

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ELISABETE DE OLIVEIRA PEREIRA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: ATORES,  
CONFLITOS E ARTICULAÇÕES – 1999 a 2002

Dissertação de Mestrado em Sociologia  
apresentada como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em  
Sociologia no Programa de Pós-  
graduação em Sociologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Soraya M.  
Vargas Cortes

Porto Alegre, novembro de 2006

ELISABETE DE OLIVEIRA PEREIRA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: ATORES,  
CONFLITOS E ARTICULAÇÕES – 1999 a 2002

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em 2006

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva  
PPGS/IFCH/UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jussara Reis Prá  
PPCP/IFCH/UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janice Dornelles de Castro  
Fundação Oswaldo Cruz

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram para a realização dessa dissertação, em especial

À CAPES;

Ao Programa de Pós-graduação – professores, funcionárias e estagiárias;

À Profª Drª Soraya Côrtes, pela orientação e estímulo na formulação desse trabalho;

À Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, pelo acesso às atas das reuniões plenárias e demais informações sobre o Conselho;

Aos Entrevistados, que disponibilizaram tempo e atenção para falar sobre a experiência da participação no Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul;

À Janete Cardoso Réos e José Manuel Sousa de Freitas, pela amizade, muito preciosa para mim, incentivo e colaboração na realização deste trabalho.

O objetivo nesta questão do controle social do SUS é a saúde, é a vida. Enquanto não houver essa harmonia de entendimento vai ter alguns percalços, algumas dificuldades (ENTREVISTA 5, representante dos usuários no CES/RS).

## RESUMO

Este trabalho trata da relação entre os atores que participaram no Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), no período 1999 a 2002. A partir da leitura de Atas das Reuniões Plenárias do CES/RS foram selecionados alguns conflitos e articulações em torno dos quais os conselheiros manifestaram posicionamentos acerca do funcionamento e do desempenho do Conselho. Através da formação da pauta e da atuação dos Conselhos Regionais, usuários e trabalhadores, em aliança com o gestor estadual, influenciaram a decisão no CES/RS e criaram meios para aumentar o controle sobre a distribuição dos recursos financeiros repassados a municípios e hospitais. Eles atuaram na intensificação do controle sobre o repasse de verbas, ao mesmo tempo que confrontavam interesses dos gestores municipais e dos prestadores privados de serviços.

Palavras-chave: Conselho de Saúde, participação em conselhos de saúde.

## ABSTRACT

The present study aims to analyze the dynamic of the relationship between the actors who participate in institutionalized spaces in the health area. The case studied focuses on the Health Council of the Rio Grande do Sul state (CES) during the years 1999 until 2002. Starting from the reading of the minutes of these meetings, there were chosen some conflicts and articulations that some advisers demonstrated their point of view about the function and performance of the CES. Through the formation of the agenda and the performance of the Regional Councils, users and health workers, in an alliance with the state manager, influenced the decision making process of this Council. These representatives have been influencing the workings of the State Health Council in a decisive way and also increasing the control of the distribution and transferring the resources to cities and hospitals of the Health Unique System (SUS). At the same time, those actors confronted the interests of the managers and of the people who do private services for the Health Unique System (SUS).

Key-words: Health Council, participation in Health Councils.

## LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1. Composição do Conselho Estadual de Saúde/RS.....	48
Quadro 1. Relação de entrevistas efetuadas com conselheiros do CES/RS.....	44
Quadro 2. Presidentes da Mesa Diretora no CES/RS. Período 1994 a 2006.....	49
Quadro 3. Composição de Comissões.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CES/RS	Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CIS	Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde
CIB	Comissão Interinstitucional Bipartite
CIMS	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS	Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRSs	Coordenadorias Regionais de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Ação Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PSF	Programa da Saúde da Família
PPA	Plano Plurianual
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1 POLÍTICAS PÚBLICAS, INSTITUCIONALISMO E ESPAÇOS PÚBLICOS DE PARTICIPAÇÃO.....	13
1.1 Políticas públicas: aspectos conceituais.....	13
1.2 Institucionalização da ação e interação entre atores.....	17
1.3 As concepções de esfera e de arena na compreensão dos espaços de deliberação na política pública .....	20
1.4 Considerações finais .....	24
2 REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: RECONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA POLÍTICA E ATORES QUE PARTICIPAM NO PROCESSO DE DECISÃO .....	26
2.1 Crise do modelo de intervenção do Estado e esgotamento do sistema da assistência médica previdenciária.....	26
2.2 Reforma Sanitária: descentralização e reconfiguração institucional da .....	32
política de saúde .....	33
2.3 Atores e interesses envolvidos no processo da reforma institucional da saúde..	36
2.4 Considerações finais .....	43
3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/RS: ATORES, CONFLITOS E ARTICULAÇÕES EM TORNO DA GESTÃO DO SUS.....	45
3.1 Criação do CES/RS e contextualização do período estudado .....	45
3.2 Caracterização do CES/RS: organização e funcionamento .....	47
3.3.1 Atores que pautam a discussão .....	54
3.3.2 Articulações entre os conselheiros.....	59
3.4 Considerações finais .....	71
4 CONCLUSÕES .....	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE 1 – Lista dos Entrevistados .....	80
APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevistas.....	81
ANEXO.....	82

## INTRODUÇÃO

Este trabalho trata da relação dos atores que participaram no Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2002. A política de saúde instaurada no final dos anos oitenta, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), criou meios para a institucionalização da participação através dos Conselhos de Saúde. Esse mecanismo passou a integrar o conjunto dos dispositivos encarregados de operacionalizar a gestão do SUS, com a finalidade de democratizar o sistema e controlar os gastos e a aplicação dos recursos financeiros. Conforme a lei que regula o funcionamento dos Conselhos de Saúde, estes foram constituídos como órgãos deliberativos para atuarem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990).

