do contrato.

Após a ausência de justificativa do secretário estadual de Saúde relatada pela auditoria, o Ministério da Saúde recomendou à SESA:

Realizar gestão junto ao Conselho Estadual de Saúde para que o colegiado promova o acompanhamento da execução do Contrato de Gestão 001/2012 firmado entre a SESA/ES e a AEBES, registrando as apreciações por meio de atas, consubstanciando-as em resoluções, recomendações ou outros atos deliberativos, conforme prevê o inciso XII, Quarta Diretriz da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 453 de 10/05/2012 (MS/SGEP, 2014).

As ações do Ministério Público e da Auditoria do Ministério da Saúde expostas acima não levaram a qualquer mudança na relação entre a Secretaria Estadual de Saúde e o CES/ES no que diz respeito à deliberação do modelo de gestão, em particular sobre o contrato 001/2012 realizado com a AEBES para a gestão do HJaSN.

É importante registrar que em 16 de abril de 2015, após tramitar por 17 anos no Supremo Tribunal Federal, essa corte julgou parcialmente procedente a ADI nº 1.923/98, decidindo ser válida a prestação de serviços públicos não exclusivos, como a saúde, por organizações sociais em parceria com o poder público.

A decisão do STF de considerar constitucional a Lei nº 9.637/98 legitimou a decisão da SESA/ES de contratar OS para a gestão dos hospitais públicos. A repercussão da decisão do STF sobre os contratos já estabelecidos pela SESA/ES e os desdobramentos das ações movidas pelo Ministério Público não foram acompanhadas pela pesquisa de campo, que se encerrou em 2014.

Após apresentar a implantação do modelo de gestão do HJaSN e a participação do CES/ES neste processo, o capítulo seguinte analisará a relação entre a SESA/ES e o CES/ES e a percepção dos conselheiros entrevistados sobre a influência do CES/ES na

escolha do modelo de gestão, além do papel do conselho, percebido pelos conselheiros, no processo de contratação da OS AEBES para gerenciar o HJaSN.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados e a discussão sobre a atuação do CES/ES no processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) e a organização social Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

O capítulo divide-se em 9 tópicos que abarcam os objetivos propostos pela pesquisa: relações dos conselheiros entrevistados com a entidade representada; interação entre os segmentos dos conselheiros; relacionamento do CES/ES com a SESA/ES; percepção sobre os papéis do CES/ES e dos conselheiros; influência do CES/ES na elaboração, definição e acompanhamento das políticas estaduais de saúde; percepção dos conselheiros sobre o papel do CES/ES no processo de contratação da organização social AEBES para gerenciar o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves; relação do CES/ES com a organização social AEBES; relação da SESA com a AEBES; e possibilidades de atuação do conselho durante o processo de contratação de uma OS para gerenciar um hospital público.

6.1 RELAÇÕES DOS CONSELHEIROS ENTREVISTADOS COM SUAS ENTIDADES

Relação com a entidade

Dos 20 conselheiros entrevistados, apenas quatro não ocupam qualquer cargo na diretoria das entidades que representam no CES/ES. Desses, dois são do segmento dos prestadores de serviço, da FEHOFES, federação que congrega representantes das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. Assim, embora esses conselheiros ocupem cargo de diretoria em suas respectivas instituições, na FEHOFES são apenas representantes filiados. Dos outros dois conselheiros que não ocupam cargos nas diretorias de suas entidades, um é apenas filiado ao sindicato de trabalhadores da saúde que representa, o SINDIENFERMEIROS, e o outro presta assessoria à entidade Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo (FETAES).

Dentre os cargos ocupados, cinco entrevistados ocupam a posição central da

entidade e/ ou instituição, como coordenação, direção, presidência e secretaria – SESA/ES, SINDSAÚDE, Federação das Associações dos Aposentados, Pensionistas e Idosos no Estado do Espírito Santo, Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase e Associação dos Ostromizados. Um ocupa a vice-presidência da Federação das Indústrias do Estado do Espírito Santo (FINDES). Outros 10 são responsáveis por secretarias, pastas e/ ou assuntos específicos na diretoria, coordenadoria de comissões, chefia e subsecretariado – SESA/ES, Ministério da Saúde, SINFES, SINDIPÚBLICOS, SINODONTO, CUT-ES, Federação das Associações de Moradores e Movimentos Populares do ES e Pastoral da Saúde.

Observa-se que a maior parte dos conselheiros entrevistados integra a diretoria da entidade que representa.

Forma de escolha do conselheiro

No universo de 20 conselheiros entrevistados, apenas três declararam terem sido escolhidos por meio de eleição, sendo todos representantes da FAMOPES, na qual integram a Comissão de Saúde.

No segmento dos Gestores e Prestadores de Serviços, tem-se que o secretário de saúde é presidente nato deste conselho, e os representantes da SESA são indicações do secretário de saúde, geralmente subsecretários de saúde, ou membros do gabinete da Secretaria de Saúde.

Entre os prestadores de serviço entrevistados, dois conselheiros de saúde declararam terem sido indicados pela FEHOFES para ocupar as vagas de titulares, informando existir um sistema de rodízio interno entre as entidades filiadas à Federação para compor diferentes gestões. Ainda, um conselheiro representante do governo federal declarou ter ocupado a vaga de titular quando assumiu um cargo de gestão na instituição.

No segmento dos Trabalhadores da Saúde, os representantes dos cinco sindicatos entrevistados alegaram terem chegado ao CES/ES por indicação da instituição. Desses representantes, um é o próprio presidente do sindicato (SINDSAÚDE), e outro declarou ter sido convidado diretamente pelo próprio presidente, com quem mantinha relações de amizade extra sindicato.

Por fim, no segmento dos usuários, conforme citado anteriormente, três foram eleitos em suas entidades (FAMOPES), quatro afirmaram terem sido indicados por suas instituições (FETAES, CUT-ES, FINDES e Pastoral da Saúde), um conselheiro do MORHAN afirmou ter sido indicado por um conselheiro estadual do segmento dos usuários, e dois não fizeram menção direta sobre como chegaram a ser conselheiros estaduais de saúde (FAAPIES e Associação dos Ostromizados). Esses últimos três conselheiros citados ocupavam a presidência de suas respectivas entidades no período em que foram conselheiros.

Sobre a forma como é feita a escolha do conselheiro, encontrou-se que a maior parte dos entrevistados foi indicada pela entidade e por fazer parte ou estar vinculado à diretoria. A eleição direta entre os membros de cada instituição não é o principal método utilizado dentre as entidades entrevistadas, já que apenas 15% dos entrevistados declararam ter chegado ao conselho por este meio.

Quanto à participação dos entrevistados em conselhos de saúde, em 2014, dez conselheiros (50%) estavam na sua primeira gestão no CES/ES (gestão 2011/2013), sendo que sete desses nunca haviam participado anteriormente de outros conselhos (quatro usuários, dois trabalhadores da saúde e um gestor). Três estavam na sua segunda gestão, e os outros sete conselheiros já possuíam três ou mais gestões no CES/ES.

Cinco dos 20 entrevistados declararam ser conselheiros de saúde (não necessariamente no CES/ES) há mais de 10 anos, sendo três representantes dos usuários, que atuam há anos em conselhos municipais de saúde; dois representantes dos trabalhadores da saúde afirmaram participar do CES/ES desde a sua fundação legal, em 1990.

Em relação à participação em outros conselhos de saúde, 11 entrevistados alegaram nunca ter participado de qualquer outro conselho de saúde (cinco usuários, três trabalhadores da saúde, dois prestadores de serviço e um gestor), enquanto cinco declararam ter participado apenas de conselhos municipais de saúde; dois integraram conselhos municipais e conselhos gestores; um participou de conselhos municipais e conselhos locais; e um já compôs o Conselho Nacional de Saúde.

Comunicação com a entidade representada

Quando questionados sobre a comunicação existente entre o conselheiro e sua entidade representada, apenas os entrevistados do SINDSAÚDE, FETAES, Associação dos Ostomizados e um usuário da FAMOPES declararam discutir as pautas das reuniões do CES/ES antes e após elas ocorrerem. Dois gestores da SESA/ES e um usuário da Pastoral da Saúde informaram discutir antes das reuniões os assuntos que eram tratados no conselho a fim de acordarem um posicionamento comum desses pontos, enquanto que um usuário da FAMOPES e o representante do SINDIENFERMEIROS informaram que os assuntos discutidos no CES/ES eram apenas repassados para suas entidades.

Por fim, três conselheiros (FAAPIES, FAMOPES E SINDIPÚBLICOS) alegaram haver comunicação com suas entidades, porém não especificaram o momento e a finalidade, enquanto que dois conselheiros disseram não levar os assuntos discutidos no CES/ES para sua entidade. Um destes, trabalhador da saúde, afirmou que a diretoria de sua entidade, a SINODONTO, não estava se reunindo; o outro, representante do FINDES, afirmou levar pouca informação por não haver espaço nem interesse da diretoria de sua instituição em tratar dos assuntos do conselho.

Ainda, os representantes da FEHOFES, do Ministério da Saúde e do MORHAN apenas informaram ter apoio de suas entidades, sem especificar o tipo de apoio e incentivo à participação no conselho. Já os representantes da FEHOFES, do SINFES e da CUT-ES não informaram como é a comunicação com suas entidades.

No universo de 20 conselheiros entrevistados, apenas dois citaram a regularidade das reuniões: a FAMOPES declarou ter reuniões mensais na comissão de saúde e a Associação dos Ostomizados assegurou ter reuniões mensais para troca de informações sobre os conselhos que participam e sobre novas portarias, além de uma reunião anual com a finalidade de organizar as demandas mais relevantes da associação.

Por último, chama a atenção o fato de apenas dois conselheiros informarem discutir e levar demandas de sua entidade para as reuniões do conselho: representantes do SINDSAÚDE e da Associação dos Ostomizados.

Sobre este último ponto, vale registrar que os conselheiros entrevistados representantes da SESA/ES informaram haver sempre uma reunião prévia na secretaria de saúde para discutir os assuntos da pauta do CES/ES a fim de se ter posicionamento comum

desses pontos, ao contrário do constatado entre os entrevistados representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

6.2 INTERAÇÃO ENTRE OS SEGMENTOS DOS CONSELHEIROS

Quando perguntados sobre a interação entre os conselheiros de saúde, especificamente acerca do relacionamento geral entre os segmentos integrantes do conselho, as respostas foram as mais variadas possíveis (ver quadro 8, p.121). Percebeu-se um peso maior nas opiniões que indicam um relacionamento conflituoso entre os segmentos, embora não seja de interesse desse trabalho quantificá-las, até porque são opiniões dos entrevistados e não representam o conjunto do CES/ES.

No que diz respeito ao relacionamento entre os segmentos, os gestores e prestadores entrevistados informaram que o maior conflito é justamente com os sindicatos dos trabalhadores, embora um prestador de serviço (PS2) tenha afirmado que a gestão tem um bom relacionamento com o SINDSAÚDE. Por outro lado, assinalaram ter uma boa parceria com os usuários, com exceção da CUT/ES, com quem a relação é conflituosa.

Os trabalhadores da saúde afirmaram ter um bom relacionamento com os usuários, mas reconheceram que os usuários e gestores são parceiros. Já o relacionamento com os gestores dividiu opiniões, desde bom relacionamento com o secretário de saúde (TS1), até desgaste e insatisfação muito grandes (TS2).

Por fim, os usuários relataram dificuldade de estabelecer uma identidade dentro do próprio segmento, a falta de parceria e até mesmo o embate em determinados assuntos com os trabalhadores da saúde. Apenas um usuário relatou aproximação dos trabalhadores com os gestores, em função do conhecimento técnico. Finalmente, três usuários relataram ter maior proximidade com a gestão, alegando boa comunicação (US9), consenso (US8) e intimidação (US2), enquanto que um usuário (US6) destacou o posicionamento autoritário do presidente do conselho e outro (US1) afirmou que a maioria da representação dos usuários contesta a gestão.

Quadro 8: Opinião dos conselheiros entrevistados sobre o relacionamento geral entre os segmentos no CES/ES, 2014

Segmento	Entrevistado	Relacionamento Geral		
		Harmonioso	Razoável	Conflituoso
GESTORES/ PRESTADORES DE SERVIÇO	G1			existe conflito
	G2	relacionamento bom		
	PS1		poderia ser melhor	há momentos de conturbação
	PS2			dependente e subordinado à gestão
	PS3			não rende, pessoas adversas ao conhecimento da saúde
TRABALHADORES DA SAÚDE	TS1	gratificante		
	TS2			equivocado
	TS3		encontro apenas nas reuniões	
	TS4	muito bom		
	TS5			muito ruim
USUÁRIOS	US1			não há estabelecimento de identidade de posições
	US2			não tem sintonia
	US3			divergência entre o grupo
	US4	cordial, de amizade		
	US5			individualista
	US6			interesses se conflitam
	US7			embate, divergências de bancada
	US8		razoável	
	US9	bom		
	US10			sem integração

Os depoimentos abaixo ilustram a existência de conflitos nos relacionamentos:

Por isso que eu falo que muitas das vezes os interesses, eles se convergem ali, ou divergem, vamos dizer assim. Eles se conflitam. Existem um ou dois que batem duramente, que é marcado até [...]. Então, a gente acaba enxergando esses conflitos que onde não deveria ter, por conta que as pessoas, elas não querem, não tem o olhar coletivo para a sociedade, mas sim aquele olhar de que “alguém mandou, eu tenho que cumprir, é meu dever cumprir aquilo que alguém mandou”, e esse alguém é o gestor que trabalha a questão do recurso público (US6).

Eu acho que o maior conflito é entre os sindicatos dos trabalhadores, o segmento dos trabalhadores de saúde e de centrais sindicais que são representadas no Conselho. Esse é o embate que você tem, porque os prestadores de serviço também prezam por uma boa política [...]. A parceria do ponto de vista dos usuários é muito boa [...]. Agora, no segmento dos servidores com algumas exceções de alguns representantes de servidores, a discussão vai muito para o lado corporativista, para o lado ideológico de uma possível privatização da saúde no caso específico do Jayme (G2).

Eu vejo que em alguns aspectos é um pouco equivocado, porque por mais que as pessoas lá se respeitem, tenham uma boa convivência, mas o papel ali [...] acho que não está bem entendido porque na relação, por exemplo, dos trabalhadores tanto com os usuários e a gestão, sempre vi como muito tranquilo [...], mas na minha avaliação, os usuários [tinham] o entendimento equivocado do papel dele [...]. Porque quando se observa que o usuário, ele sempre tá sempre votando numa pauta onde a gestão apresenta, sem discutir, sem entender, sem questionar, simplesmente votando com a gestão e dizendo que é parceiro, sabe, isso me incomodava muito (TS2).

Essas declarações, além de expor opiniões sobre o relacionamento existente entre os segmentos do conselho, fornecem indícios das alianças e parcerias relatadas nas entrevistas e possíveis de serem observadas nas reuniões do CES/ES.

Em geral, os representantes dos sindicatos dos trabalhadores da saúde (SIMES, SINFES, SINDIPÚBLICOS, SINDIENFERMEIROS, SINODONTO e SINDISAÚDE) têm um bom relacionamento entre si e convergem nos interesses relacionados às condições de trabalho, organização e gestão dos serviços de saúde. Também estabelecem parcerias com algumas entidades do segmento dos usuários, como a CUT-ES e a FETAES. A própria FETAES e o SINDIENFERMEIROS são entidades filiadas à CUT-ES. Por sua vez, as representações dos trabalhadores geralmente têm mais embates com os representantes dos gestores.

Outra parceria citada em diversas entrevistas é a dos representantes dos gestores com algumas entidades dos usuários. As explicações, levantadas pelos próprios conselheiros, incluem a cooptação dos usuários pelos gestores (citada por um usuário e dois trabalhadores da saúde) e o interesse comum dos usuários por ampliar o acesso aos

serviços de saúde, independentemente de quem forneça ou os gerencie.