A descentralização foi uma das principais estratégias para implementar o SUS no país. Por meio desse processo, governos estaduais e municipais foram fortalecidos, tornando-se os principais responsáveis pela implementação e operacionalização do SUS. Com isso, acentuaram-se os conflitos decisórios entre gestores estaduais e municipais de saúde, bem como entre estes e organizações sociais e populares, que participam nos fóruns de deliberação. Os Conselhos de Saúde, como espaços legítimos de conflitos, têm neles representados os gestores governamentais do sistema de saúde, os prestadores privados de serviços, os profissionais e trabalhadores em saúde e os usuários do SUS. A interação dos atores no processo de decisão é permeada por relações de poder, as quais evidenciam as assimetrias existentes entre os quatro segmentos de representação.

No Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) foi criado em 1994, através da reestruturação da Comissão Interinstitucional de Saúde, que já existia desde 1987. A partir de 1999 foi iniciado um período de incremento nas atividades do CES/RS, principalmente porque passa a analisar, com maior detalhamento, o Plano de Aplicação e Prestação de Contas trimestrais da gestão estadual.

Esse contexto, de incremento de atividades para a tomada de decisão no CES/RS, constitui o foco deste trabalho. Tomando o período 1999 a 2002, o estudo discorre sobre as situações de conflito que permeiam a relação entre atores no que diz respeito ao funcionamento do Conselho e às decisões tomadas no processo. Nisso, a contribuição do trabalho está em refletir sobre as tensões existentes que ocorrem entre a participação – dinâmica e, muitas vezes, com uma lógica própria de envolvimento – e os dispositivos normativos da institucionalização que regem a participação.

A questão central do estudo é identificar os **atores que influenciaram a decisão no CES/RS, e os posicionamentos referentes ao funcionamento do Conselho no que tange ao papel que este deveria desempenhar**. O objetivo é o de descrever a dinâmica de funcionamento do CES/RS a partir de conflitos e articulações, e assim verificarmos os posicionamentos e as disputas ocorridas entre os conselheiros.

Esse trabalho consiste em um estudo de caso, cuja metodologia permite que se obtenha informações detalhadas de um único caso, a fim de apreender uma situação concreta. O estudo de situações específicas, nesse sentido, contribui para responder *como* “grandes tendências se manifestam, ou não, em realidades sociais concretas” (ROESE, 1998, p. 193). Da mesma forma como permite verificarmos o inverso: *como* características específicas de um caso são possíveis em um quadro mais amplo. No caso desta dissertação, a apreensão e a descrição da dinâmica do funcionamento do CES/RS constituem, basicamente, o foco do estudo.

Para tanto, a pesquisa baseou-se em cinco observações das reuniões plenárias; em consultas de documentos, tais como Atas das reuniões do CES/RS, Regimento Interno, Leis Federal e Estadual de criação dos Conselhos de Saúde e Decretos relativos à política estadual de saúde; e, também, em dez entrevistas realizadas, através de roteiro semi-estruturado, com os conselheiros do CES/RS.

A dissertação está organizada em três capítulos. O primeiro, sub-dividido em três seções, apresenta concepções de políticas públicas e os principais aspectos da sua formulação. Essas concepções acentuam o papel dos governos na formulação de políticas, a autonomia e o controle deles nos processos de decisão. Também é

apresentada neste capítulo uma revisão da perspectiva institucionalista, com a finalidade de abordar alguns fatores institucionais que influenciam a participação em espaços decisórios. Por último, concepções de espaços decisórios e a sua utilização em estudos de Conselhos de Saúde são apresentadas para abordar a especificidade do espaço em relação à arena de decisão no setor da saúde.

O capítulo dois trata do contexto histórico de desenvolvimento dos Conselhos de Saúde. Especificamente, descreve a crise do sistema previdenciário e a criação de um novo sistema de saúde. No contexto de crise e de democratização do Estado brasileiro, atores governamentais e sociais, que hoje atuam na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), entraram na arena e disputaram projetos e recursos decisórios.

No capítulo final são apresentados o modo de organização e de funcionamento do CES/RS, além da relação entre os atores. Os dados apresentados abordam a influência do gestor estadual sobre formação da pauta de discussões e a atuação dos Conselhos Regionais como formadores de posição entre os representantes dos usuários. Principalmente por intermédio dos Conselhos Regionais, os usuários pautaram discussões e definiram meios para que os conselhos de saúde pudessem ampliar a participação e o controle sobre gestores municipais e prestadores privados de serviços. Os conflitos e as disputas que ocorreram delinearão as relações de confronto que usuários e trabalhadores tiveram com os gestores municipais e os prestadores privados de serviços. Os posicionamentos em disputa designaram papéis diferenciados para o exercício da participação no CES/RS.

# 1 POLÍTICAS PÚBLICAS, INSTITUCIONALISMO E ESPAÇOS PÚBLICOS DE PARTICIPAÇÃO

Este capítulo aborda os aspectos conceituais da política pública e referenciais utilizados em análises de espaços institucionalizados de deliberação. As definições de políticas públicas apontam para a constituição de mecanismos que estruturam a relação entre os atores participantes de processos de decisão. Através da perspectiva do institucionalismo são abordados os modos como as instituições exercem influência sobre os resultados sociais e políticos. E, por último, as perspectivas de arena e esfera pública, como espaços públicos de interação, são discutidas com a finalidade de apresentar as principais características e implicações desses referenciais ao se tratar de fóruns colegiados de participação institucionalizada.

## 1.1 Políticas públicas: aspectos conceituais

As políticas públicas teriam ganho *status* de unidade de análise a partir de 1950. No Brasil, os estudos em torno das políticas públicas estariam ainda insipientes, pois seriam poucos os trabalhos que focalizam os processos de implementação e avaliação (FARIA, 2003), sendo também escassa a literatura que trata a aplicação dos modelos analíticos referentes à área (SOUZA, 2003).

Embora haja carência de estudos, Faria (2003) ressalta que a política pública, como sub-área da ciência política, foi gradualmente conferindo destaque aos aspectos dinâmicos do *policy process*, e aos distintos atores – estatais ou não estatais – envolvidos no processo. O autor assinalou algumas constatações que ocorreram nas duas últimas décadas que reformularam o enfoque dos estudos. Por exemplo, a incapacidade das teorias tradicionais de interpretação dos mecanismos de intermediação de interesses darem conta da complexificação dos processos. As abordagens pluralistas, corporativistas e marxistas estariam sendo insuficientes para explicar as interações não hierárquicas – de baixo grau de formalização no

intercâmbio de recursos e informações – e a participação de novos atores, como organizações não-governamentais de atuação transnacional e redes de especialistas.

Souza (2003), ao discorrer sobre os conceitos e modelos de formulação e análise de políticas públicas, avalia que a necessidade de redução de gastos e as novas visões sobre o papel dos governos em substituição às políticas keynesianas foram os principais motivos para o crescimento da importância de estudos na área. No período pós-guerra, restrições financeiras e políticas impostas aos governos, tanto nos países industrializados como nos em desenvolvimento, teriam gerado demandas por políticas públicas eficientes. Isso teria redundado, especialmente a partir dos anos oitenta, em políticas com ênfase no ajuste fiscal, as quais acentuariam o papel de instituições, as regras e os modelos que conduzissem a decisão, a formulação, a implementação e a avaliação de políticas públicas. Outra razão para a acentuação do interesse na área, mais relacionada a países em desenvolvimento ou recém democratizados, seria a necessidade de serem implementadas políticas que conciliem desenvolvimento econômico e inclusão social.

Algumas definições de políticas públicas acentuam o papel dos governos e seus aspectos racionais e procedimentais; outras, o processo de decisão dos governos e o seu aspecto cooperativo e conflituoso com outras instituições ou grupos sociais. Para Souza, a política pública é um “processo através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirá os resultados ou as mudanças desejadas no mundo real” (SOUZA, 2003; p. 6). As definições que priorizam o processo de decisão, de um modo geral tendem a considerar os governos como *locus* de interesses, preferências ou idéias. Costa, por exemplo, a designa como

o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses (COSTA, 1998; p. 7).

Segundo Costa (1998), as políticas públicas são normalmente classificadas com a tipologia de Lowi, que sugere categorias funcionais para a investigação de

políticas e de agências governamentais que as instauram. As políticas distributivas referem-se a ações de provisão de serviços ou benefícios; geram impactos mais a grupos particulares do que universais. Exemplo dessa categoria são as políticas de saúde. As políticas redistributivas correspondem às políticas universais, como as tributárias e previdenciárias, abrangendo uma parcela maior da população. Como impacto, geram perdas em alguns grupos sociais e ganhos em outros. Por fim, as políticas regulatórias dizem respeito às agências de regulação e à definição de normas setoriais (SOUZA, 2003).

Costa (1998) ressalta que os interesses organizados dependem das características de cada política em questão. Uma política específica estaria criando um modo específico de ação coletiva e de distribuição dos recursos decisórios. Esse argumento teria como pressuposto a perspectiva de Lowi, a qual compreende as distintas áreas de políticas como “arenas reais de poder”. Nessa sentido, o setor da saúde no Estado brasileiro seria concebido como uma arena distinta de outras arenas, como a do setor previdenciário, por exemplo. Conforme Costa, “cada arena tenderia a desenvolver estruturas e processos políticos, elites e relações entre grupos de interesses particulares” (COSTA, 1998; p. 7).

No campo do conhecimento, as análises em torno das políticas públicas procurariam compreender como e por que os governos agem em determinada direção ou tomam certo rumo. Uma investigação nesse sentido focaria as atenções no papel que os governos desempenham na formulação de tais políticas.

Nessa direção, segundo Souza (2003), estariam os estudos de Evans, Rueschmeyer e Skocpol, os quais defenderiam a tese da “autonomia relativa do Estado”. Autonomia com a qual o governo decide e executa políticas, ainda que receba influências internas e externas, gerando determinadas capacidades e condições para a implementação dos objetivos. Tanto a autonomia como as capacidades dependeriam de fatores históricos de cada país.

Para Souza (2003), a perspectiva da “autonomia relativa do Estado” é, no momento, aquela com maior capacidade explicativa dos processos de definição de políticas públicas em sociedades e Estados complexos, pois a concepção atribui ao governo um espaço próprio de atuação. Esse espaço conferiria capacidade decisória

e se contraporiam (a) às teorias pluralistas, por privilegiarem a influência dos grupos de interesse sobre o Estado; (b) à teoria da elite, por conceber que as políticas são definidas exclusivamente por aqueles que estão no poder, e (c) às teorias estruturalistas e funcionalistas, para as quais o Estado estaria servindo aos interesses de determinadas classes sociais. O argumento de que os governos têm reduzido a sua capacidade decisória como formuladores de políticas, em função de processos de globalização, também tem sido questionado. De acordo com Souza,

Apesar do reconhecimento de que outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, (...) e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada (SOUZA, 2003; p. 6).

O poder de decisão dos governos também é ressaltado por Wallt (1994). Segundo ele, vários atores podem compor a agenda e influenciar o processo de formulação e decisão política, mas o governo seria o mais influente deles por possuir o controle sobre a legislação e o processo político.

Os modos da interação entre os atores, que repercutem na agenda política e na decisão, é fundamental nesse processo. Para Melo (1991), a interação dos grupos normalmente se dá por meio de cálculos relacionais e estratégicos. Uma vez que, segundo o autor, as políticas públicas se constituem como um dos resultados possíveis dessa interação, o padrão de relacionamento entre atores individuais e coletivos se constituiria em importante indicador para analisar como se articulam diferentes clivagens de interesses e projetos diversos. Além disso, a configuração estrutural da arena política também seria necessária para analisar a formação de políticas públicas, pois essa estrutura definiria o estabelecimento de barreiras à entrada de atores no processo decisório. Os limites da participação seriam impostos pela relação de poder ou mesmo pela dinâmica dos grupos sociais.

Segundo Smith (1994), o modo como uma política é organizada pelo governo determina os tipos de relações e de interação dos grupos. Ele aponta a necessidade de uma análise institucional da formação de políticas que acentue os aspectos informais e convencionais que estruturam as relações do Estado com a sociedade.

Ele ainda ressalta os interesses e as atividades do governo e a sua autonomia para elaborar políticas. A influência de um grupo de pressão não dependeria dos seus recursos, mas da proposta política de governo e o modo como o governo organiza e estrutura determinada política. Nesse contexto, certos grupos tenderiam a influenciar mais, enquanto outros seriam excluídos da decisão.