O relato de um trabalhador da saúde ilustra sua percepção sobre o que considera a cooptação no CES/ES:

[...] isso acontece muito no meio dos usuários que têm uma representação muito poluída. Poluída que eu digo é o seguinte: essas representações para mim estão um pouco viciadas por uma política de cooptação. Cooptação assim, o prefeito arranja um emprego para o parente de conselheiro. Aí a postura política desse conselheiro deixa de ser independente. Não é direta, é indireta na manipulação. Eu pude ver isso no Conselho Estadual [...] (TS5).

Os depoimentos abaixo exemplificam a visão de conselheiros entrevistados sobre o interesse dos usuários do SUS por ampliação da assistência. Ainda, esses relatos têm potencial explicativo na análise das parcerias e principalmente dos posicionamentos sobre o contrato de gestão estudado:

Então, veja bem. Eu acho que como isso é uma coisa nova que está aqui no estado, se iniciou no [hospital] Central, está caminhando pro Jayme e amanhã vai ser no [hospital] São Lucas. Mas é muito recente, porque nós temos que pagar pra ver enquanto usuário. Porque nós usuários queremos o atendimento de saúde. Não queremos saber, de fato, se ela é privatizada, se é governo, o que ela é. Queremos que isso se converta no atendimento para aqueles que mais precisam ter o atendimento (US2).

E acho que independente disso [da organização social gerenciar o hospital], acho que a população saiu ganhando. [...] Porque talvez não fosse o que a gente queria, mas a população em si, ela não quer saber se é assim, ou se é assado, ela quer ser atendida. Ela quer ser bem atendida. E a gente pode dizer o seguinte: as pessoas, mesmo com todos os problemas, estão sendo bem atendidas naquele hospital (US4).

A impressão que eu tenho com os usuários é que eles querem resolver o problema deles. E qual o problema dos usuários? Atendimento e as filas. Daí, se essas filas e esse atendimento vai ser por uma OS, uma OSCIP, médico cubano, médico paraguaio, não interessa, entendeu? Não interessa, de verdade. O que eles querem é resolver o problema deles (TS4).

A FAMOPES, entidade que congrega diversos movimentos sociais municipais e com o maior número de vagas no CES/ES (3), geralmente é representada nos conselhos por integrantes de sua comissão de saúde, que tem autonomia em suas decisões. Talvez por essa razão perceba-se que não se trata de uma representação muito coesa, ou seja, dependendo do conselheiro e do assunto em debate, esta entidade se articula ora com os gestores ora com os trabalhadores da saúde:

Só dizer que, a gente enquanto entidade, a FAMOPES, ela é uma entidade forte, a nível estadual. O governo conta com essa entidade como parceira, nós somos parceiros do governo, mas, infelizmente, em muitas ocasiões nós só somos

trampolim, digamos assim, né? Nós servimos para dizer assim: “olha, a entidade social FAMOPES está aqui representando” e etc. Mas na hora que a gente bate o pé e fala: “A FAMOPES tem que se posicionar”, ela é derrubada, entendeu? (US2).

E muitas vezes, eles [gestores] levam um projeto “ah, tem que aprovar esse projeto, senão o estado vai perder dinheiro, senão o município vai perder dinheiro”. Tá, mas você sabia que tinha esse projeto pra ser votado porque você não mandou pro e-mail de cada conselheiro pelo menos com uma semana antes? Para o conselheiro ler, pensar no que vai votar? Não. Ai, chega lá, bota num slide aquela explicação... Não, você não vai entender em meia hora o que que você tem que votar. Não, eu não voto, e não voto mesmo! [...] só voto se vocês me derem o processo pra eu levar e do contrário, tá aqui oh! (US8).

Ainda, um representante do segmento dos usuários alegou se sentir em desvantagem de conhecimento técnico em relação aos trabalhadores da saúde e reconheceu faltar uma parceria entre os usuários e trabalhadores da saúde; por esse motivo, o segmento vota ora com a gestão, ora com os trabalhadores da saúde:

É isso que eu estou falando, termina no gestor, por ser [profissional] técnico, e o profissional [trabalhador da saúde] também, que é técnico, termina se juntando com o gestor, ou pelo fato de que ele já trabalha, dentro da secretaria ou do governo e termina isolando os usuários. Termina isolando os usuários. Então o usuário que vem de uma comunidade, que não é técnico, que não tem o conhecimento técnico, termina se intimidando e votando de acordo com o gestor ou de acordo com o profissional (US2).

É importante salientar, como ressaltam Behring e Boschetti (2011), que a sociedade civil não é homogênea, sendo atravessada por diversos interesses e tensões que fazem parte de uma sociedade de classes, o que faz com que seus representantes não defendam necessariamente nem os mesmos princípios e nem o que poderia ser considerado como de interesse público.

Além disso, o termo “usuários” é ambíguo. Como a Constituição “define saúde como direito e o SUS como universal, todo brasileiro é um potencial usuário dos serviços de saúde” (MOREIRA, 2009, p.84). Assim, qualquer pessoa poderia ser um conselheiro representante do segmento dos usuários. Porém, Moreira (2009) destaca que a interpretação da lei sempre foi a de que os conselheiros desse segmento integram entidades da sociedade organizada e movimentos sociais.

6.3 RELACIONAMENTO DO CES/ES COM A SESA/ES

Para compreender o relacionamento entre o CES/ES e a SESA, perguntou-se aos entrevistados como se dava a relação nas reuniões, considerando o respeito e valorização das falas; fora das reuniões, na elaboração das pautas e na solicitação de inserção de temas de interesse nas mesmas, além da forma de atuação da SESA/ES no conselho de saúde.

Para os trabalhadores de saúde entrevistados, o relacionamento entre o CES e a SESA era “desgastante”, permeado por “medo e submissão dos usuários” e, ainda, havendo contato apenas nas apresentações. Um conselheiro afirmou ter um “bom relacionamento com o secretário”, “exceto na questão do Jayme”. Outro trabalhador da saúde alegou que esse relacionamento dependia do assunto a ser discutido:

Agora, a relação entre o grupo era muito boa. [Eu] não via maiores confrontos não. Com a gestão, depende daquilo que era decidido lá. Por exemplo: dia da reunião de plano de saúde: rolava o maior *stress*; dia de prestação de contas de uma OS: rolava o maior *stress*; dia da eleição do Jayme: nossa! A reunião teve que acabar porque rolou o maior bate-boca. Agora, quando as pautas eram mais tranquilas, coisas mais simples [...] não tinha problema nenhum, era sempre bacana. Reunião de relatório de gestão: outro *stress*. E assim, às vezes a reunião do relatório de gestão eram reuniões muito pesadas, a gente fazia duas, três reuniões antes da reunião [...] e mesmo assim o relatório de gestão dava confusão, entendeu? Então aí depende. Como eu te falei, depende daquilo que ia ser feito (TS4).

No segmento dos usuários, as opiniões ficaram divididas. Quatro entrevistados (representantes do MORHAN, Associação dos Ostromizados, FAMOPES e Pastoral da Saúde) afirmaram ter um bom relacionamento com a SESA, não havendo grandes divergências, enquanto CUT-ES, FAAPIES e um representante da FAMOPES indicaram um relacionamento conflituoso, sem sintonia, individualista e com cooptação. Ainda, o FINDES não se manifestou; a FETAES e outro entrevistado da FAMOPES alegaram haver contato com a secretaria apenas nas reuniões.

Dessa maneira, três conselheiros (dois usuários e um trabalhador da saúde) concordaram que não havia um relacionamento entre o CES/ES e a SESA fora das apresentações e reuniões do pleno, e assinalaram existir maior aproximação com o secretário de saúde do que com os técnicos da secretaria, que compareciam às reuniões apenas pontualmente para apresentar os programas ou quando solicitados.

Entre os prestadores de serviço, dois mencionaram momentos de conturbação e brigas, além de uma relação de dependência do CES/ES em relação à secretaria. Os dois

gestores entrevistados indicaram um bom relacionamento, exceto com as centrais sindicais, e o terceiro prestador (PS3) ressaltou, além de um bom relacionamento, a presença positiva do secretário de saúde nas reuniões.

Muitos conselheiros citaram como positiva a presença do secretário estadual de saúde em todas as reuniões, ao contrário da constante ausência do secretário da gestão anterior (2009-2011). Percebeu-se, no entanto, uma insatisfação com a postura autoritária do primeiro na condução de algumas reuniões estratégicas para a SESA/ES. O relato abaixo exemplifica bem esse posicionamento:

O que tem nos marcado muito no Conselho é o posicionamento do presidente do Conselho, que ao mesmo tempo que ele é presidente, ele é secretário e ele acaba ferindo muitas das vezes o regimento [...] quando ele se propõe a defender uma proposta [...]. Se lá no próprio regimento fala que cada membro pode se posicionar e tem um certo tempo pra poder cumprir com aquela defesa e ele, muitas das vezes ele [...] fica ali praticamente 10, 15 minutos tentando convencer, querendo impor pra cima dos conselheiros que ali estão, um convencimento que muitas das vezes, ele não é democrático (US6).

A conflituosa relação dos gestores com os CS pode ser atribuída pelo menos a dois fatores diferentes para Labra (2007, p. 38):

(a) como o cargo de gestor (secretário/a de saúde) não é técnico, mas político e, portanto, de confiança do chefe do Executivo, o gestor deverá primeiramente guardar fidelidade a quem o nomeou e defender os interesses deste, mesmo sendo contrários aos princípios do SUS; (b) os gestores resistem a aprovar as deliberações dos CS sob a alegação de que, pela Constituição, cabe aos representantes do Poder Executivo tomar as decisões políticas e ordenar a respectiva implementação.

Por fim, vale frisar a concordância de dois conselheiros (PS2 e TS4) ao apontar a relação de dependência do CES/ES com a SESA/ES: dependência de espaço físico, estrutural, de quadros administrativos e dependência financeira, por estar o orçamento do conselho vinculado à secretaria. Há, também, a indicação da secretaria executiva pelo secretário estadual de saúde e o próprio fato deste, segundo a lei vigente, ser o presidente nato do CES/ES.

A relação do Conselho, eu acho que, na minha opinião, ele ainda é uma relação dependente. O Conselho ele tem uma dependência física, estrutural, institucional. Ele não se põe à parte, ele se põe subordinado. O secretário executivo é indicado pelo presidente do Conselho, que por lei é presidente nato: é o secretário de estado. Então ele indica o secretário executivo, que coordena lá o fluxo das informações para os conselheiros. Que por sua vez, começam a vir aqueles secretários, como agente público do interesse da secretaria no âmbito do Conselho. Ele fica dependente ali, ele acaba fazendo um de “secretário

institucional”, não há uma independência. [...] Ou seja, ele [o conselho] tem uma subordinação administrativa. Percebo uma certa subordinação administrativa, dependência, [...] eles [os conselheiros] não tem [uma atitude] assim: “olha, vamos querer um outro secretário. Nós vamos deliberar, trazer alguém que nós queremos que seja secretário e vamos votar aqui”. Não, é um servidor da SESA sempre. O secretário executivo é sempre alguém com vínculo trabalhista com a Secretaria de Estado da Saúde (PS2).

O maior erro é o orçamento do Conselho estar vinculado à Secretaria de Saúde. É o maior erro. Eu acho que o orçamento do Conselho não tem que ser vinculado à Secretaria nenhuma, porque isso amarra o Conselho. Tá entendendo? Amarra e amarra de verdade. Tira um papel de controle social que deveria de ser do Conselho. Na verdade, fica como se fosse manipulado mesmo, porque se eu tenho um orçamento que você me dá, eu vou fazer aquilo que você quer pra mim, entendeu? O que você mandar fazer, eu vou fazer. Então eu deixo de ter o caráter de fiscalização, como tem que ser, de verdade. E começa também com o secretário executivo sendo um funcionário da [SESA] [...]. Então, todas essas coisas, embora ele tentasse fazer a coisa mais limpa e transparente possível, a gente sabe que não é assim. No fundo, no fundo existe essa questão do... “Você não vai bater em que está te estendendo a mão”. Você não vai. Não vai, gente! [...] Que é um outro problema: o secretário de saúde é o presidente do conselho. É um outro problema, esse cargo deveria ser por eleição. [...] Você está como secretário, se o dinheiro tá na minha mão, se a cadeira tá na minha mão, vou fazer o que eu quero (TS4).

Por outro lado, um conselheiro (US4) afirmou ser a secretaria dependente do conselho, pois qualquer ação da primeira precisaria passar e ser aprovada pelo segundo.

A participação nas reuniões do CES/ES permitiu observar que o direito de fala era garantido a todos, sem que isso garantisse, necessariamente, igual valorização de todas as manifestações.

Os representantes do SINDSAÚDE, CUT-ES, FAAPIES, um representante da FEHOFES e um da FAMOPES afirmaram que nas decisões do CES/ES as opiniões não eram valorizadas e analisadas. Para o Ministério da Saúde, SINFES, SINDIPÚBLICOS, FETAES e FAMOPES, todos eram ouvidos, mas suas opiniões não eram acatadas, já que as decisões já haviam sido tomadas anteriormente. Ainda, para os SINDIENFERMEIROS, a opinião dos usuários possuía mais peso para o governo, enquanto o SINODONTO alegou que os debates “circulavam” com mais liberdade quando não eram assuntos estratégicos do governo.

Por outro lado, entrevistados da Associação dos Ostomizados, Pastoral da Saúde e um representante da FEHOFES alegaram que as opiniões eram ouvidas, analisadas e valorizadas. Por fim, para o FINDES, o espaço era muito disperso e a maior parte dos conselheiros não dava opinião. Ainda, dois representantes da SESA/ES, um da FAMOPES e o MORHAN não opinaram.

No que diz respeito às pautas discutidas no conselho, os entrevistados relataram uma insatisfação constante com temas introduzidos pelo gestor em cima da hora e até mesmo mudanças da agenda após sua aprovação pela mesa diretora.

Isso é outra coisa que todo mundo reclama e você já viu as pessoas reclamarem. Toda vez que se leva alguma coisa pra aprovar nos Conselhos, sempre é em cima da hora, sempre já tá na Assembleia, sempre já tá na Câmara, não adianta fazer modificação. [...] Entendeu? Isso dificulta. Como que eu vou entender uma questão, vou aprovar um plano, como que vou mexer se eu já não posso mexer? (TS1).

Muitas vezes, assim, algumas coisas chegam em cima da hora e aí muitas vezes dá até um certo desentendimento, porque bom mesmo seria se o conselho recebesse todas as documentações com antecedência, pra que pudessem ser analisadas, pra ele poder dar o seu parecer, com a consciência (US4).

Algumas vezes o assunto em pauta chega agora pra ser enviado pro computador do Ministério da Saúde até às 6 horas da tarde. Então, o teor da discussão, ele vai meio que pela briga, meio que na marra, mas ele acontece (PS1).

Nós sentamos na mesa diretora e aprovamos essa pauta pro conselho, mas chegou no dia do conselho e tem outra pauta. A gente não consegue trabalhar, não podemos trabalhar, então a gente muda, a gente tira nem que for 10 minutos pra “não, isso aqui não pode. Isso aqui não foi passado pela mesa diretora” (US3).

Outras insatisfações com a Secretaria Estadual de Saúde foram pontuadas: o autoritarismo do gestor não só na condução das reuniões e na elaboração das pautas como também na imposição de políticas de governo, como no caso da adoção do modelo de organizações sociais para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves; desinteresse dos conselheiros representantes dos gestores em participar de comissões e grupos de trabalho do conselho e falta de vontade política para concluir processos em andamento de iniciativa do mesmo, como a implementação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS e a proposta da nova lei que regulamenta o funcionamento e composição do CES/ES.

Sobre esse último ponto, as atas permitiram observar as inúmeras solicitações de pauta e tentativas de organização do CES/ES para a proposição de uma nova lei que regulamentasse o funcionamento e a composição do conselho. É válido registrar a 138ª RO, de 18/07/13, em que um ponto da pauta foi a apresentação e discussão de ofício enviado inicialmente pela FAMOPES, CUT, SINDSAÚDE, FAAPIES, FETAES, SINODONTO e SINDIENFERMEIROS, relatando a insatisfação dessas entidades com relação ao direcionamento e situação do conselho.

Os pontos relatados sobre essa insatisfação foram: 1. Alteração da Lei N° 7.964 de

27/12/2004 (Regulamentações ultrapassadas); 2. Contrato das OS (todos os hospitais; o mais urgente, Dr. Jayme Santos Neves); 3. Funcionamento dos Conselhos Gestores dos Hospitais (Dr. Jayme Santos Neves, Central e outros); e 4. Mesa de negociação permanente. As entidades demonstraram seu descontentamento com a demora no retorno do projeto de mudança da lei 7.964, que havia sido discutido e aprovado na gestão 2009-2011:

O conselheiro [...] questiona se existe ainda o projeto de alteração da Lei Nº. 7.964, originado de um debate pelo Pleno, e que foi para a Procuradoria Geral do Estado (PGE) para análise e está parado lá há mais de um ano. Propõe ao plenário e à Mesa Diretora que esse projeto retorne à Comissão Específica de Legislação e Normas do CES/ES para ser reavaliado e atualizado, buscando adequação aos novos paradigmas colocados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelas políticas de controle social dentro do SUS, retornando depois ao plenário. O conselheiro solicita que se possível um representante da procuradoria se integre ao debate no plenário do conselho para que com a orientação da procuradoria o produto da decisão do plenário possa ser encaminhado para a Assembleia Legislativa para votação e alteração da lei (Usuários, CUT-ES).

O conselheiro [...] questiona ao Presidente se existem motivos de impedimento do Governo do Estado em relação à alteração da lei e quais seriam os motivos (Usuários, FAMOPES).

A conselheira [...] pergunta sobre o que falta para que a Lei Nº. 7.964 seja alterada e o que compete ao conselheiro fazer para que isso seja agilizado (Trabalhadores da Saúde, SINDENFERMEIROS).

A conselheira [...] fala sobre a questão orçamentária do CES/ES e solicita a apresentação da prestação de contas para que os conselheiros possam ter conhecimentos dos gastos deste, [...] e solicita a apresentação do montante de recursos que é disponibilizado ao CES/ES. A conselheira questiona em relação à alteração da Lei Nº. 7.964, diz que em 2009 os conselheiros discutiram e propuseram a mudança da lei e que esta foi encaminhada para a Assembleia Legislativa para ser votada e até o presente momento eles não têm notícias sobre o que aconteceu (Trabalhadores da Saúde, SINDSAÚDE) (CES/ES, 138ª RO, 18/06/13).

Ainda, a observação no ambiente do conselho permitiu à pesquisadora perceber a falta de condições para o funcionamento do mesmo e de interesse no atendimento dessas demandas. Apesar de o presidente do conselho afirmar que “o governo não vai barrar essa questão, que o que eles têm interesse é que o Conselho funcione independente de quem seja o presidente” (Ata da 138ª RO), ficaram evidentes os empecilhos colocados pela SESA, em particular a falta de infraestrutura, como uma sala reservada com mesa de reuniões, computadores, para que os conselheiros pudessem se reunir. As reuniões de comissões, por exemplo, nos últimos meses de 2014, eram realizadas na única sala que o conselho dispunha.

Os conselheiros contaram com infraestrutura melhor apenas durante um curto

período em que o conselho se mudou para uma nova sede administrativa, local também da sede do núcleo do Ministério da Saúde. Ao retornarem para a sede da SESA, em 2014, novamente o conselho dispunha somente de uma sala com espaço reduzido, apenas para o trabalho da equipe administrativa.

Ficou visível, também, a falta de interesse da secretaria executiva do conselho em atender as demandas dos conselheiros. A equipe administrativa do conselho é reduzida (quatro apoios administrativos e um estagiário) para dar conta de seus trabalhos administrativos e ainda atender a demandas de 48 conselheiros. Assim, estabelece claramente sua prioridade, privilegiando os trabalhos administrativos em detrimento do repasse de informações e auxílio aos conselheiros. Sem contar que o conselho não possui qualquer assessoria. Sempre que necessita de apoio em termos de conhecimentos técnicos, esse vem da própria equipe técnica da SESA.

Labra (2007) sistematizou em sua pesquisa problemas generalizados acerca da precariedade das condições operacionais, de infraestrutura, comunicações, apoio financeiro e de secretaria, tal qual detectado nessa pesquisa.

Duas tentativas do conselho, durante as gestões 2009-2011 e 2011-2013, de elaborarem as mudanças na Lei nº 7.964 foram proteladas até o término do mandato, quando ocorreu a mudança dos conselheiros das entidades integrantes do conselho.

Verificou-se no âmbito do CES/ES o que já havia sido analisado por Gerschman (2004): a identificação de “fortes resistências das diversas instâncias do executivo, que se expressam em obstáculos à viabilização de um funcionamento mais fluido dos conselhos”.

Os conselheiros entrevistados ressaltaram a dependência do CES/ES em relação à SESA/ES para a obtenção de condições de funcionamento da instância, e mais, o fato de a SESA ser dependente do conselho para a aprovação das ações de saúde. Tais questões vão de encontro aos estudos de Moreira (2009) sobre as relações entre o conselho de saúde e o poder executivo, já que indicaram preponderância/ascensão/hierarquia do conselho sobre o poder executivo. Os governantes, ao considerarem seus interesses ameaçados, na impossibilidade de fecharem os conselhos e diante da atribuição de prover-lhes sua infraestrutura, reagem privando-lhes de sede, equipamentos, recursos humanos e financeiros, atingindo diretamente sua atuação (MOREIRA, 2009, p. 97).

6.4 PERCEPÇÃO SOBRE OS PAPÉIS DO CES/ES E DOS CONSELHEIROS

Para os conselheiros entrevistados, o papel do CES/ES nas políticas de saúde do estado está relacionado à fiscalização, discussão, acompanhamento, proposição, debate e, com menor frequência, à deliberação, votação, ouvidoria, monitoramento, controle e participação. Ainda, citou-se, de forma isolada, a aprovação de orçamento do Plano Estadual de Saúde, do Relatório de Gestão e do conhecimento das políticas de saúde.

No que diz respeito às atribuições do conselho em relação aos outros conselhos, citou-se o apoio aos conselhos municipais (TS2) e o papel de consultor e fiscalizador de outros conselhos (G1). Ainda, no que diz respeito ao relacionamento com a população, foi referida a defesa do direito da população (PS3, US3 e US5) e a divulgação da importância de participar do conselho (US6).

Para a melhor identificação do papel do CES/ES segundo os conselheiros entrevistados, adotou-se uma tipologia criada por Cortês et al (2009) no estudo sobre os Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre, que permite classificar as menções dos entrevistados nas seguintes categorias:

Fiscalização: assume postura de vigilância quanto à destinação de verbas e debate o financiamento das ações; fiscaliza a qualidade dos serviços e da própria gestão pública.

Deliberação sobre política: debate amplamente assuntos de política de saúde; discute os assuntos antes de aprovar ou reprovar propostas trazidas ao debate; discute reivindicações, demandas e proposições apresentadas à gestão, independentemente de sua efetividade final.

Instrumento formal de gestão: ratifica apenas decisões já tomadas por outros atores, em outros lugares; legitima propostas dos gestores públicos; cumpre exigência legal.

Canal estatal: por meio do conselho, demandas societárias – reivindicações e proposições – são apresentadas aos gestores públicos.

Informativa/educativa: divulga informações em saúde, especialmente aquelas relativas a dados do município, à gestão em saúde na cidade, a eventos ou campanhas na área da saúde e a ações e propostas do próprio conselho.

Decisão sobre controle social: trata de questões relativas a conselhos distritais e locais; escolhe os conselheiros para representar o conselho em eventos externos; conceitua instâncias assessoras ao conselho; organiza conferências de Saúde que ocorrem no município; trata das normas de eleição de Mesa Diretora e de presidente do fórum e de alterações na dinâmica de votação.

Cartorial: decide sobre contratação, credenciamento e descredenciamento de prestadores e celebração de convênios que envolvam recursos públicos. (CORTÊS et al, 2009, p. 168)

As respostas às perguntas foram classificadas de acordo com a tipologia adotada, organizadas no quadro 9 e mostradas no gráfico 1 para serem analisadas.

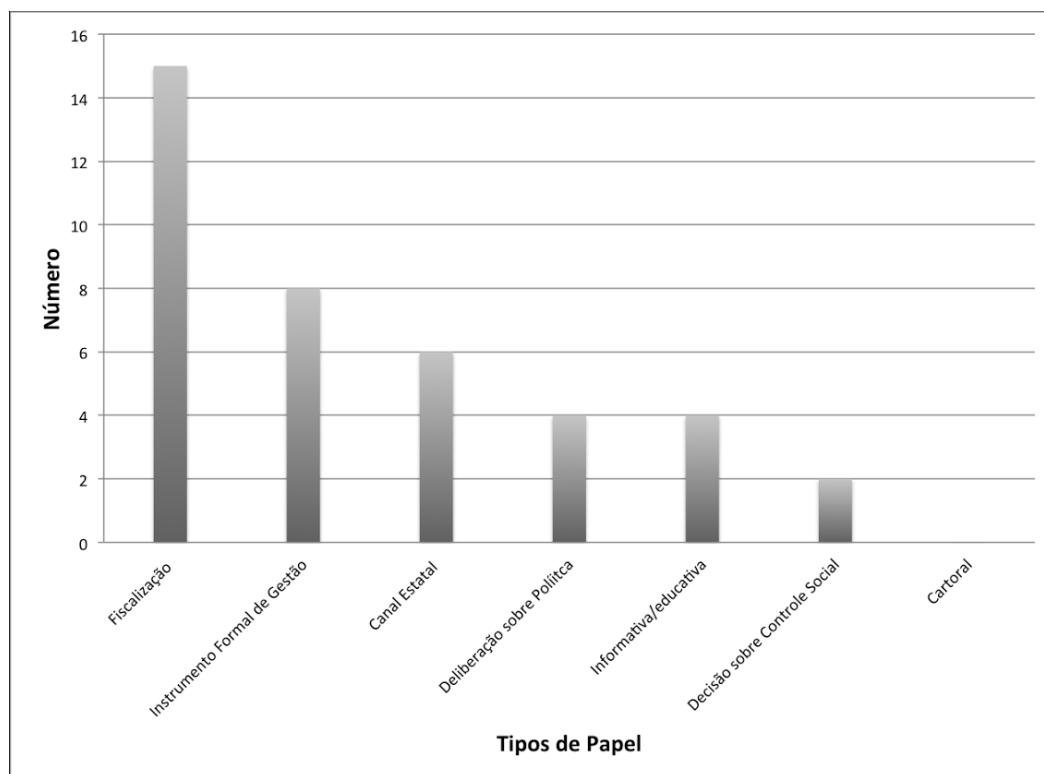
Quadro 9. Opinião dos conselheiros entrevistados sobre o papel do CES/ES, 2014

Segmento	Entrevistados	Categorias mencionadas
GESTORES/ PRESTADORES DE SERVIÇO	G1	Fiscalização instrumento formal de gestão canal estatal informativa/educativa
	G2	Fiscalização instrumento formal de gestão
	PS1	Fiscalização instrumento formal de gestão informativa/educativa
	PS2	Fiscalização deliberação sobre política instrumento formal de gestão
	PS3	Canal estatal informativa/educativa
TRABALHADORES DA SAÚDE	TS1	Fiscalização instrumento formal de gestão
	TS2	Fiscalização decisão sobre controle social canal estatal
	TS3	Deliberação sobre política instrumento formal de gestão
	TS4	Fiscalização
	TS5	Fiscalização
USUÁRIOS	US1	Deliberação sobre política
	US2	Fiscalização instrumento formal de gestão
	US3	Fiscalização canal estatal
	US4	Fiscalização
	US5	Canal estatal
	US6	Fiscalização deliberação sobre política canal estatal informativa/educativa
	US7	Fiscalização
	US8	Fiscalização
	US9	Fiscalização
	US10	Instrumento formal de gestão decisão sobre controle social

O gráfico 1 mostra que a maioria dos entrevistados afirmou que o papel do conselho é exercer a função de “fiscalização” (75%, 15 em 20). Essa função apareceu associada às atividades de fiscalizar o exercício da saúde do estado e fiscalizar as políticas do executivo. Esse achado foi próximo ao encontrado por Côrtes et al (2009) nos CMS do

Rio Grande do Sul, onde verificaram que 64% dos entrevistados num total de 92 respondentes atribuíam esse papel ao conselho.

Gráfico 1 – Número de tipos de papel atribuídos ao CES/ES, por entrevistado. Espírito Santo, 2014



Stotz (2006) já havia constatado que, na prática, a ênfase das atribuições dos conselhos de saúde no SUS deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde.

A visão mencionada pelos conselheiros de que o CES/ES é um “instrumento formal de gestão” apareceu em 8 de 20 (40%) entrevistas realizadas, em que foram citadas como funções aprovar as políticas do executivo, aprovar o plano estadual de saúde e deliberar sobre as ações do executivo, como nos depoimentos que se seguem:

Bom, não só do conselho estadual, mas assim como conselho municipal e outros conselhos, que são de aprovar as políticas do executivo, e obviamente tudo que você aprova, você tem responsabilidade de fiscalizar, acompanhá-las (US2).

Olha, o papel do Conselho é o de aprovação primeiro do conhecimento e a ratificação, a homologação dessas políticas (G2).

O gestor (G2) mencionou, especificamente, o papel de homologação das políticas – um equívoco, já que esse papel cabe ao executivo em relação às deliberações do conselho.

Citou-se, ainda, que o conselho é um importante instrumento para a implementação da política social do governo, além de sua existência e anuência ser necessária para o cumprimento das determinações legais, de modo que o Ministério da Saúde repasse verba para o estado (PS1).

Na prática, “o conselho recebia os projetos com decisão de governo para simplesmente apreciação ou conhecimento” (PS2), ou sua função era “discutir e aprovar relatório da gestão, o plano de gestão e pequenas coisas” (TS2).

Esses resultados se mostraram muito semelhantes aos encontrados por Côrtes et al (2009, p. 169), que além de registrar 42% dos conselheiros com essa visão, observou que, na prática, a função dos conselhos era “receber projetos, prestações de contas e planos de aplicação e ‘aprová-los’ para viabilizar a gestão”.

Ainda, há situações em que o CES/ES se sente pressionado a aprovar as propostas da gestão, sob “ameaça” de não receber os recursos necessários para as ações:

Assim, o ano anterior, que eu já cheguei, vamos dizer assim, no meio do decorrente ano, eu queria compreender qual era o papel, qual era o meu dever ali, era meio que num pacotão, era meio que “tem que votar”, “o prazo tá em cima da hora, se não votar vai perder recurso e se não aprovar não tem como fazer saúde”, então a gente se sentia meio que pressionado a ter que votar sem muitas argumentações ou aprofundamento (US6).

Gerschman (2004), em seu estudo específico com representantes dos usuários, também já havia relatado que para alguns usuários seu papel e sua atuação serviam para legitimar decisões tomadas *a priori* pelo governo.

O conselho foi mencionado por seis entrevistados (20%) como responsável por apresentar pautas, ideias reclamações, dúvidas, informações sobre funcionamento dos hospitais, demandadas pela população, servindo como um “canal estatal” em que as demandas são apresentadas.

No que diz respeito a divulgar informações sobre saúde, quatro conselheiros citaram a função informativa/educativa do órgão, que pode informar sobre a atuação e financiamento do estado, adquirir o conhecimento na área da saúde e retornar as informações para os movimentos de base para que o debate seja ampliado.