Para Costa (1998), as concepções institucionalistas convergem para a análise da interação dos atores e da formação de políticas públicas. Para ele, “a opção institucionalista ressalta os diversos tipos de interação entre interesses e instituições nos processos decisórios, relativizando a capacidade das organizações de influenciar a formação e instauração de políticas governamentais” (COSTA, 1998; p. 22). A criação de esquemas que regem as interações e a disputa por recursos escassos dependeria da formação dos mecanismos institucionais em determinado contexto social, político e econômico. As assimetrias de poder, os conflitos e o acesso desigual à tomada de decisão seriam, assim, explicados através do desenvolvimento e do funcionamento das instituições.

## **1.2 Institucionalização da ação e interação entre atores**

Segundo Hall e Taylor (2003), diferentes métodos do institucionalismo foram desenvolvidos como reação às perspectivas behavioristas prevalentes nos anos sessenta e setenta. Para esses, a simples soma das preferências individuais explicaria o comportamento coletivo. No institucionalismo, comportamentos e atitudes verificadas em espaços decisórios espelham características institucionais que os influenciam. Dessa forma, a perspectiva confere papel de destaque às instituições na determinação dos resultados sociais e políticos, mas rejeita a idéia da estrutura social como única força causal de todas as situações sociais.

Segundo Théret (2003), o institucionalismo aponta a necessidade de se considerar as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais. Mediações essas que o autor considera como instituições. Existiriam diversos institucionalismos que abordam a influência das instituições sobre o comportamento individual. Hall e Taylor (2003) destacam três métodos no interior de

uma mesma disciplina, a Ciência Política. Esses métodos foram designados como institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico. Théret (2003) enfatiza as variações do institucionalismo entre diferentes disciplinas. A Economia, a Ciência Política e a Sociologia são apontadas como disciplinas com genealogias próprias, ainda que possuam um mesmo desenvolvimento básico para o institucionalismo.

Para Hall e Taylor, e também para Théret, é possível intercambiar as diferentes perspectivas de modo que seja possível explicar os resultados sociais e políticos, tanto no aspecto estratégico da ação, como no aspecto cultural das idéias. O institucionalismo histórico seria a perspectiva que melhor permitiria esse intercâmbio, pois ele estaria localizado em uma posição intermediária entre os institucionalismos da escolha racional e o sociológico (ou teoria das organizações).

De acordo com Hall e Taylor, (2003), os teóricos do institucionalismo histórico definem a instituição como o conjunto de procedimentos, normas e convenções oficiais inerentes à estrutura organizacional da comunidade ou economia política. A definição engloba deste a ordem constitucional, até o funcionamento de uma organização ou as convenções que orientam as relações entre organizações.

Os teóricos desta escola compreendem que o conflito entre grupos rivais pela apropriação de recursos escassos é inerente à vida política. Com base nesse pressuposto, explicam a distribuição desigual do poder e dos recursos por intermédio dos modos como as organizações institucionais ou as estruturas econômicas entram em conflito. Eles acentuam o papel do Estado como um complexo de instituições que estrutura a natureza e os resultados dos conflitos entre os grupos rivais. E concebem a organização institucional e a economia política como os principais fatores de estruturação do comportamento coletivo e dos seus resultados.

Nessa relação estruturada, determinados interesses são privilegiados em detrimento de outros, em função das instituições concederem acesso desigual ao processo de decisão a certos grupos ou interesses. Razão pela qual essa perspectiva confere especial interesse às assimetrias de poder e aos conflitos que daí decorrem.

Para uma parte do institucionalismo histórico, que adota a perspectiva da escolha racional, a ação dos indivíduos na estrutura institucional ocorre de acordo com os aspectos instrumentais do comportamento, orientada segundo cálculos estratégicos. Os indivíduos examinarão as escolhas possíveis para decidir por aquela que maximizaria as suas preferências. A instituição afetaria a ação dos indivíduos na medida em que ela estrutura a interação estratégica, oferecendo segurança quanto ao comportamento dos demais atores. Essa segurança se refere à aplicação de acordos, penalidades, regras de procedimento, etc.

Desse modo, a instituição tem sobre o comportamento do indivíduo o efeito de reduzir a incerteza em relação à ação dos outros. O seu papel seria, então, o de estruturar essa interação através da influência que exerce sobre a formulação da agenda, e do fornecimento de informações ou estabelecimento de mecanismos que reduzam as incertezas relativas ao comportamento dos atores.

Para outra parte do institucionalismo histórico, que segue uma orientação mais relacionada à perspectiva cultural da ação, o comportamento é racional e orientado para fins, mas os indivíduos se fundamentam em modelos de comportamento já conhecidos para atingir os seus objetivos. A escolha por uma linha de ação depende mais da interpretação de uma situação do que do cálculo puramente utilitário. Dessa forma, a estruturação da ação ocorreria mais por meio da legitimação de um conjunto de práticas, segundo esquemas cognitivos, com o fim de consolidar um objetivo ou valor socialmente reconhecido. Segundo essa orientação, as atribuições de significados da vida social fundamentam as preferências dos indivíduos.

Segundo Hall e Taylor (2003), alguns estudos nessa perspectiva utilizam combinações dos enfoques “calculador” e “cultural”. Esses estudos indicariam que as reações estratégicas a dado ambiente institucional podem ser resultado de visões do mundo e práticas que condicionam a ação mesmo depois de ter-se modificado o ambiente institucional inicial.

Os autores afirmam também que, apesar dos teóricos do institucionalismo histórico enfatizarem o papel das instituições sobre a ação política, eles reconhecem outros fatores que influenciam a vida política. Esses teóricos situariam as instituições

numa cadeia causal de fatores, como o desenvolvimento socio-econômico e a difusão das idéias. Recorrendo, para isso, a eventos históricos que expliquem as razões pelas quais os atores históricos se comportam de uma determinada forma.