Por fim, duas categorias nessa pesquisa chamaram mais a atenção. Na verificação do papel de “deliberação sobre política” de saúde, apenas quatro (20%) entrevistados

atribuíram ao conselho a função de debater e dar a direção das políticas públicas de saúde para o estado. Esse resultado se distanciou bastante do encontrado nos CMS do Rio Grande do Sul, em que 52% dos entrevistados afirmaram que os conselhos exerciam essa função.

Os conselheiros de saúde do Espírito Santo entrevistados por esta pesquisa não atribuíram ao Conselho função cartorial, já que não houve reconhecimento do papel decisório do órgão na contratação de prestadores, como no caso do contrato de gestão das organizações sociais para gerenciar hospitais públicos, objeto de análise deste estudo.

Alguns pontos merecem ser destacados: entre os conselheiros, a percepção do caráter fiscalizatório do conselho é maior, enquanto apenas quatro conselheiros mencionaram o seu caráter deliberativo.

Ainda, apenas um conselheiro (TS4) dentre os 20 entrevistados citou a formulação de políticas como papel do conselho, com o cuidado de enfatizar que o conselho não é "o" formulador, e sim quem ajuda na formulação, o que indica o não reconhecimento, por parte dos conselheiros, do papel de protagonista do órgão nesse processo. Além disso, a avaliação de políticas de saúde e programas é uma atribuição do conselho que não foi mencionada no conjunto das respostas.

Analisando as entrevistas segundo os segmentos representados, os conselheiros gestores e prestadores veem o conselho como um órgão informativo, consultivo e fiscalizador, com exceção do representante dos prestadores de serviços PS2, que reconheceu os papéis participativo, propositor e deliberativo do CES/ES. Os representantes dos gestores também percebem o conselho como um instrumento estratégico de gestão cujas funções são tomar conhecimento das políticas estaduais, ratificá-las, fiscalizá-las e "auxiliar" na divulgação e retorno das informações.

Os trabalhadores da saúde, por sua vez, atribuem um peso maior ao papel de fiscalizar e acompanhar as ações da gestão pública estadual, como uma espécie de controle do executivo. Alguns dos usuários entrevistados também compartilham da visão dos trabalhadores da saúde (US3, US4, US6, US7, US8 e US9) e da gestão (US2 e US10), mas, nesse segmento, há conselheiros que citaram como papel do conselho o compromisso com a população (US3), a defesa do direito da população (US5), o diálogo com a sociedade e o atendimento de suas reivindicações (US6).

Quando questionados sobre o papel dos conselheiros de saúde, as respostas foram

muito semelhantes às assinaladas em relação ao papel do Conselho, porém com frequências distintas. Fiscalizar as políticas, discutir, acompanhar, participar de comissões e deliberar foram mencionadas por representantes dos trabalhadores e um representante dos usuários (TS2, TS3 e US10). Propor políticas (TS2), representar o segmento (PS2, TS4, US4), aprovar as políticas (G2, TS2), debater, dialogar, questionar e estar presente nos conselhos foram as respostas dos conselheiros entrevistados.

Três conselheiros (G2, PS3 e US6) consideraram ser o papel do conselheiro sempre conhecer os serviços e as políticas de saúde. E o US2 indicou também o papel de aprovar as políticas do executivo.

De forma isolada, surgiram responsabilidades tais como ser impessoal, levar questões, sugestões e ideias ao conselho e divulgar e transmitir informações para a comunidade. Outro fato relevante é que poucos entrevistados indicaram atribuições extremamente relevantes à função de conselheiro, tais como propor e divulgar e/ou transmitir à população o que é tratado no conselho.

É interessante observar que alguns conselheiros entrevistados atribuem ao conselheiro um papel que não reconhecem como do conselho e vice-versa. Cita-se o trabalhador da saúde TS4, que atribui ao conselho o papel de ajudar na formulação, porém não reconhece a formulação como competência do conselheiro. Já o usuário US10 reconhece que o conselheiro ajuda a deliberar algum tipo de ação, mas ao conselho cabe apenas ser mais participativo no interior.

Essas constatações sugerem a ideia de que os conselheiros entrevistados não têm clareza de qual é o seu papel e qual é o papel do conselho.

Por fim, pode ser observada, no conjunto das respostas dadas à pesquisa, uma cobrança sobre a necessidade e às vezes até a obrigatoriedade de o conselheiro ter e dominar o conhecimento técnico na área da saúde; por outro lado, referiu-se pouco sobre a importância de formação política desses conselheiros proporcionada por suas entidades de base, ou até mesmo por sua atuação no conselho.

É preciso reconhecer a assimetria de poder entre os participantes dos conselhos, assimetria esta que também tem origem na representação, isto é, no segmento que representam. Há uma hierarquia de poder fortemente sustentada pelo grau de conhecimento e informação que o conselheiro detém sobre o sistema de saúde e pelas relações

estabelecidas com o poder executivo (ESCOREL; MOREIRA, 2010, p. 238).

No CES/ES, assim como no CNS – analisado por Silva et al (2009) – havia assimetria no interior do conselho, no que se refere à capacidade de participar das discussões e deliberações. Os representantes governamentais apresentavam uma posição central no CES/ES. Os gestores influenciavam a definição da agenda devido a sua posição central em termos de formulação de políticas.

Para Escorel e Moreira (2010), essa assimetria tende a se perpetuar, pois os que têm menos recursos de poder não conseguem interferir na mudança desse padrão, cujas linguagem técnica e argumentos burocráticos dificultam e desqualificam a participação dos usuários.

6.5 INFLUÊNCIA DO CES/ES NA ELABORAÇÃO, DEFINIÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Quando questionados sobre a influência do conselho estadual de saúde na elaboração, definição e acompanhamento de políticas públicas de saúde, 14 dos 20 entrevistados (70%) responderam não ser significativa. Respostas como “nenhuma”, “não há”, “não tem”, “muito pouca”, “pequena”, “fraca” e “baixa” revelaram a não atuação do CES/ES nesses momentos de formulação das políticas públicas. Metade dos entrevistados afirmou que as políticas de saúde são elaboradas pela equipe técnica da SESA/ES, por interesse do governo, e chegam ao CES/ES para serem informadas, votadas e assinadas.

É interessante notar que há visões distintas sobre o motivo da não participação e da falta de influência do CES/ES nas políticas públicas estaduais. Alguns entrevistados atribuem o problema ao autoritarismo do gestor e dos representantes do governo do estado no CES, ao passo que para outros conselheiros a responsabilidade é do próprio conselho e dos conselheiros que não têm formação e capacitação para exercer esse papel. Os dois depoimentos abaixo ilustram bem esses distintos pontos de vista:

[Durante o] tempo que eu estive como conselheiro, há uma reclamação de que o conselho não é ouvido. A matéria é trazida pronta e você assina aqui embaixo, porque você é o conselheiro. Ou “você vai votar isso agora”. Aí a relação geral é essa, que não se ouve primeiro pra montar o projeto, pra discutir o projeto, pra então votar o projeto. Ele já vem pré-pronto. Você tira uma vírgula, põe um ponto, mas o esboço dele é posto no seu colo e diz “olha, se você votar contra, outro vota a favor e a fila tem que andar rápido” (PS1).

Baixa [a influência do conselho na elaboração, na definição e no acompanhamento das políticas estaduais de saúde]. Baixa porque [...] ele [o conselho] participa muito pouco quando [a equipe técnica da SESA/ES] está elaborando um plano estadual de saúde. Ele [o conselho] participa na aprovação de um plano que ele recebe bonito, encadernado, alguém apresenta. Não se discutiu as políticas, [...] no sentido de sentar com a equipe condutora do processo. [...] Então é de baixa participação pela carência em [conhecimento] técnica, pela formação. Os conselheiros às vezes não têm formação, não tem assessoria. O conselheiro não tem uma assessoria independente. [...] Então, se você olhar na contracapa da equipe que participa da elaboração do Plano Estadual, não tem o Conselho Estadual de Saúde. Não faz referência. [...] Qual a participação do controle social no plano? Aprovar o encadernamento? Uma encadernação já pronta? Ele aprova a encadernação (PS2).

Ainda sobre a influência do CES/ES nas políticas públicas estaduais, três conselheiros do segmento dos usuários avaliaram como sendo boa, com ressalvas, como: “é uma boa influência no que couber, naquilo que for de interesse do governo” (US3); “algumas coisas que são levadas para o pleno para serem discutidas chegam em cima da hora” (US4). Apenas um conselheiro, representante dos usuários, assegurou ser bem relevante a participação do conselho nas etapas de formulação das políticas estaduais de saúde, apesar de afirmar que essas são elaboradas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT):

Na elaboração, como a gente tem a CIB e a CIT então, geralmente, já são políticas que partem dessas comissões, às vezes até do conselho estadual de secretários [Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo]. Mas eu vejo que o conselho estadual de saúde ele é muito atuante sim, eu vejo que é atuante até porque a gente tem representações dessas comissões no conselho, tem os técnicos que participam do conselho, então eu acho assim bem relevante a participação do conselho na construção. Também no acompanhamento, também a gente tem feito, assim, uma ginástica pra poder fazer esse acompanhamento [...] (US7).

Um conselheiro representante dos gestores (G1) afirmou que dois ou três membros do conselho participam da formulação das políticas de saúde que estão dentro do planejamento estratégico governamental. E que, ainda, os espaços de discussão do governo e de formulação de políticas no estado “têm sido colocados à disposição” para a participação do conselho.

Ainda que esses espaços “colocados à disposição para participação do conselho” fossem ocupados, uma vez que os conselheiros relataram não existir essa participação, pode-se concluir que o conselho não possui papel relevante na formulação de políticas públicas, sendo esta conduzida pela equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde.

6.6 PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS SOBRE O PAPEL DO CES/ES NO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL AEBES PARA GERENCIAR O HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES

A fim de compreender qual foi o papel do CES/ES no processo de contratação da AEBES para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, perguntou-se aos conselheiros entrevistados (1) qual foi, nas suas respectivas visões, o papel exercido por esse conselho, (2) qual foi a influência deste conselho na escolha da forma de gestão que seria adotada para o hospital e, posteriormente, na escolha da organização social, e (3) como as respectivas entidades se posicionaram em relação a essa contratação. Ainda, foi perguntado sobre (4) a existência de comissões e grupos de trabalho específicos para acompanhamento daquele contrato de gestão.

Sobre o papel do conselho na contratação da AEBES, 15 conselheiros entrevistados afirmaram que o CES/ES não desempenhou qualquer papel no processo, seja por se tratar de “política” governamental que foi implementada sem ser discutida no Conselho (8), seja por ter ocorrido apenas uma apresentação sem possibilidade de interferência (US4), seja pelo conselho ter sido mero “espectador” (PS2) ou “omisso”, por não ter tomado providências para um diálogo (US6), ou, ainda, por não caber ao CES deliberar sobre este tipo de contratação (3).

Dos oito conselheiros que assinalaram que o CES/ES não teve qualquer papel neste processo, pois a decisão já havia sido tomada pelo governo, cinco representam os trabalhadores da saúde, dois são representantes dos usuários (US1 e US2) e um é gestor (G1).

Segundo o entrevistado PS2, coube ao CES/ES um papel de espectador, conforme relato:

O Conselho foi submetido, foi relegado ao papel de espectador. Deu-se uma reunião pra deliberar esse contrato. Foi informado para os conselheiros qual seria a posição, mas não foi lá, não foi [para ser] discutido [qual seria a] deliberação [do CES/ES]. Esse contrato foi apresentado já como decisão de governo, decisão de governo de que seria terceirizado. O que ocorreu depois foi um leve processo licitatório, vamos dizer assim. Agora, o processo em si, de passar esse serviço pra execução de uma organização social [...] não foi algo discutido no conselho, ou se foi lá buscar o voto do conselho. O conselho não votou nem contra nem a favor. Porque não foi lhe dado, e respeitado, esse direito de votar. Foi para ser informado. O papel do Conselho para contratação de organização social não foi deliberativo, nem foi propositor. Ao que lhe cabia, ou seja, ele não deliberou. Ele foi informado, ele tomou conhecimento (PS2).

Ainda, um conselheiro representante dos usuários (US6) compreendeu que o CES/ES foi omissivo, já que os conselheiros não agiram no sentido de suspender as pautas que eram impostas pelos gestores e confrontar os interesses que estavam postos naquele contrato de gestão:

A gente percebe que muitas das vezes essa escuta [do que a população tem necessidade] não é feita pra quem foi eleito pra exercer essa função de dialogar com a sociedade. E quando ele [o secretário de saúde] atropelou esses espaços que precisavam ser feitos, fica muito clara a influência política de querer uma gestão terceirizada. Não uma gestão pública, mas uma gestão terceirizada. Com interesses das diversas formas que a gente sabe que existe na sociedade (US6).

Três conselheiros afirmaram não caber ao conselho deliberar sobre essa contratação, dois são prestadores de serviço (PS1 e PS3) e um é usuário (US7). Segundo esses conselheiros, tal decisão cabe exclusivamente ao governo:

Praticamente não teve muito gerenciamento dos conselheiros em cima disso. Isso era uma decisão já de governo. Então é isso que os conselheiros entenderam: “nós não podemos decidir, não é o conselheiro que diz”. Eu posso questionar algumas coisas, mas eu não posso “o governo decide eu vou dizer que não quero”. Essa não é minha casa (PS3).

A contratação, o conselho não delibera, ele não aprova ou desaprova. Ele não delibera sobre essa contratação. Essa contratação vem de cima pra baixo, é uma decisão do governador se contratam ou não. É feito todo o processo, segundo eles, pra poder estabelecer qual vai ser a empresa que vai gerenciar, tem todo um critério pra escolher e a escolhida foi essa (US7).

Apenas um conselheiro, gestor (G2), afirmou que o conselho aprovou a proposta apresentada pela SESA, ainda que tenha reconhecido que o CES/ES “deveria ter discutido mais”:

Foi apresentado ao conselho, feita uma reunião ordinária com pauta, para apresentar o processo de gestão, por que se chegou a esse contrato. Nós já tínhamos uma experiência no Hospital Central, um que já vem desde 2009, 2010 com processo de gestão por OS, e foi apresentada toda a proposta ao Conselho. Eu, na realidade, fiquei mais triste porque ficou muito preso à questão de privatização da saúde. [...] No final das contas o conselho aprovou. Ele passa pelo conselho, ele aprova, mas eu acho que deveria ter discutido mais, aprofundado mais e posteriormente acompanhado mais (G2).

Por fim, um conselheiro representante dos usuários (US3) declarou se recordar de que uma equipe da gestão foi ao conselho fazer uma apresentação, mas não se lembra do teor da discussão e da decisão tomada. E o conselheiro US9 afirmou não ter nada a acrescentar, já que quase não participava das reuniões.

Três entrevistados (US5, US8, US10) afirmaram não ter participado do processo e por isso não responderam à pergunta. Com exceção dos entrevistados US3 e US5, os demais conselheiros realmente não estavam presentes na 47ª RE, em que se discutiu o contrato de gestão estudado, embora isso não justifique não terem participado do processo, já que foram conselheiros durante os dois anos dessa gestão (2011-2013).

Os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde entrevistados tiveram um posicionamento mais homogêneo, visto que atribuíram a ausência do papel do conselho nesse processo à postura autoritária da SESA de “chegar com a política pronta”, sem “chamá-los” para discutir, aprovar e acompanhar. Os quatro conselheiros usuários que se posicionaram sobre a ausência do papel do conselho nesse processo também concordaram que se tratou de uma decisão tomada pela gestão, sem considerar o CES/ES.

É importante frisar o posicionamento dos entrevistados PS1, PS3 e US7, que afirmaram não caber ao CES deliberar sobre esse contrato, por se tratar de uma atribuição dos gestores. Compreende-se que suas motivações e interesses comerciais, como declarados, de participação no conselho, não questionam nem conflitam com as ações da SESA (afinal são “parceiros”), o que justifica os posicionamentos. Não foi possível, no entanto, apreender o motivo pelo qual o US7 afirmou que o CES/ES não pode deliberar sobre o contrato, ainda mais por esse conselheiro ter referido em sua entrevista que o conselho é muito atuante e participativo nas decisões.

Sobre a influência do CES/ES na escolha da forma de gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, 15 conselheiros entrevistados alegaram que o CES/ES não teve qualquer influência sobre a escolha da forma de gestão, tratando-se de uma decisão exclusiva do executivo.

Um entrevistado prestador de serviços (PS1) afirmou entender que a Constituição do estado não prevê que o conselho de saúde deva opinar ou acompanhar a escolha da organização social, enquanto um conselheiro usuário (US5) apenas respondeu que se tratava de um jogo de interesses, sem dar mais explicações. Outros três conselheiros não quiseram responder à essa pergunta por não estarem presentes na reunião (US9 e US10) ou até mesmo por não se lembrarem (US3).

Ainda, sobre a influência do CES/ES na escolha da organização social que hoje gerencia o hospital, dois conselheiros (PS1 e PS2) manifestaram não haver a possibilidade

de o conselho influenciar na escolha da OS por se tratar de processo licitatório que os conselheiros não têm capacidade técnica para acompanhar. No entanto, um dos conselheiros entrevistados afirmou ter participado, como representante do CES/ES, da comissão que analisou o processo de seleção da organização social que gerenciaria esse hospital.

Apenas este conselheiro, representante do segmento dos usuários (US4), eleito pelo conselho para integrar a comissão que selecionou a OS, e outro conselheiro, representante do segmento dos gestores (G2), demonstraram ter ciência da participação do CES/ES na Comissão de Seleção. Não se têm registros de resoluções do CES/ES indicando nomes para compor esta comissão e acompanhar o processo, embora a portaria nº 261-S, de 20/09/2012, que instituiu a comissão, tenha estabelecido sua composição com cinco servidores da SESA/ES, um do CES/ES e dois da Secretaria de Estado Extraordinária de Projetos Especiais e Articulação Metropolitana (SEPAM). O conselheiro representante dos gestores, quando perguntado sobre a participação do CES/ES na escolha da organização social, indicou que:

Ele [o conselho] participou como membro, mas o edital é feito com critério técnico, financeiro, têm vários critérios. O conselho teve acesso à participação, mas o poder decisório foi da equipe de monitoramento, ele não teve uma participação decisiva. [...] Sim, tem a participação. Mas a escolha foi do comitê que fez o julgamento do edital de concurso da OS (G2).

Sete conselheiros entrevistados informaram ser contrários, assim como sua entidade, ao modelo de gestão adotado para gerenciar o hospital, dos quais cinco representam trabalhadores da saúde (SINFES, SINDIPÚBLICOS, SINDIENFERMEIROS, SINODONTO, SINDSAÚDE) e dois são representantes dos usuários (FETAES e CUT/ES).

Por outro lado, cinco entrevistados manifestaram seu apoio a essa modalidade de contratação, sendo quatro representantes do segmento dos gestores e prestadores de serviço (SESA/ES e FEHOFES) e um representante dos usuários (FAMOPES).

Seis conselheiros informaram que sua entidade não se posicionou a respeito da contratação, chamando a atenção que cinco desses representam os usuários (FAAPIES, Associação dos Ostimizados, FAMOPES, Pastoral da Saúde), e apenas um é do segmento dos gestores e prestadores de serviço (Ministério da Saúde).

Vale ressaltar que dois conselheiros do segmento usuários, representantes da FAMOPES, declararam o não posicionamento da entidade, enquanto outro conselheiro dessa mesma representação se posicionou favoravelmente. Ainda, os representantes da FINDES e MORHAN entrevistados declararam não se lembrarem se suas respectivas entidades haviam se posicionado.

As entidades que se posicionaram contrárias à contratação manifestaram-se de várias maneiras: tentativa de impedir a apresentação da proposta de ativação do hospital na 47ª reunião extraordinária do CES/ES pelos gestores; envio de ofício ao secretário de saúde informando posicionamento contrário das entidades; ofício enviado por um grupo de entidades solicitando incluir na pauta a discussão do modelo de gestão; depoimento ao Ministério Público Estadual que colheu declarações de alguns conselheiros presentes na 47ª RE, a fim de compor o documento da representação; denúncias ao Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde; e manifestações e "apitação" na inauguração do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Por fim, os entrevistados responderam haver possibilidades do CES/ES fiscalizar o contrato e a organização social por meio de: participação em comissões do conselho; participação na Comissão de Monitoramento e avaliação da SESA; participação na reunião mensal promovida pela Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde (GCMASS), em que os hospitais filantrópicos e organizações sociais prestam contas; acompanhamento do Conselho Gestor do hospital; acompanhamento e diálogo com a AEBES nas comissões do CES em que seu representante participa; nas reuniões do conselho e em oportunidades de prestação de contas; e por meio de solicitação de informações, relatórios mensais, relatórios de cumprimento de metas, que segundo informaram os conselheiros representantes dos gestores (G1 e G2), estão acessíveis a qualquer conselheiro.

Ao mesmo tempo em que os conselheiros referiram essas possibilidades, informaram que as comissões não funcionam e ainda: a ausência e desinteresse dos prestadores de serviços e gestores em participar; a ausência de indicação de nomes para acompanharem o processo e a desinformação dos conselheiros sobre o funcionamento dos conselhos gestores. Constatou-se, assim, uma frágil atuação do CES/ES no acompanhamento e fiscalização do contrato de gestão.

6.7 RELAÇÃO DO CES/ES COM A ORGANIZAÇÃO SOCIAL AEBES

Quando perguntados sobre a relação que o CES/ES possuía com a AEBES, os conselheiros entrevistados informaram que o contato com a OS ocorria por meio da representação da entidade no CES/ES através da vaga da FEHOFES e do próprio relacionamento com o representante da AEBES nas comissões do CES/ES, além das prestações de contas realizadas pela gestão do Hospital Evangélico de Vila Velha e das atividades do Conselho Gestor do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Ainda, nos espaços da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo com a Comissão de Monitoramento e avaliação e nas reuniões mensais da GCMASS.

Os conselheiros entrevistados informaram existir formas de relacionamento entre o CES/ES e a AEBES, porém, de maneira geral, afirmaram não saber da existência de uma comissão específica de acompanhamento do contrato de gestão do hospital Dr. Jayme Santos Neves e não ter muitas informações sobre o funcionamento do Conselho Gestor do hospital. Ainda, apenas os gestores entrevistados mostraram ter conhecimento da realização das reuniões mensais da GCMASS.

Seis entrevistados responderam não haver nenhuma relação entre o CES e a AEBES, por motivos diversos como: as comissões não funcionavam (TS1, US2), o conselho não indicou representante para acompanhar a gestão do hospital, já que não concordavam com o modelo de gestão adotado (US1, TS2), e não houve fiscalização (US 3, US5).

De acordo com esses conselheiros, até o término do mandato não houve indicação do CES/ES para acompanhar o funcionamento do hospital nas instâncias criadas pela SESA, como a Comissão de Monitoramento e Avaliação e a reunião mensal da GCMASS com os hospitais filantrópicos e contratualizados, já que nenhum conselheiro havia mostrado interesse em participar dessas instâncias.

Em relação à representação da AEBES no conselho, os entrevistados relataram ter um bom relacionamento com o representante e reconhecer que a participação da entidade no CES/ES está relacionada ao fato do Hospital Evangélico de Vila Velha ser uma contratualizada da SESA/ES.

Quanto às prestações de contas, os conselheiros informaram que mesmo que a entidade seja transparente nas suas prestações, essas são levadas ao conselho apenas para

dar ciência.

A presença da AEBES no CES/ES permite um maior reconhecimento e credibilidade no seu trabalho, e ocupar uma vaga nesse espaço de prestígio e poder possibilita ampliar suas chances de obter apoio oficial, além de subsídios públicos (NETO, 2011), uma vez que a AEBES é a entidade que mais recebe emendas parlamentares de apoio financeiro às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos no estado. Só em 2012, foram R\$ 1.002.000,00 por meio de 15 emendas parlamentares estaduais diferentes¹⁵, destinadas à: aquisição de equipamentos hospitalares para atender o Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV); custear as despesas correntes do HEVV; custear a infraestrutura compatível com os serviços prestados; colaborar com a instituição que presta relevantes serviços para a população carente de Cariacica, através do Hospital Maternidade Cariacica; entre outras justificativas. Além disso, obtiveram recursos de emendas de parlamentares federais, como a do Deputado Federal Jurady Loureiro, em 25/09/2012, no valor de R\$ 1.500.000,00 para aquisição de um aparelho de ressonância magnética.

Um informante-chave entrevistado já havia demonstrado sua preocupação em relação aos volumosos repasses para essa instituição e a falta de controle do conselho sobre esses:

[...] nós vamos ter a metodologia para que quando a entidade quiser pedir uma emenda parlamentar, ela vai ter que encaminhar para o conselho, pedir para o conselho para pedir “para isso, isso e isso”. Quando a emenda parlamentar vier ela vai ter que ser usada para aquilo que ela foi solicitada e o conselho vai ter que acompanhar e apresentar um relatório. Porque a entidade que mais recebe emendas é a AEBES, são valores volumosos, são valores altíssimos, só chega para a AEBES essas emendas. E ninguém tá sabendo o uso dessas emendas. E ninguém está acompanhando, tá fiscalizando o uso dessas emendas. E o porquê, já que tem tantas outras entidades, por que só vem para elas? (IC2).

Um conselheiro do segmento dos usuários relatou serem essas emendas parlamentares motivos de embates entre os conselheiros usuários e os prestadores de serviço:

[...] então quando se trata de prestador geralmente tem um embate principalmente quando diz respeito à emenda parlamentar. A gente questiona muito por que a emenda parlamentar. Eu acho às vezes ela muito injusta, tem hora que a gente, os conselheiros como usuários, a gente fica perguntando: “será que realmente é aquele que mais se precisa no momento?” Então, é uma coisa assim que a gente vê, essa distribuição geralmente gera uma polêmica muito

¹⁵ As emendas parlamentares podem ser consultadas no site da Assembleia Legislativa do estado do Espírito Santo, através do link < <http://www.al.es.gov.br/portal/fmOrcamentoSubsite.aspx> >.

grande, essa questão de emenda parlamentar, então, a gente às vezes tem um debate bem polêmico com esses prestadores em função disso (US7).

Outra possibilidade de relação entre o CES/ES e a organização social é por meio do Conselho Gestor. Como visto anteriormente no capítulo sobre a organização do sistema estadual de saúde, essas instâncias, institucionalizadas por meio da portaria 007-R de 12/02/2014 também nas unidades filantrópicas e contratualizadas com a SESA, passaram a ser obrigatórias também em unidades estaduais de saúde que não possuem gestão própria, como no caso do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Para os conselheiros entrevistados, o Conselho Gestor do HJaSN é um importante instrumento de fiscalização das ações que a organização social realiza no hospital:

E hoje, com a [minha] aproximação [...] do Conselho Gestor do Jayme eu também tive essa experiência de perceber isso, que os dois [conselho gestor e conselho estadual de saúde] são interligados [...] e eles precisam trabalhar juntos. O que eu aprovo aqui em cima, eu preciso também ter um respaldo do Conselho Gestor desses hospitais. [...] E a fala deles [conselheiros gestores] nos conscientizou de que eles são a perna e o braço do Conselho Estadual e nós precisamos ouvir eles antes de qualquer aprovação que seja referente àquele hospital (US6).

Além da fiscalização técnica, da gerência que existe dentro da secretaria, uma gerência ampla que monitora as metas, que controla todos os dados, nós também fizemos questão de que cada hospital nosso, que é feita a gestão, gerência por OS, também tenha um conselho gestor. Isso pra justamente dar um caráter de fiscalização mesmo, de controle social. [...] Então nós fizemos justamente essa obrigação de ter o conselho gestor pra dar mais transparência ainda nesse contato entre secretaria e essa organização social que vai fazer a gestão do nosso hospital. Então o conselho gestor está lá dentro, diariamente, fiscalizando, cobrando, né, observando, conversando com os usuários pra ver se estão satisfeitos ou não (G1).

Entretanto, os conselheiros admitiram que a relação estabelecida entre o CES/ES e os Conselhos Gestores durante a gestão estudada ficou longe de ser a ideal.

De certa forma o pouco que eu participei, eu percebi que o Conselho Estadual tá muito distante dos Conselhos Gestores e precisa ser feito um trabalho muito sério [nessa instância] (US6).

Dois informantes-chave relataram que o relacionamento entre o CES/ES e o Conselho Gestor do hospital Jayme Santos Neves era ainda muito frágil, além de assinalarem a postura autoritária do CES/ES em relação ao conselho gestor:

O conselho estadual ainda é muito autoritário, ele precisa [se] abrir um pouquinho. Por exemplo, os relatórios que são encaminhados lá para o conselho estadual eles precisam ser vistos e não ir para gaveta. Porque senão, o conselho gestor vai ficar “enxugando gelo”. Nós não estamos ali pra dizer “amém”. Nós

estamos ali pra fazer a coisa funcionar. Nós queremos que funcione, e funcione bem. E o conselho estadual também tem esse papel importante, que é de fiscalizar, e o conselho estadual não fiscaliza (IC1).

Você veja bem, quem coordena um conselho gestor é o conselho estadual, aí depois ele passa a ser ninguém para o conselho estadual, porque não apoia, não incentiva, não acompanha, não faz nada. Porque se o conselho gestor não tiver uma boa administração, uma boa presidência, um bom grupo, fica a ver navios e não dá em nada (IC2).

Esses mesmos entrevistados, no entanto, consideram que na gestão atual do CES/ES (2014-2016) há indícios de melhorias na relação, fato relatado também por outros conselheiros:

Então, neste ano, esse conselho que foi eleito, ele tá tendo essa função, esse trabalho, ou seja, renovar conselhos municipais que estão participando, visitar hospitais e [...] criando processo eleitoral dentro dos hospitais filantrópicos, das OS, reformulação de conselho gestor, pra justamente dar esse caráter de participação mesmo, [participação] efetiva da população no SUS do Espírito Santo (G1).

A gente tem feito essa aproximação, eu tenho defendido essa questão, eu tenho tentado me dedicar ainda mais pra poder conhecer a fundo como que funciona essa fiscalização do Conselho Gestor, a nossa obrigatoriedade enquanto Conselho Estadual, mas eu confesso pra você que a nossa sociedade ainda não é uma sociedade preparada (US6).

O US6 ao afirmar que “a nossa sociedade não é uma sociedade preparada” justificou a falta de preparo e diálogo nas organizações e movimentos sociais que indicam representantes para o conselho. Segundo o conselheiro, todos do movimento de base participando, dialogando e refletindo sobre os espaços ocupados e as “bandeiras de luta” ainda não são prioridades dos movimentos.

Além das possibilidades já assinaladas pelos entrevistados de relacionamento entre representantes de usuários do SUS com a OS que gerencia os serviços ofertados, a Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, marco legal das OS no Brasil, prevê como requisito para a qualificação da entidade como organização social a criação de um Conselho Administrativo (CA), órgão de deliberação superior, estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, mas atendendo a critérios básicos estabelecidos em lei, como composição, tempo de mandato, entre outros. Deve ser composto por membros eleitos e indicados entre os associados da associação civil e integrantes do conselho, além de representantes do poder público e de 20 a 30% de membros natos representantes de entidades da sociedade civil.

Por sua vez, o marco legal que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no Espírito Santo – a Lei Complementar nº 489, de 21 de julho de

2009 – dispõe em seu 13º artigo sobre a obrigatoriedade da entidade comprovar a existência de um órgão deliberativo (Conselho de Administração) ao requerer a qualificação, mas não prevê a sua composição.