Quanto ao espaço público de interação, duas são as principais noções utilizadas em estudos de Conselhos de Saúde. A perspectiva da “esfera pública”, de Habermas, enfatiza a constituição de um espaço para a construção do argumento e do entendimento por meio da racionalização crítica às formas de dominação burocrática e econômica. A perspectiva “arenas públicas” compreende a interação dos atores em espaços diversos, sejam institucionalizados ou não. O enfoque remete-se ao espaço da ação como o lugar de embate e de disputa, priorizando a dinâmica da interação, os conflitos e as negociações. Por se referirem a espaços públicos de interação, essas duas concepções foram utilizadas ou sugeridas em estudos sobre Conselhos de Saúde no Brasil (REIS e FREIRE, 2002; AVRITZER, 1999; CARVALHO, 1997). Por isso serão tratadas a seguir, com a finalidade de acentuar as implicações de cada uma delas em análises de espaços deliberativos.

### **1.3 As concepções de esfera e de arena na compreensão dos espaços de deliberação na política pública**

Habermas foi um dos primeiros teóricos a delinear o espaço público como espaço de deliberação e de legitimação para a ação política (VITULLO, 2000). Os espaços de deliberação trariam como conseqüência a revitalização da esfera pública através da pluralidade cultural e social necessária à crítica ao controle do poder, ao mesmo tempo que possibilitariam a construção de uma cidadania informada e comprometida com a práxis cotidiana.

Segundo Habermas, o nascimento da esfera pública aconteceu com a ascensão da burguesia, quando foi gerada uma esfera pública literária capaz de promover a autocompreensão dos sujeitos a partir das trocas das experiências privadas. Habermas (1984) afirma que os indivíduos privados, ao se reunirem para discutir assuntos diversos, constituíram uma esfera regulada pela autoridade, embora crítica a tal autoridade. O processo histórico que conduziu a burguesia à

ascensão teria permitido o estabelecimento de uma nova forma de relação entre o público e o privado. Uma vez libertadas da tradição, as discussões baseadas em argumentos conduziram à necessidade da justificação da ação política, assim forçando a transparência das decisões dos governantes (SOUZA, 1997).

Como concepção, a esfera pública significa a existência de um fórum aglutinador de um público crítico e formador de opinião. Esse público colocou à prova o que é público e de bem comum, ao introduzir pela primeira vez a questão da legitimação discursiva do Estado (SOUZA, 1997). A crítica à tradição e à autoridade política constitui, dessa forma, a orientação normativa comum que fundamenta a concepção desse espaço.

Segundo Avritzer (1999), os principais aspectos da concepção habermasiana aplicadas a contextos deliberativos são as noções de publicidade e de ampliação do domínio público. A publicidade implica em que as ações políticas dos governantes tornem-se públicas através da discussão das decisões tomadas pelas autoridades, da necessidade de justificação e transparência das tais ações. A ampliação do domínio público implica na politização de novas questões. Com a dessacralização da política muitos problemas foram submetidos à discussão pública, sendo passíveis de argumentação racional. Nesse sentido, a esfera pública permitira a livre participação argumentativa e a inclusão de novas questões no debate público.

Nas sociedades contemporâneas, segundo Avritzer, os movimentos sociais cumprem com o papel de “apresentadores de identidades em público”. Eles estariam construindo espaços de reconhecimento mútuos, através de atos comunicativos, com o objetivo de apresentar identidades e demandas a princípio negadas pelo sistema político. Além disso, os movimentos sociais atuariam na ampliação da definição do que é político, ao incluírem na agenda temas como o ambientalismo ou a questão dos direitos. Com isso, o autor propõe a readequação dessa noção como modelo de esfera pública deliberativa, o qual fundamentaria a participação de grupos, associações e movimentos em espaços deliberativos e o estabelecimento de uma relação crítica e argumentativa com a política (AVRITZER, 1999).

Tal esfera compreenderia o local onde se conectariam redes informais constituídas pelos movimentos sociais e associações civis. O processo deliberativo

que abrigaria essa esfera, no entanto, teria de contar com regras claras de decisão, ampla discussão pública, concordância em decidir e um alto grau de legitimidade da decisão conferida pelos atores. A esfera pública deliberativa seria o espaço para tematizar questões e pensar as formas institucionais que solucionariam determinados problemas. Embora reconhecida como espaço situado na periferia do sistema político e administrativo, essa esfera submeteria as decisões dos governantes a processos públicos de monitoramento.

Cabe nesse momento fazer algumas ressalvas quanto à utilização dessa abordagem em estudos de espaços deliberativos. Um vez que a noção de esfera pública concebe como critério fundamental a existência de uma interação para a livre argumentação, os diferentes grupos participantes de um processo deliberativo necessitariam de um espaço para que a tematização de problemas e a inclusão de novas questões na agenda ocorressem.

No caso dos Conselhos de Saúde, eles foram formalizados para o fim específico de acompanhar e fiscalizar as contas e, mais tarde, todas as ações dos gestores governamentais. Existem, para isso, procedimentos formais que delimitam a ação dos participantes. Além disso, a estrutura institucional hierárquica de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual os Conselhos estão inseridos, estabelece relações assimétricas de poder entre os atores governamentais e sociais. A participação argumentativa dos grupos, como público crítico e formador de opinião, torna-se minimizada em função da natureza institucionalizada dos Conselhos de Saúde.

A concepção de esfera pública seria mais adequada ao debate de projetos para a reforma sanitária, ocorrida entre atores diversos, que culminou na reformulação completa do sistema de saúde brasileiro. Ou mesmo ao debate público, crítico ou de defesa, em torno do SUS. Um dos problemas da aplicabilidade da noção “esfera pública” aos Conselhos de Saúde está em identificar como similares o espaço público do debate com o espaço restrito e institucionalizado dos Conselhos. Uma vez que os Conselhos se constituíram como espaços de estruturação da relação entre atores pré-determinados e de intermediação de conflitos.

Giddens aborda esse problema ao referir a dicotomia entre a ação comunicativa, de Habermas, e a interação. Segundo Giddens (1998), a noção da interação linguisticamente mediatizada coloca a interação e a ação comunicativa num mesmo patamar de significados. O autor atribui a essa equivalência a fragilidade da abordagem para explicar as interações sociais, uma vez as assimetrias existentes e as formas de relações de poder implicadas nessas interações seriam delegadas a um segundo plano, ou mesmo excluídas da análise. Conforme Giddens,

o modelo de sociedade que resulta daí (...) não parece incorporar nenhuma consideração sobre a contradição, e, mesmo, subestimar o significado do poder e da luta no desenvolvimento social (GIDDENS, 1998; p. 309).