A lei estadual atribui ao Edital de Convocação Pública a responsabilidade de especificar os critérios objetivos de experiência e a composição funcional da organização candidata, inclusive quanto ao seu Conselho e Diretoria. Dessa forma, se o edital de convocação pública para parceria com a organização social de Saúde não discrimina critérios, não há como garantir a participação de representantes de entidade da sociedade civil neste CA. Isso acontece no caso do Edital 001/2012, visando selecionar uma OS para fins de assinatura de contrato de gestão, para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Pode-se pensar que a presença de um conselho gestor no hospital garanta as exigências de representação da comunidade, já que no CGS estão estabelecidas quatro representações da comunidade. No entanto, suas finalidades e atribuições são distintas: o Conselho Gestor é um órgão sob coordenação do conselho estadual de saúde e pertencente à unidade estadual de saúde em que foi criado, como o HJaSN, com a finalidade de acompanhar, fiscalizar e avaliar os programas e planos de trabalho estabelecidos para essa unidade de saúde.

A proposta do CA, por outro lado, é ser um órgão colegiado de deliberação da organização social que pretenda estabelecer parcerias com o poder público. A lei é clara ao afirmar em seu Art. 1º o requisito específico da existência do CA para que entidades privadas sejam qualificadas como organização social.

A finalidade é garantir que 20 a 30% de membros natos sejam representantes de entidades da sociedade civil e, assim, participar das atribuições privativas de um CA da organização social, importantes na transparência da entidade privada que firmará contrato com o poder público, como as seguintes:

- I - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;
- II - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;
- III - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;
- IV - designar e dispensar os membros da diretoria;
- V - fixar a remuneração dos membros da diretoria;
- VI - aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;
- VII - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;

VIII - aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

IX - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa (ESPÍRITO SANTO, Lei nº 9.637 de 1998).

Dessa maneira, vê-se que o CA de uma OS é um importante espaço de controle social que não é garantido e nem ocupado pela sociedade civil.

6.8 RELAÇÃO DA SESA COM A AEBES

A SESA/ES se relaciona com a organização social AEBES por meio de sua Comissão de Monitoramento e Avaliação, que acompanha, controla e avalia os resultados previstos no contrato de gestão; também por meio de uma reunião mensal realizada pela GCMASS, responsável pelo gerenciamento de todos os hospitais filantrópicos e organizações sociais contratadas pela SESA/ES, além da organização de uma reunião mensal no espaço físico da Secretaria, para apresentação e prestação de contas dessas entidades.

De acordo com dois gestores entrevistados, esses contratos têm uma gerência interna formada por profissionais contadores, auditores médicos, enfermeiros e administradores que fazem o acompanhamento e que foram capacitados para acompanhar os indicadores não só das organizações sociais como também das entidades filantrópicas. Esse grupo acompanha, monitora e emite relatórios periódicos que são aprovados e servem de base para os ajustes. Como o hospital Dr. Jayme Santos Neves é novo, segundo um dos gestores entrevistados (G2), as mudanças e ajustes do contrato são graduais, na medida em que o hospital entra em funcionamento. Assim, os gestores reconhecem que ainda é necessário o fortalecimento dos organismos de monitoramento e controle dos recursos públicos.

Vale registrar que a auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, de dezembro de 2013 a março de 2014, no Hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves e na Secretaria Estadual de Saúde, constatou que a Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA), instituída pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES), realiza, de

forma incompleta, o acompanhamento e a avaliação da execução do Contrato de Gestão 001/2012, conforme trecho da auditoria (MS, 2014):

Tópico: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Grupo: Recursos Financeiros **Constatação N°:** 306532

Subgrupo: Contrato

Item: Pagamento

Constatação: A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA), instituída pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES), realiza, de forma incompleta, o acompanhamento e a avaliação da execução do Contrato de Gestão 001/2012, firmado entre a SESA/ES e a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense - AEBES, para gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Evidência: A CMA, instituída pela SESA/ES, por meio da Portaria 365-S, de 30/11/12, alterada pela Portaria 281-S, de 22/08/2013, elaborou os relatórios de análise das prestações de contas do HJSN, relativas aos meses de fevereiro a dezembro/2013. Porém, não há menção nesses relatórios de que as despesas realizadas com os recursos repassados pela SESA/ES são utilizados, exclusivamente, em ações e serviços de saúde. Também não consta nos relatórios emitidos pela CMA a análise da aplicação dos recursos financeiros dos meses de abril e setembro/2013, em desacordo com a Cláusula Décima do Contrato de Gestão 001/2012.

Fonte da Evidência: Portaria 365-S, de 30/11/2012 - D.O./ES de 03/12/2012 alterada pela Portaria 281-S, de 22/08/2013 - D.O./ES de 23/08/2013, Relatórios Mensais da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão e Contrato de Gestão 001/2012.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Recomendação: Realizar o acompanhamento e a avaliação do objeto do Contrato de Gestão 001/2012 celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde - SESA/ES e a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense - AEBES, para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN), com a finalidade de verificar se os recursos financeiros são aplicados, exclusivamente, em ações e serviços de saúde (Cláusula Primeira), conforme estabelece a Cláusula Décima do referido Contrato.

Conforme visto no resultado da auditoria, a SESA realiza de forma incompleta o acompanhamento e avaliação da execução desse contrato, não executando o seu dever.

6.9 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO CES/ES E O CONTRATO DE GESTÃO N° 001/2012

Neste tópico, reunimos todas as possibilidades de atuação do CES/ES durante o processo de contratação de uma OS para gerenciar um hospital público, verificando os momentos em que este poderia participar e ressaltando as situações em que o CES/ES atuou em todo o processo estudado envolvendo o contrato de gestão n° 001/2012, que contratou a AEBES para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Processo de Qualificação das Entidades

Conforme visto no capítulo 4 (tópico 4.2.3), o início de um processo de contratação de uma organização social é a exigência da titulação. No caso do Espírito Santo, uma comissão de qualificação é responsável pelas análises e emissão do certificado.

Na compreensão de que, legalmente, esse é um processo exclusivo do poder executivo, e considerando que os conselhos e conselheiros já possuem inúmeras atribuições e de que o papel mais importante do conselho é o deliberativo, o CES/ES poderia atuar, nesse momento, acompanhando as entidades qualificadas como OS que se proponham a prestar serviços na área da saúde. Uma possibilidade seria o acompanhamento das entidades qualificadas e aptas a firmar contratos de gestão, por meio do envio e/ou apresentação de relatórios pela equipe técnica da SESA para o CES.

Não se encontrou nas atas desse período qualquer indício de repasse dessas informações ao CES/ES, o que indica que essa prática não foi realizada. E tampouco foram encontradas nas atas solicitações dos conselheiros de obtenção dessas informações.

Definição e Deliberação no Conselho de Saúde da política estadual de parceria

Anterior à escolha da organização social para estabelecer parceria com a SESA, estão dois passos fundamentais e de extrema relevância: a definição e a deliberação da política estadual de parceria.

O conselho é um órgão deliberativo, que “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990). Essa determinação legal aponta que o conselho tem caráter deliberativo, ou seja, tem um papel de decisão e não apenas de consulta em relação à elaboração das políticas públicas de saúde, além do papel do chefe do poder executivo de homologar as decisões tomadas pelo pleno do conselho.

Considerando-se a deliberação como um processo de discussão e debate entre os diferentes atores acerca de uma proposta, até se chegar a uma decisão e as atribuições do conselho de definir diretrizes das políticas de saúde, avaliar e deliberar contratos

(Resolução nº 453/2012), é clara a responsabilidade que essa instância participativa tem na discussão e definição de modelos de gestão para gerenciar hospitais públicos. Portanto, espera-se que o conselho, além de definir diretrizes que orientem as políticas de saúde e a formulação de políticas de parcerias com organizações sociais, participe do processo de decisão das formas e modelos de gestão que implicam diretamente no funcionamento do SUS: propondo, debatendo, discutindo, aprovando ou reprovando, e posteriormente acompanhando, avaliando e fiscalizando.

Diante dos resultados encontrados pela pesquisa, constatou-se que o CES/ES não teve papel deliberativo no processo de contratação de uma organização social para gerenciar o Hospital Jayme Santos Neves. Ora porque lhe foi negado esse direito pela SESA, cabendo-lhe um papel de mero órgão “espectador”, ora porque o mesmo postergou o debate e seu posicionamento sobre o assunto, omitindo-se não somente no que se refere à deliberação, como também no acompanhamento do processo.

Após a deliberação, é de responsabilidade do executivo a homologação das decisões do conselho. Essa decisão pode vir no sentido de aprovar ou desaprovar determinada política ou estratégia. Em caso de não-homologação das decisões do conselho, Gohn (2011) alerta que não há instrumentos jurídicos de apoio às suas deliberações e nem mecanismos que obriguem o gestor ao cumprimento das resoluções. Neste caso, uma possibilidade é o conselho acionar o Ministério Público, que possui como função também zelar pela efetiva implementação e funcionamento dos conselhos.

No caso do CES/ES, após negado o direito de deliberar pela forma de gestão do hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves, conforme visto no tópico 5.5, a Promotoria da Serra propôs uma ação cível pública alegando a violação da autonomia do CES/ES na deliberação do modelo de gestão que foi adotado para o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves, já que, embora tivesse ocorrido a apresentação do projeto ao CES/ES, não houve decisão do órgão, positiva ou negativa, seja para aprová-la ou rejeitá-la.

Elaboração do Edital de Convocação Pública

Após a decisão de contratar uma organização social para gerenciar uma unidade estadual de saúde, o próximo passo é a elaboração do edital de convocação pública. Essa talvez seja a etapa mais importante após a deliberação pelo contrato de gestão.

O edital é publicado assim que a secretaria responsável, no caso, de saúde, torna público o interesse em firmar parcerias com OS, e contém as diretrizes para a participação, critérios do processo de seleção e a minuta do contrato de gestão, que discrimina as responsabilidades e obrigações da organização social, as atividades a serem contratadas, além das informações sobre os recursos financeiros pagos pela prestação dos serviços.

Uma equipe técnica da SESA é responsável por construir esse edital de convocação pública. A participação do CES nessa etapa de construção da convocação garantiria a proposição de critérios de transparência no processo, além da avaliação se os serviços que serão ofertados na unidade estadual de saúde estão de acordo com as necessidades demandadas pela população e pela rede de saúde.

Apenas um conselheiro entrevistado, representante do segmento dos trabalhadores, ao responder sobre a influência do CES/ES na escolha da organização social citou a importância dessa instância participar da elaboração dos critérios:

Nenhuma [influência do CES/ES na escolha da OS]. E mesmo porque ela participou de um edital, né, e tinham os critérios lá. Então a escolha seria por intermédio dos critérios e a gente não escolheu os critérios, então... E é uma concorrência pública, então ela tem que preencher os critérios. Se não houver nada que desabone ela, ela pode ser escolhida. Dentro dos critérios. Por isso que a elaboração dos critérios é tão importante, né. E que deveria ter o conselho junto ali (TS3).

No caso do contrato de gestão nº 001/2012, não ocorreu a participação do CES/ES. A equipe técnica da SESA elaborou o edital e o apresentou sem qualquer proposição do conselho.

Comissão de Seleção de Projetos e escolha da OS para estabelecer parceria

Na sequência, para a escolha da organização social, tem-se o julgamento e a classificação dos programas propostos pelas entidades inscritas. Partindo-se do princípio de que todo o conselho teria participado das discussões até então, mesmo que por meio de uma comissão ou de um representante designado pelo pleno, ressalta-se a importância do conselho participar da Comissão de seleção de projetos a fim de acompanhar a escolha e garantir o cumprimento dos critérios que teriam sido construídos com a participação do conselho. Essa é uma etapa de extrema importância, em que a participação do conselho pode conferir transparência e evitar qualquer possível direcionamento e favorecimento de

uma das entidades.

Conforme relatado nos resultados, um conselheiro representante dos usuários participou da Comissão de Seleção da OS para gerenciar o hospital Jayme Santos Neves. No entanto, somente um conselheiro representante dos gestores, além dele próprio entre os 20 conselheiros entrevistados tiveram conhecimento dessa participação. Assim, a participação foi pouco representativa do Conselho, já que apenas dois conselheiros entrevistados tiveram ciência da escolha e da participação.

Comissão de Monitoramento e Avaliação

A comissão de monitoramento e avaliação instituída pela SESA é responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação dos resultados alcançados pela organização social contratada. A Lei complementar nº 489 de 2009 define que essas atribuições sejam realizadas pela secretaria estadual de saúde. Assim, não está prevista a participação do conselho nesta comissão.

No entanto, encontrou-se na Lei Complementar nº 846 de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no estado de São Paulo, uma determinação, em seu artigo 9º, de que a Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão das organizações sociais no estado deve ser composta também por dois integrantes indicados pelo CES e dois membros integrantes da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, além dos profissionais especializados indicados pelo secretário estadual de saúde. Essa determinação legal em outro estado, desde 1998, comprova a possibilidade do conselho atuar neste espaço, desde que criados os mecanismos que garantam essa participação.

No caso em estudo, não ocorreu a participação do CES/ES na Comissão de Monitoramento e Avaliação.

Reuniões da GCMASS

As reuniões da Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde para apresentação e prestação de contas dos hospitais filantrópicos e organizações

sociais contratadas pela SESA ocorrem mensalmente e são abertas ao acompanhamento do CES/ES. Assim, o conselho pode assistir, sem funções definidas, a essas reuniões.

Conforme relatado pelos conselheiros entrevistados, até o final da gestão 2011-2014 não ocorreu acompanhamento nesse espaço.

Acompanhamento e apoio ao CGS Hospital Jayme Santos Neves

Tem-se ainda a possibilidade do CES/ES coordenar, acompanhar e apoiar o CGS do HJaSN, que, como apontado anteriormente, pode ser importante instrumento de fiscalização das ações da organização social.

Constatou-se, no entanto, que o relacionamento entre o CES/ES e o CGS é distante. Após coordenar o processo de eleição do conselho gestor, há uma falta de incentivo, acompanhamento e apoio, o que demonstra a fragilidade no relacionamento entre o CES/ES e o CGS deste hospital relatada pelos conselheiros entrevistados.

Resumindo, verificou-se ser possível, em tese, o poder de atuação do conselho em diversos momentos do processo estudado, como na definição e deliberação da política estadual de parceria, participando da discussão e definição da adoção ou não de modelos de gestão para gerenciar hospitais públicos estaduais. Também, na elaboração do edital de convocação pública, na Comissão de Seleção de Projetos e escolha da OS para estabelecer parceria e no acompanhamento e apoio ao conselho gestor do hospital Jayme Santos Neves.

Na prática, no contrato de gestão nº 001/2012, o conselho não discutiu nem definiu o modelo de gestão que foi adotado no HJaSN; não propôs critérios no edital de convocação que pudessem atender às necessidades da população; sua participação na Comissão de Seleção de projetos foi pouco representativa, além de ter uma fragilidade constatada no relacionamento entre CES/ES e o CG do hospital, marcado por falta de incentivo, acompanhamento e apoio.

O conselho possui a possibilidade de ser ouvinte em espaços como a etapa de qualificação, acompanhando as entidades qualificadas como organização social. Também na reunião mensal da Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde, em que não há atribuição definida para o conselho. Na prática, as informações

sobre as entidades qualificadas não são repassadas ao CES/ES e os entrevistados alegaram não ocorrer participação nas reuniões da GCMASS durante o período do estudo. Diante disso, vê-se possibilidade do CES/ES ampliar o seu poder de atuação nesses espaços, requerendo, por exemplo, as reuniões mensais da GCMASS como um espaço legítimo para o acompanhamento do conselho sobre as ações das organizações sociais contratadas pela SESA/ES.

Por fim, a participação na Comissão de Monitoramento e Avaliação representa uma exceção na possibilidade de qualquer tipo de participação do CES/ES, já que segundo definição legal da Lei complementar nº 489 de 2009, esse espaço é composto somente por técnicos da SESA/ES.

7 CONCLUSÃO

O projeto foi motivado pelo desejo de conhecer o papel desempenhado pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES/ES) frente as suas possibilidades de atuação no processo de contratação de organizações sociais. Buscou-se conhecer se o processo de contratação da Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) com a finalidade de gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves foi democrático, como se espera que seja, por meio da participação social que possibilita democratizar as políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde, que tem o papel de deliberar sobre as políticas estaduais de saúde com base nas necessidades da população representadas pelos movimentos sociais, exerceria seu papel mais nobre de discutir e chegar a uma decisão por meio da exposição de diversas propostas e posicionamentos das entidades presentes no conselho.

Apesar de a participação social no Espírito Santo ser legalmente assegurada por meio do CES/ES, órgão de caráter permanente e deliberativo, esse colegiado constituiu-se em 1987 sem existência formal e de maneira autoritária, apresentando, historicamente, uma indefinição de atribuições e uma ausência de poder real para discutir e deliberar sobre a política estadual de saúde, função legalmente atribuída.

O Espírito Santo, estado com uma tradição político-partidária fortemente marcada por grupos oriundos do PMDB, historicamente um alojador de grandes empresas, experimentou um processo de urbanização e industrialização concentrada em sua região metropolitana. O sistema de saúde capixaba também tem estabelecimentos e leitos hospitalares concentrados nessa região, com forte dependência e investimento nos leitos hospitalares filantrópicos e privados lucrativos.

Os anos de 2009 a 2014, sob os governos de Paulo Hartung (2009-2011) e Renato Casagrande (2012-2014), não foram diferentes. O Plano de Desenvolvimento 2025, instrumento de gestão utilizado nesse período, previa a ampliação da cobertura da prestação de serviços públicos, por meio de parcerias com entidades da sociedade civil organizada, através da constituição de organizações sociais para atender a demandas da população do estado. Houve o estabelecimento de contratos de gestão nos vários setores da administração pública. Na área da saúde, em 2008, a SESA anunciou que a gestão do Hospital Esta-

dual Central seria feita por uma OS, além do interesse por incluir no projeto os hospitais São Lucas e o novo hospital Dório Silva.

Uma primeira pergunta que orientou a pesquisa foi se o debate e a comparação entre várias soluções têm chegado para discussão no pleno do CES/ES.

Uma busca pelos processos de parcerias estabelecidos pela SESA/ES revelou que as discussões sobre a adoção desses modelos de gestão não chegaram ao espaço do conselho. Ao menos não para um debate aberto e esclarecido visando a aprimorar e equacionar a gestão dos hospitais públicos, já que as soluções chegaram como definidas pelo governo estadual. Constatou-se, assim, que o CES/ES além de não possuir papel relevante na discussão e elaboração de políticas de saúde nesse período, tampouco influenciou as possibilidades de gestão dos hospitais públicos estaduais.

Na elaboração e acompanhamento do contrato de gestão n° 001/2012, entre a SESA/ES e a AEBES para gerenciar o hospital Dr. Jayme Santos Neves, não foi diferente. Com a justificativa de a SESA estar submetida a controles muito rigorosos; das organizações sociais venderem agilidade e rapidez nos processos de compras de materiais e equipamentos; e diante da escassez de recursos alegada pelos gestores entrevistados, além de amparado pela indefinição da ADI n° 1923, o governo estadual decidiu contratar uma organização social.

A pesquisa buscou levantar todas as possibilidades de atuação do conselho no contrato de gestão entre a SESA e uma organização social, verificando os momentos em que o CES/ES efetivamente participou.

Constatou-se que o conselho não teve papel relevante na decisão e contratação da OS para gerenciar o HJaSN, embora fosse possível a participação do CES nas etapas de definição e deliberação da política, na elaboração do edital de convocação, na comissão de seleção de projetos e escolha da OS, no apoio aos conselhos gestores, além do acompanhamento do processo de qualificação das entidades como organização social e da reunião da GCMASS.

As atas do período não indicaram qualquer indício de acompanhamento do processo de qualificação das entidades, e quando o modelo de gestão a ser adotado pelo HJaSN foi pauta de reunião no conselho, o edital para concurso e seleção de uma organização social, bem como os critérios e serviços a serem ofertados pelo hospital já haviam sido elabo-

rados pela equipe técnica da secretaria estadual de saúde.

É importante frisar que o CES/ES não exerceu qualquer papel deliberativo no processo de contratação da OS. Num primeiro momento, o direito de discutir e decidir sobre o modelo de gestão lhe foi negado pela SESA, que apresentou na 47ª RE uma decisão já tomada pelo governo estadual. Assim coube ao CES/ES um papel de mero “espectador” da reunião convocada pela SESA, como mencionado por um conselheiro dos usuários entrevistado, que solicitou o ponto de pauta apenas para apresentar o projeto no conselho.

Ainda, o CES/ES postergou o debate e seu posicionamento sobre o assunto, omitindo-se no momento do processo deliberativo e posteriormente no acompanhamento do processo. Pelo fato de o CES não ter deliberado sobre o assunto, muitos conselheiros alegaram não ser coerente o acompanhamento e fiscalização das ações geradas a partir do contrato. Nota-se que, embora haja legalmente um papel definido do conselho de saúde, a atuação deste depende dos conselheiros.

A percepção dos conselheiros entrevistados foi de que o CES não teve papel no processo de contratação da OS. Os representantes dos trabalhadores da saúde atribuíram essa ausência à postura autoritária da gestão. O que chama atenção no posicionamento desses conselheiros entrevistados é a preocupação em frisar que a adoção do modelo de gestão não foi aprovada pelo CES.

As respostas como “[foi] vontade do governador”, “o conselho não teve escolhas” e “isso já veio pronto” mostraram um conformismo diante da postura impositiva da SESA, embora as entidades que se posicionaram contrárias à contratação tenham alegado que se manifestaram enviando ofício ao secretário de saúde informando seu posicionamento contrário, concedendo depoimento ao Ministério Público e organizando “apitação” na inauguração do hospital.

Os prestadores de serviço, por sua vez, entenderam não caber ao conselho deliberar sobre esse contrato, não questionando nem entrando em conflito com as ações da SESA. E, em geral, apreendeu-se que entre alguns conselheiros usuários (US2, US3, US4 e US5) paira a ideia de que o respeito ao espaço do conselho e o efetivo funcionamento deste dependem do valor atribuído pelo gestor a essa instância.

Um conselheiro muito atuante, representante dos usuários, ao recusar participar desta pesquisa, desabafou, por telefone, que o CES/ES nunca melhorará e que não havia

perspectivas nesse sentido. Em suas palavras, a única possibilidade de melhorar seria a entrada de um gestor comprometido com a saúde pública.

De fato, constatou-se que os gestores estabelecem algumas estratégias e impedimentos para uma efetiva participação, como a própria instabilidade da infraestrutura. No entanto, isso não deveria impedir que o conselho se organizasse para confrontar essas estratégias. Por outro lado, observa-se que não existe uma articulação entre os conselheiros entrevistados e suas bases, em especial os do segmento dos usuários, o que pode indicar uma falta de apoio para a sustentação nesse enfrentamento.

A falta de articulação com a entidade representada foi observada também em certos posicionamentos dos entrevistados. Embora alguns conselheiros tivessem alegado que suas respectivas entidades não se posicionaram sobre o contrato em estudo, suas posturas e alianças estabelecidas se mostraram contraditórias. De forma mais clara, esse fato expõe um limite do trabalho, qual seja, o controle da veracidade das informações cedidas pelos entrevistados, e reforça a compreensão de que a sociedade civil é atravessada por diversos interesses e tensões, que não necessariamente defendem os mesmos princípios (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Uma segunda pergunta orientadora da pesquisa foi a de qual tem sido a atuação do CES/ES frente às políticas da SESA/ES de contratualizar organizações sociais para gerenciar os hospitais estaduais públicos. Responder a essa pergunta é objeto para outro estudo, já que a pesquisa se ateve a uma contratação em especial, e não teve seu foco nas “políticas de contratualização” em geral. Mas os achados da pesquisa indicam, pelos exemplos levantados, que o CES/ES não tem tido atuação relevante no que diz respeito à terceirização da gestão dos serviços de saúde no estado. No processo de definição dessas políticas públicas, a atuação do conselho de saúde não foi considerada efetiva.

Desde 2008 foi implementada uma política de parceria na saúde pública do Espírito Santo sem a participação efetiva do Conselho de Saúde e, aparentemente, sem a respectiva ampliação dos mecanismos de controle. Conforme visto no resultado da auditoria realizada na Secretaria Estadual de Saúde pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, a SESA realiza de forma incompleta o acompanhamento e avaliação da execução deste contrato.

As parcerias instituídas no estado, conjuntamente com a pretensão revelada pelos

gestores da SESA de assumir majoritariamente o papel de regulação, são indicativos da proposta de reduzir sua participação na execução dos serviços. Em contrapartida, os conselhos de saúde, que poderiam se constituir como espaços legítimos de debate sobre as formas de gestão, não estão exercendo o seu papel e não são respeitados. Conforme constatado, as decisões continuam sendo levadas ao conselho somente para serem apresentadas e o processo é centralizado no executivo, alterando pouco as relações conflituosas apontadas por diversos autores (GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2007; MOREIRA, 2009) entre gestores do sistema e o conselho de saúde.

No caso estudado, o conselho não buscou debater a contratualização e não participou da tomada de decisão. Embora houvesse uma oposição por parte de alguns conselheiros, essa não se revelou majoritária na 47ª reunião extraordinária, momento em que os gestores apresentaram o projeto de ativação do hospital com a gestão por uma organização social. O desfecho foi a continuidade do processo com a aprovação da população, que, independentemente da forma de gestão, quer o hospital funcionando. As mobilizações de algumas entidades não foram suficientes para impedir a concretização da decisão do executivo, mesmo porque não havia no conselho um consenso em relação a isso.

Assim, as parcerias com as organizações sociais trazem um novo desafio ao CES/ES: os mecanismos de controle sobre as ações das OS ainda são pouco desenvolvidos e essa responsabilidade não deve se dar à margem dessa instância de controle social, nem tampouco ser delegada apenas a esse colegiado. O Estado possui outros órgãos como o Ministério Público e o Tribunal de Contas, qualificados para um efetivo controle das OS, em que um trabalho colaborativo e conjunto permitiria verificar a adequação da alocação de recursos, o cumprimento das metas e um efetivo direcionamento das atividades das organizações sociais na satisfação das necessidades e demandas da população.

A avaliação da efetividade requer a análise do seu caráter deliberativo, e diante dos resultados já assinalados, do processo deliberativo e seus produtos (SCOREL; MOREIRA, 2009), é evidente que esse conselho não teve papel efetivo no debate do modelo de gestão hospitalar a ser adotado pela SESA/ES.

Faz-se neste momento, a partir dos resultados encontrados pela pesquisa, uma reflexão se o processo de contratação e acompanhamento do contrato de gestão entre a SESA/ES e a OS AEBES para gerenciar o HJaSN foi democrático. A postura autoritária com que a secretaria estadual de saúde conduziu o processo, com indiferença às opiniões

de uma instância deliberativa e a posterior omissão do conselho na busca por um debate e posicionamento, em que a política de adoção por um modelo de gestão por organização social não foi colocada em discussão e não foram criadas oportunidades para “aprender sobre as políticas alternativas importantes” (Dahl, 2001), nos faz concluir, indubitavelmente, que o processo estudado não foi democrático.

Entretanto, sabe-se que essa análise sequer necessitaria ser realizada, já que, assim como Dahl (2001) destacou, a satisfação plena desses critérios não é realista. Na pesquisa, somente o fato de a SESA ter cerceado a oportunidade de os conselheiros aprenderem pela discussão e deliberação, indica, conforme Dahl, que os membros não seriam mais considerados politicamente iguais. Ademais, as experiências anteriores já haviam demonstrado que a postura autoritária do governo estadual não foi um momento isolado, revelando-se também em outros contratos.

Diante dos resultados obtidos, na busca por uma democratização desse espaço deliberativo, estão postos alguns desafios para o CES/ES. A legislação em vigor no CES/ES, Lei Estadual nº 7.964 de 27 de dezembro de 2004, está em desacordo com as exigências definidas pelas diretrizes da Resolução nº 453 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo a mudança da legislação um ponto relevante para essa democratização.

Quanto à organização dos conselhos de saúde, dois pontos merecem ser destacados. Desde a resolução nº 33 de 1992, a recomendação do Conselho Nacional de Saúde é que o presidente dos conselhos seja eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. No entanto, no CES/ES o secretário de saúde ainda é presidente nato, o que tem gerado insatisfações dos conselheiros.

Em relação à composição do conselho, a Resolução nº 453/2012 além de recomendar uma eleição, prevê que as representações dos órgãos, entidades e movimentos sociais possuam como critérios a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. Como visto, a legislação em vigor no CES/ES especifica as entidades que integram o conselho, resultando, na prática, em sub-representação dos usuários, já que algumas entidades determinadas por lei nesse segmento não estão organizadas, não participando do conselho e deixando vagas ociosas. Uma mudança na lei, com eleições transparentes e democráticas das entidades, possibilitaria a participação de outras entidades, garantindo a diversidade dos atores e represen-

tações que participam dessa instância.

Quanto à estrutura e funcionamento dos conselhos, a quarta diretriz da Res. nº 453/2012 dispõe que cabe ao conselho deliberar em relação à sua estrutura administrativa e ao quadro de pessoal; designar uma secretaria-executiva subordinada ao Plenário do Conselho e decidir sobre o seu orçamento. Esses são os pontos citados pelos conselheiros como importantes para diminuir a dependência que o conselho possui da SESA, já que na prática o conselho não delibera sobre sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal. Além disso, não decide sobre o seu orçamento, não possuindo autonomia na execução orçamentária, contratação de assessoria e outras formas de auxiliar o desenvolvimento de seus papéis.

Viu-se, ainda, que o Ministério Público é um órgão capaz de dar suporte às ações do conselho, podendo representar o estabelecimento de uma parceria visando a apoiar as deliberações e o efetivo cumprimento do papel do conselho frente aos impedimentos colocados pelo executivo. No entanto, ainda que se criem instrumentos jurídicos de apoio às deliberações do CES/ES, não há mecanismos que obriguem o gestor a homologar e cumprir as resoluções do conselho nem a reconhecer o espaço deliberativo como efetivamente decisório da direcionalidade da política de saúde.

Não se deve perder de vista, nesse momento, que o principal objetivo proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde ao pensar essa instância foi a “participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização”, garantindo o “acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços” e a “adoção de políticas de saúde que respondem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira” (MS, 1986).

No entanto, 25 anos de institucionalização e prática dos conselhos de saúde, a partir do marco legal 8.142/90, levantaram inúmeros desafios a serem enfrentados por essas instâncias participativas e deliberativas, sendo alguns desses também detectados nesta pesquisa.

O CES/ES nesse contrato de gestão, levantado pela pesquisa, não teve poder de atuação em diversos momentos e oportunidades do processo estudado. Inúmeras circunstâncias e elementos estão relacionados ao desempenho dos papéis do CES/ES, tais como a

instância participativa apresentar uma legislação em desacordo com as recomendações da Resolução nº 453/2012, os conselheiros desconhecerem o papel do conselho e dos conselheiros, além do conflito entre inúmeros interesses dos diversos atores envolvidos.

O histórico político-partidário no estado não incentiva ou valoriza os espaços de participação e ainda, no período estudado, tem-se um plano de governo que estimula as gestões por organizações sociais, impostas ao CES/ES com a argumentação da legitimação por voto popular, revelando o dilema entre a democracia representativa e participativa. Ainda se fazem presentes nesse ambiente participativo traços de autoritarismo da gestão e relações de cooptação dos conselheiros, que acabam agindo com conformismo e omissão.