A outra perspectiva de espaço de interação refere-se à noção de arena pública. A arena pública é o espaço da disputa, do conflito, da negociação e da dinâmica dos processos. Os estudos que se reportam ao conceito como espaço de decisão não estariam interessados em lidar com a ordem institucional, mas com as formas como os atores experimentam e lidam com as situações problemáticas (REIS e FREIRE, 2002).

A idéia de arena pública remete à perspectiva da escola de Chicago, no que diz respeito à ordem negociada e à representação de papéis. Como espaço de atuação, a arena corresponderia ao lugar de embate e de encenação, incorporando a dimensão dramática através da qual são estimuladas práticas de negociação para alcançar determinados objetivos. Ali se configurariam territórios, organizações e instituições relativamente independentes que representam mundos sociais diversos postos em comunicação e em enfrentamento entre si.

De acordo com a tipologia de Daniel Cefaï (REIS e FREIRE, 2002), a arena pública possui quatro formas de articulação: (1) ação coletiva, referindo-se às associações ou aos movimentos de denúncia e de reivindicação; às alianças e aos conflitos entre os representantes das organizações ou instituições; (2) agendamentos midiáticos, correspondendo aos registros de informações, de diagnósticos, de testemunhas ou relatos de eventos contemplados através das pautas da mídia; (3) opinião pública, referindo-se a correntes de opinião que

delimitam e definem os temas de interesse ou de preocupação através da mobilidade de atores sociais, e (4) dispositivos da ação pública, como mecanismos estabelecidos através das agendas governamentais, legislativas ou administrativas.

A partir das formas de articulação existentes, concebe-se que a arena não se circunscreveria a um único espaço físico. Em função dessa multiplicidade de espaços de ação, característica na formação de uma arena pública, a noção se aplicaria mais à dinâmica entre espaços, de mecanismos e de opiniões que se constituem como micro-arenas, articuladas e interligadas entre si.

Os Conselhos de Saúde podem ser considerados integrantes da arena setorial da política de saúde, e não como arenas públicas isolados. Uma vez que a noção prioriza o desempenho de papéis e a ordem negociada entre espaços de ação relativamente independentes, a aplicabilidade da noção ao estudo dos Conselhos de Saúde perde o seu valor. Os mecanismos que regulam esses Conselhos circunscreve-os a um espaço muito preciso de ação, no interior do aparato institucional da política de saúde. Motivo pelo qual dificilmente um único Conselho representaria uma arena pública para o desempenho de papéis dos atores sociais.

#### **1.4 Considerações finais**

Vimos neste capítulo que as concepções de políticas públicas, que priorizam o processo de decisão, consideram o governo como espaço de interesses, preferências ou idéias. O governo exerce o papel principal na condução dos processos de formação da agenda e da decisão política, por possuir o controle sobre a legislação e o processo político (Waltt, 1994). Outros atores participantes no processo de decisão exerceriam maior ou menor influência, na dependência do projeto político a ser implementado ou do modo como o governo organiza e estrutura determinada política (Smith, 1994).

A abordagem institucionalista histórica ressalta a interação entre interesses e instituições nos processos de decisão. Para a abordagem, instituição engloba o conjunto de procedimentos, normas ou convenções, deste a ordem constitucional

até o funcionamento de uma organização. O papel do Estado é acentuado como instituição que estrutura a natureza e os resultados dos conflitos entre grupos rivais, desse modo, afetando a ação dos indivíduos ao estruturar a interação estratégica. Nessa interação, determinados interesses são privilegiados em detrimento de outros devido ao acesso desigual ao processo de decisão a certos grupos ou interesses.

Vimos também que a utilização dos referenciais esferas públicas e arenas, em estudo de Conselhos de Saúde, limita a análise ao minimizar as assimetrias de poder e a estruturação institucional das relações entre os atores participantes do processo. Os espaços institucionalizados de deliberação não poderiam ser considerados, isoladamente, como esferas ou arenas, porque foram constituídos como espaços do governo para estruturar a relação entre interesses e, assim, exercer controle sobre os recursos escassos. Nesses espaços, atores governamentais e sociais interagem hierarquicamente através de dispositivos normativos da política nacional de saúde.

A estruturação destes espaços como mecanismos do governo será apresentado no próximo capítulo. O contexto histórico de desenvolvimento dos Conselhos de Saúde insere-se em um período de crise institucional do sistema de saúde previdenciária, nos anos setenta e oitenta. Com a criação de um sistema de saúde integrado e descentralizado foi montado um arranjo institucional para gerir a saúde. Nele, os Conselhos de Saúde foram constituídos para atuarem, de forma colegiada, no controle da aplicação dos recursos e das contas dos gestores públicos.

## 2 REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: RECONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA POLÍTICA E ATORES QUE PARTICIPAM NO PROCESSO DE DECISÃO

A constituição dos Conselhos de Saúde no Brasil ocorreu em um período no qual foi estabelecida uma série de reformas nas áreas social, política e econômica. Essas reformas emergiram em um contexto de crise, nacional e internacional, no qual as agências internacionais de desenvolvimento preconizaram a transformação e a redução da estrutura do aparelho estatal. Mais especificamente, os Conselhos de Saúde foram criados no contexto da reforma sanitária brasileira nos anos oitenta. A implementação dos mecanismos de participação consistia numa estratégia para efetivar a descentralização da saúde e garantir a racionalização dos gastos públicos. Com a descentralização houve uma redefinição de papéis nos três níveis de governo, além da introdução de atores sociais nas estruturas de governo para legitimar a implementação de políticas públicas.