O Ministério Público, por sua vez, capaz de apoiar as ações do conselho, buscou a sua organização na indefinição da ADI nº 1.923/98. No caso da validade desta ADI nº pelo Supremo Tribunal Federal, o aconselhamento e ações do Ministério Público devem se reorganizar baseadas na nova recomendação do STF.

O Conselho Estadual de Saúde não foi capaz, no período analisado pela pesquisa, de interferir nas políticas da SESA/ES de contratualizar as organizações sociais, assim como não exerceu o seu papel de discutir o modelo de gestão que seria adotado para o novo hospital estadual, de deliberar sobre o modelo de gestão e a organização social, de estabelecer acompanhamento da contratualização e direcionar o cumprimento da recomendação da Conferência no contrato de gestão nº 001/2012, em que a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo contratou a organização social Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense para gerenciar o hospital estadual Dr. Jayme Santos Neves, embora a resolução nº 453/2012 tenha definido como atribuição do conselho “definir diretrizes das políticas de saúde, avaliar e deliberar contratos” e a 14ª Conferência Nacional de Saúde tenha deliberado e se posicionado contra a gestão de serviços públicos por organizações sociais.

8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, ANAHP. Brasil tem menos leitos de hospitais que o mínimo indicado pela OMS. 2014. Disponível em: <<http://anahp.com.br/noticias/noticias-anahp/brasil-tem-menos-leitos-de-hospitais-que-o-minimo-indicado-pela-oms>>. Acesso em 4 fev. 2015

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados**, v. 50, n.3, p.443-464, 2007.

AVRITZER, Leonardo. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452000000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 mai 2014.

ALMEIDA, D.R. **Representação política e conferências**: os desafios da inclusão da pluralidade. Brasília: IPEA, 2012.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo, SP: Editora UNESP, 2010.

BISPO JÚNIOR, J.P. GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 18(1). P. 7-16, 2013.

BOBBIO, N. ; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 5. ed. - Brasília, DF: Ed. UNB; São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Apresentação. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/>>. Acesso em 20 dez. 2013

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf>. Acesso em 20 dez. 2013

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990: dispõe de condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e

dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Beneficiários por unidade federativa. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def > Acesso em: 20 dez. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde/ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNS. Estabelecimentos de Saúde no Espírito Santo, 2014. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=32&NomeEstado=ESPIRITO%20SANTO > Acesso em: 20 dez. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde/ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNS. Tipos de Estabelecimento de Saúde no Espírito Santo, 2014. Fonte: CNESNet < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=32 > Acesso em: 20 dez. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde/ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNS. Estabelecimentos de Saúde por região. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabes.def> > Acesso em: 20 dez. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 33, de 04 de agosto de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, anexado à Resolução. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1993.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Organizações Sociais. Brasília: MARE,1998.BRESSER-PEREIRA, L.C. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. DE (EDS.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2012.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 275-310.

COHEN, J. Deliberação e legitimidade democrática. In: MELERO, M. C. (ED.). **Democracia, deliberación, y diferencia**. Madrid: Departamento de Filosofia de la Facultad de Filosofia y Letras de la U. A. M, 2007. Disponível em: < <http://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/361> > Acesso em: 21 mar. 2015

CÔRTEZ, S.V.; MICHELOTI, F.C.; GOLDONI, A.C.; SANTOS, L.A. Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: Côrtes, S.V. (Org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 145-176.

COSTA, V.M.R. Teoria democrática e Conselhos de Política Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara, A. P. (Org.). *Política Social e Democracia*. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

COUTINHO, C.N. *Intervenções: o marxismo na batalha das idéias*, São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. nova ed. ampliada ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CUNHA, E.S.M. **Efetividade deliberativa**: estudo comparado de conselhos municipais de assistência social (1997/2006). 2009. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

DAHL, R. A. **Poliarquia**: participação e oposição. São Paulo: Edusp, 1997.

DAHL, R. A. **Sobre a democracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

DANTAS, A.V. Do Socialismo à Democracia: Dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira. 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

DELGADO M. M.; ESCOREL, S. Ensaio sobre a Resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões políticas e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, (43). p. 79-95, 2008.

DI PIETRO, M.S.Z. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2007.

ESCOREL S, DELGADO M.M. **Perfil dos conselhos estaduais de saúde**: singularidades e similaridades no controle social. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, (43). p. 62-78, 2008.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. (orgs.) **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 229-247.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al.(Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011. p. 979-1010.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. Resolução CES/ES nº 454/2006. Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. 2006

_____. Decreto 2484-R de 09 de março de 2010. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 10 de mar. de 2010.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Decreto 2636- R de 15 dez. 2010. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 16 de dez. de 2010.

_____. Lei Complementar nº 95 de 28 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público do Estado do Espírito Santo — Lei Orgânica do Ministério Público Estadual. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 28 de jan. de 1997.

_____. Lei Complementar nº 489, de 21 de julho de 2009. Cria o Programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 22 de jul. 2009.

_____. Lei nº 4.317 de 4 de janeiro de 1990. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 5 de jan. 1990.

_____. Lei 4.709 de 16 de dezembro de 1992. Altera o artigo 12 da Lei 4317, que dispõe sobre o Sistema Estadual de Saúde - Conselho Estadual de Saúde (Composição). **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 16 de dez. de 1992.

_____. Lei 4.975 de 21 de novembro de 1994. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 23 de nov. de 1994.

_____. Lei 5.074 de 10 de julho de 1995. Altera a composição do Conselho Estadual de Saúde, instituído pela Lei nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990, modificado pela Lei nº 4.975, de 21 de novembro de 1994 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 12 de jul. de 1995.

_____. Lei 6.056 de 27 de dezembro de 1999. Institui novas atribuições e altera a composição do Conselho Estadual de Saúde. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 28 de dez. de 1999.

_____. Lei 7.964 de 27 de dezembro de 2004. Redefine a composição e competência do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 29 de dez. de 2004.

_____. Lei 9.131 de 08 de abr. de 2009. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 13 de abr. de 2009.

_____. Plano de Desenvolvimento do Espírito Santo: Carteira de Projetos Estruturantes. v. 8. Espírito Santo: Macroplan, 2006.

_____. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Espírito Santo: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2011.

FERRAZ, A. T. R. Conselhos Gestores em Saúde: a experiência do Espírito Santo durante a gestão petista. 1998. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e Representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1670-1681,

Dezembro de 2004.

GOHN, M.G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. V. 3. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In LIMA, N.T. GERSCHMAN, S. EDLER, F.C. MANUEL SUÁREZ, J. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

_____. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 106-117, 2008.

_____. Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? Contribuições para um debate urgente. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. Disponível em: <http://www.cebex.org.br/media/file/PAPER_POL%C3%8DTICA_PARTICIPA%C3%87%C3%83O_E_CONTROLE_SOCIAL.pdf>

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

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOREIRA, M.R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, (43). p. 15-22, 2008.

_____. Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, jan./mar 2010, p. 47-55, 2010.

_____. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(3). p. 795-805, 2009.

PEREIRA NETO, A. DE F. **Conselho de favores: controle social na saúde: a voz dos seus atores**. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond, 2012.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V. S. P; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

PNUD. Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM). 2010. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/>> Acesso em: 01 mar. 2015

PNUD. Renda per capita média no Espírito Santo, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/espírito-santo> Acesso em: 01 mar. 2015

PRONKO, M; FONTES, V. Hegemonia. In: CALDART, R. S. (ED.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro : São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz ; Expressão Popular, 2012.

SILVA, M.K.; CÔRTEZ, S.V.; RÉOS, J.C.; BARCELOS, M. A dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: Côrtes, S.V. (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 73-110.

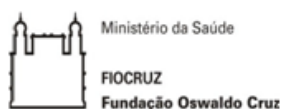
SIQUEIRA, M. DA P. S. **Industrialização e empobrecimento urbano: o caso da grande Vitória, 1950-1980**. Vitória: EDUFES : CCHN Publicações, 2001.

STOTZ, E. N. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, 30, (73-74): 149-160, 2006.

_____. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. *Interface (Botucatu)*. Vol. 18, supl. 2, pp. 1475-1486, 2014.

UGARTE, P.S. Que participação para qual democracia? In: COELHO, V. S. P; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

APÊNDICE A



ROTEIRO DA ENTREVISTA

Pesquisa “Participação Social e ‘Terceiro Setor’: um estudo de caso do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo”

Pesquisadora responsável: Laíra Augusta Viegas Vasconcellos

Informações gerais:

Nome

Sexo: () F () M

Idade _____

Escolaridade

Ocupação

Representação (segmento e entidade)

Conselheiro de Saúde

- Como você chegou a ser conselheiro estadual de saúde? É conselheiro há quanto tempo? (engloba participações anteriores)
- Qual é a sua relação com a entidade que representa?

Papel do CES/ES

1. Qual é o papel do CES/ES nas políticas estaduais de saúde?
2. Qual o papel dos conselheiros de saúde?
3. E como é a interação entre os conselheiros de saúde (gestores, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários)? Nas decisões do CES/ES, todas as opiniões são valorizadas e analisadas?
4. Como é o relacionamento do CES/ES com a SESA/ES?
5. Qual é a influência deste conselho na elaboração, definição e acompanhamento das políticas de saúde do estado do Espírito Santo?

Papel do CES/ES no contrato de gestão

6. Qual foi, na sua visão, o papel do CES/ES no processo de contratação da Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gerenciar o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves? Por quê?
7. Qual foi a influência deste conselho na escolha da forma de gestão do Hospital Dr. Jayme Santos Neves? E na escolha da organização social que hoje gerencia este hospital?
8. A sua entidade se posicionou em relação à contratação? De que forma? Qual foi a manifestação?

Relação do CES/ES com a organização social AEBES

9. Em sua avaliação, a gestão por contratos com organizações sociais traz contribuições ao SUS? Qual a principal contribuição?
10. Qual é a relação que o CES/ES possui com a OS AEBES? (fiscalização; comissões e grupos de trabalho)

APÊNDICE B

OBJETIVOS	TÓPICOS/ SUBTÓPICOS	FONTES DE INFORMAÇÃO	QUESTÕES
1 PAPEL DO CES/ES NO CONTRATO DE GESTÃO	Composição do CES/ES / representatividade	Documentos Entrevista	Relação com a entidade Formas de indicação Comunicação com o representado
	Processo de qualificação da OS	Documentos, entrevista	Participação do CES/ES no processo de qualificação da OS
	Escolha da OS para estabelecer parceria	Documentos, entrevista	Participação do CES/ES na escolha da OS
	Pactuação de metas	Entrevista	Participação do CES/ES na pactuação de metas
	Papel do CES/ES na fiscalização	Atas, entrevista	Participação em comissões e grupos de trabalho
	Avaliação dos resultados	Atas, documentos, entrevista	Participação do CES/ES na avaliação dos resultados
2 RELAÇÃO DO CES/ES COM A SESA/ES	Relação nas reuniões	Observação participante	Fala dos gestores/ fala dos usuários; fala dos trabalhadores
	Relação fora das reuniões	Atas, documentos	Elaboração de pautas
	Relação político-partidária	Entrevista	Interação entre os segmentos (Usuário e gestor; prestador e gestor; trabalhador e gestor)
	Atuação da SESA no CES/ES	Observação participante, atas, entrevista Atas, entrevista	Influência da SESA na aprovação de políticas e programas Mudança nas relações entre as gestões
3 RELAÇÃO DO CES/ES COM A OS AEBES	Conselho administrativo da AEBES	Atas, documentos, entrevista Documentos, entrevistas	Funcionamento, composição, regularidade de reuniões Participação do CES/ES no conselho administrativo (CA) Processo de escolha dos integrantes do CA
	Parcerias público-privadas	Entrevista Observação participante Entrevista	Importância da OS AEBES para gerir hospitais Posicionamentos e ações dos conselheiros Posicionamento da entidade representada
4 RELAÇÃO DA SESA/ES COM A OS AEBES	Parceria entre a SESA e a OS	Entrevista	Benefícios da parceria para a gestão e par o SUS
	Relação entre os parceiros	Entrevista Documentos	Acompanhamento e avaliação da gestão Controle de metas do conveniado Participação no Conselho administrativo

APÊNDICE C

Página 1 de 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Participação Social e “Terceiro Setor”: um estudo de caso do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo

Prezado participante,

você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Participação Social e ‘Terceiro Setor’: um estudo de caso do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo” desenvolvida por Laira Augusta Viegas Vasconcelos, discente de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dr. Sarah Escorel e Dr. Ialê Falleiros Braga. O objetivo central desse estudo é analisar o posicionamento dos conselheiros sobre o papel desempenhado pelo CES/ES durante os anos de 2009 a 2014, no processo de contratação e acompanhamento do Contrato de Gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

O convite a sua participação se deve à sua atuação como conselheiro estadual de saúde. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação em qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir da mesma. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa e contribuirá com o conhecimento sobre a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de uma entrevista à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Esta entrevista será gravada, com sua autorização, transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terão acesso à mesma, a pesquisadora e suas orientadoras. Os esclarecimentos, a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido e a entrevista ocorrerão em local que garanta a sua privacidade e evite qualquer constrangimento.

O único risco relacionado à sua participação nessa pesquisa diz respeito ao risco de identificação indireta, tendo em vista o pequeno número de entrevistados. As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. Seus dados e informações pessoais serão mantidos em absoluto sigilo e a privacidade das informações por você prestadas será garantida.

O estudo poderá propiciar benefícios indiretos para o Sr(a), na medida em que poderá contribuir para a melhoria e o fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde e aprimoramento do SUS. Os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, armazenado de forma segura e protegido, conforme Resolução nº 466/12 do CNS e orientações do CEP/ENSP. Este

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

documento é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

 Laíra Augusta Viegas Vasconcellos, mestranda em Saúde Pública, Ensp/Fiocruz

Tendo sido devidamente informado(a) sobre os objetivos, riscos, e benefícios de minha participação na pesquisa a “Participação Social e ‘Terceiro Setor’”: um estudo de caso do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo”, concordo em participar da mesma.

Vitória, ____ de _____ de 2014

 (Assinatura do Participante)

Nome do entrevistado:

Telefone do entrevistado:

Contato com a pesquisadora responsável:

- Laíra Augusta Viegas Vasconcellos (pesquisadora). Tel: (0XX) 27- [REDACTED] / (0XX) 21 - [REDACTED]. E-mail: laira.vasconcellos@gmail.com
- Sarah Escorel (orientadora da pesquisa). Tel: (21) [REDACTED]

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE D



OF/SESA/CES/SE/Nº. 029/13

Vitória-ES, 13 de março de 2014.

Senhora Pesquisadora,

Servimo-nos do presente para informar a Vossa Senhoria que os membros da Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, em sua 140ª Reunião, realizada em 12 de março de 2014, autorizaram a pesquisa da Mestranda Laira Augusta Viegas Vasconcellos, discente do Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) neste CES/ES.

Aproveitamos a oportunidade para comunicar que em situações de estudo que envolvam o uso do acervo deste CES/ES, como apostilas, livros ou documentos, faz-se necessário o envio prévio de e-mail, relacionando o material a ser utilizado. Precisamos que esta solicitação seja feita com antecedência a fim de que possamos nos organizar para fazer o levantamento deste. No caso de realização de entrevistas com o Secretário Executivo, servidores da Secretaria de Estado de Saúde - SESA, ou membros deste CES/ES, precisamos que esta solicitação também seja feita com antecedência por e-mail a fim de verificarmos a disponibilidade de pessoal e organizar agenda com estes.

Certos de contar com sua atenção, renovamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Milton César Valente da Costa
Secretário Executivo
Conselho Estadual de Saúde - CES/ES

Ilustríssima Senhora
SARAH ESCOREL
Pesquisadora Titular
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz - NUPES/ENSP/FIOCRUZ

Rua Maria Judith Tovar Varejão, 225 - Ed. Enseada Plaza - Enseada do Suá - Vitória - ES
CEP.: 29.050-360 - Tele fax: (27) 3325-5792 / 3345-8026
E-mail: ces@saude.es.gov.br