### **2.1 Crise do modelo de intervenção do Estado e esgotamento do sistema da assistência médica previdenciária**

Durante os anos setenta e oitenta, uma série de reformas de Estado, tanto em países capitalistas avançados quanto em países em desenvolvimento, teve início em decorrência da crise do *Welfare State*.<sup>1</sup> No período que segue do pós-guerra até fins da década de sessenta, nos países centrais, o Estado capitalista manteve um padrão que se caracterizava pela forte intervenção na economia e na provisão de serviços públicos. O Estado requeria para si o papel de principal articulador e mantenedor da atividade econômica, desenvolvimentista e social. Esse padrão, no

---

<sup>1</sup> O *Welfare State* constituiu-se nos países capitalistas avançados, especialmente na Europa Ocidental. Caracterizava-se pela incorporação dos direitos sociais ao conceito de cidadania, visando garantir a todos um padrão mínimo de bem-estar econômico e social (ESPING-ANDERSEN, 1991).

entanto, começou a declinar a partir do colapso do sistema monetário internacional,<sup>2</sup> da crise do petróleo<sup>3</sup> e da crise fiscal,<sup>4</sup> cujas repercussões atingiram diversos países. Concomitantemente, a transformação do processo produtivo, via terceira revolução industrial,<sup>5</sup> e a conseqüente reorganização do capitalismo em nível mundial, terminou por romper e transformar totalmente o modelo de intervenção do Estado. A fragilidade dos Estados perante as crises deflagradas evidenciaram os seus limites quanto ao papel que vinham mantendo até então, o de regulador e provedor de bens e serviços.

Segundo Bresser Pereira (1998), a discussão acerca da reforma do Estado se deu, principalmente, em torno de quatro aspectos. O primeiro se referia à delimitação do tamanho do estado, e incluía as idéias de privatizações, publicizações e terceirizações. O segundo aspecto dizia respeito à redefinição do papel regulador do Estado e a delimitação do grau de intervenção no funcionamento do mercado. O terceiro aspecto se referia à governança e a superação da crise fiscal e do modelo burocrático de administração do estado. Buscava-se estabelecer novos modos de administrar o aparato estatal, de acordo com critérios que privilegiavam a eficácia dos serviços e a racionalização dos gastos públicos. O quarto aspecto era o de garantir a governabilidade, que se daria através da recuperação da capacidade decisória do governo. Para garantir a reforma, no entanto, seria necessário a existência de instituições que intermediassem os interesses dos distintos grupos sociais e que exercessem o controle sobre as verbas disponíveis para as implementações políticas (BRESSER PEREIRA, 1998).

Com o esgotamento do padrão de desenvolvimento do pós-guerra, agências internacionais, tais como Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e

---

<sup>2</sup> O sistema de câmbio era organizado em torno do dólar. Com a flutuação do dólar em relação ao ouro, deflagrou-se a crise do sistema monetário internacional, entre 1971 e 1973, na qual foi enfraquecida a hegemonia norte-americana perante a economia mundial.

<sup>3</sup> A crise do petróleo foi deflagrada em virtude dos aumentos sobre o preço do barril, em 1973 e 1979, aumentando a inflação internacional e concentrando riquezas nos países exportadores.

<sup>4</sup> A crise fiscal foi decorrente do crescimento da demanda associado à baixa capacidade de arrecadação e de gestão do sistema estatal, e teve como principais conseqüências a redução das taxas de crescimento econômico, aumento do desemprego e elevação dos índices de inflação.

<sup>5</sup> A terceira revolução industrial foi conseqüência do desenvolvimento tecnológico que revolucionou as técnicas produtivas, reduzindo a mão-de-obra e ampliando a produtividade. Substituiu o fordismo (produção contínua em grandes séries) pelo modelo de fábricas flexíveis, séries mais curtas e por distintos mercados segmentados. Nela foi privilegiado a produção da microeletrônica, da informática, da robótica, das telecomunicações, da biotecnologia e da química final.

Banco Interamericano de Desenvolvimento, passaram a preconizar a idéia de Estado-mínimo, que se daria através de transformações relativas ao papel e ao padrão de intervenção do Estado. O conjunto de recomendações acerca da redução da estrutura do Estado constituiu-se em uma ampla agenda reformadora, que objetivava torná-lo mais adequado a uma economia de mercado. As propostas reformadoras confluíram, então, para a redução da capacidade regulatória dos Estados nacionais, das suas funções produtivas e das suas estruturas administrativas (MELO e COSTA, 1995a).

No âmbito das políticas sociais, as agências recomendavam: (a) a redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços, e a sua focalização nas ações voltadas para a população de baixa renda; (b) a redução dos gastos públicos, através de provimentos simplificados e de baixo custo; (c) a instituição de mecanismos de controle sobre os gastos públicos, e (d) privatizações da previdência social e da assistência médica, através do fomento ao mercado, voltados para população de média e alta renda (MELO e COSTA, 1995b).

No Brasil, em fins da década de setenta, o panorama interno era de esgotamento do modelo burocrático-autoritário do governo militar e de fragilidade do modelo intervencionista do Estado. A década de oitenta iniciou com uma forte crise de governabilidade, o que levou o próprio Estado a reavaliar as suas relações com a sociedade. A discussão em torno do papel do Estado e o surgimento de propostas reformistas nas áreas sociais e econômica objetivaram, principalmente, garantir o funcionamento do mercado.

O processo de reformas nos setores sociais do Brasil, começaram a ser implantadas lentamente em fins da década de setenta e, fortemente, durante os anos oitenta. De acordo com Melo (1993), essas reformas apresentaram características diferenciadas segundo as áreas em que incidiram. Nas áreas da habitação, da saúde e da previdência social essas diferenciações estavam na dependência da distinção das arenas de intermediação de interesses. Conseqüentemente, implicaram distintas estratégias no âmbito das negociações políticas que resultaram em formatos diferenciados de políticas sociais (MELO, 1993). Segundo Melo,

o grau de efetividade na implementação das reformas está associado à intensidade das disputas interburocráticas; à complexidade organizacional das políticas; aos conflitos intergovernamentais; e aos efeitos diferenciais do clientelismo (MELO, 1993; p. 154).

No setor da saúde, a reforma teria resultado em iniciativas inovadoras, sobretudo devido à “inexistência de clientelas, forte pressão universalista e expressivas lideranças reformistas” (MELO, 1993; p. 154). Também, a existência de uma *policy community* articulada em torno de um projeto para a saúde teria favorecido a inclusão de propostas reformistas na Constituição Brasileira de 1988.

Até início dos anos noventa, o setor da saúde no Brasil fora constituído por dois sub-sistemas: o da saúde pública e o da previdência social (BRAGA e GÓES de PAULA, 1981). O sub-sistema da saúde pública teve origem no final do século XIX, quando os órgãos públicos de saúde, responsáveis pela saúde nas cidades, promoviam ações de vacinação, limpeza e reorganização dos espaços urbanos. Esse sistema foi ampliado por Getúlio Vargas com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, cuja competência abrangia ensino, saúde pública e assistência hospitalar. O ministério foi reorganizado em 1941, sendo criado o Departamento Nacional de Saúde para o desenvolvimento de campanhas de saúde, de serviços contra malária e febre amarela, e treinamento de especialistas em saúde pública (CORTES, 1995).

O sub-sistema da previdência social teve origem durante os anos trinta, quando foram instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que abrigavam as categorias funcionais de trabalhadores urbanos em atividade formal. Os IAPs eram autarquias governamentais vinculadas ao Ministério do Trabalho, financiados por trabalhadores, empresas e Estado através de contribuições compulsórias.

No período que segue de 1945 a 1964, a preocupação do governo federal se voltou inteiramente para a promoção do crescimento econômico. As políticas econômicas foram orientadas para o processo de industrialização acelerada, e as políticas de ação social foram colocadas em segundo plano. O “desenvolvimentismo” visou o crescimento econômico através da substituição de importações e do aumento da produtividade (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Durante o período do governo militar, o Estado brasileiro intensificou as ações rumo à industrialização e substituição de importações de bens duráveis e não-duráveis, à modernização da indústria de base e à estruturação do sistema financeiro. Nesse período, o governo implantou um modelo burocrático-autoritário de Estado, desestruturando organizações e movimentos populares e promovendo um forte controle sobre as instituições políticas de representação de interesses. A implementação de tais políticas resultou na constituição de uma sociedade fortemente estratificada e hierarquizada, com recursos produtivos concentrados e grandes desigualdades sociais e regionais. Esses fatores foram decisivos para o estancamento das políticas sociais e, conseqüentemente, para a redução das ações do sub-sistema da saúde pública (CARVALHEIRO et al., 1992; CORTES, 1995).

O sub-sistema da previdência social foi incrementado durante a década de setenta, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. Nesse período foram incorporados ao sistema previdenciário as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os trabalhadores autônomos. O INPS era o órgão responsável pelo complexo de cuidados médicos e financeiros, portador de uma abordagem médica curativista que se refletiu fortemente nas políticas públicas de saúde do governo federal (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). No final dos anos setenta, a amplitude da cobertura da seguridade social do INPS atingiu um percentual aproximado de 90% de atendimento à população brasileira (CORTES, 1995). Fator esse que redundou, segundo Paim (1989), no beneficiamento dos interesses do capital internacional, permitindo a expansão de um complexo médico industrial que foi responsável pela acumulação do capital de grandes empresas monopolistas.

Esse modelo da previdência social se caracterizou principalmente pela compra de serviços médicos em hospitais privados conveniados ao INPS, pois argumentava-se a falta de vagas para atender a demanda crescente de pacientes segurados pela rede pública. Em meados dos anos setenta, o INPS chegou a aplicar cerca de 90% dos seus recursos para a compra de serviços privados, privilegiando o produtor privado de serviços em detrimento dos serviços da rede pública. As contratações dos serviços privados e a falta de controle sobre as contas hospitalares geraram corrupções e aumento descontrolado dos gastos privados pagos com

recursos públicos. O privilegiamento do setor privado culminou em forte crise financeira do sistema previdenciário, tornando o modelo inviável de ser sustentado (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Diante da crise econômica do final dos anos setenta, o governo militar necessitava reduzir os custos com os serviços de saúde contratados no setor privado e conter a demanda por cuidados de saúde hospitalares e especializados. Como estratégia, o governo ofereceu mais cuidados básicos de saúde à população, visando também aumentar a sua legitimidade (PAIM, 1989).

Nessa direção começavam a ser desenvolvidos alguns projetos experimentais, a partir da segunda metade dos anos setenta. Esses projetos eram desenvolvidos por grupos técnicos ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva das agências oficiais do Estado, contando com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (CARVALHO, 1995). Um desses projetos foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976 com a finalidade de estender a cobertura de ações básicas de saúde à população desassistida pelo sistema previdenciário. Este Programa foi ampliado para todo o país em 1979, com o objetivo de criar um novo modelo assistencial no lugar do modelo curativo e hospitalocêntrico de então. O programa, no entanto, mantinha o caráter unidirecional autoritário da relação Estado-sociedade, sem interlocução com a sociedade. O unidirecionamento das políticas sociais foi severamente criticado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, a qual propôs a criação de alternativas que ampliassem os espaços de participação de técnicos não comprometidos com o modelo previdenciário (CARVALHO, 1995).

Em 1980, o governo construiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), visando a ampliação da cobertura de cuidados primários de saúde através da integração dos sub-setores saúde pública e previdência social. O programa acatava algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), como aumentar o controle do setor público sobre o sistema de saúde; promover a descentralização operacional e a participação comunitária; e integrar as atividades de promoção, recuperação e reabilitação de saúde (PAIM, 1989). No

entanto, esse programa não chegou a ser implementado devido ao seu caráter conflitivo com o modelo médico-curativista (CARVALHO, 1995).

O reconhecimento da crise do modelo pelo governo conduziu à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), em 1981. A criação desse órgão foi fundamental para a implementação das políticas que se seguiram no processo que institucionalizou a participação. O Conasp era um órgão do Ministério da Previdência Social, com representação mista Estado-sociedade, criado para organizar e aperfeiçoar os serviços prestados pela assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos para a previdência social e de financiamento para a assistência à saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). O Conasp foi o órgão responsável pela formulação do Plano de Reorientação da Assistência da Previdência Social, em 1982, que sugeriu um sistema de saúde hierarquizado, integrado e descentralizado.

Esse Conselho reconhecia os problemas oriundos da privatização da assistência médica previdenciária, a ociosidade e o desprestígio do setor público, por isso recomendava modificações no modelo médico-assistencial (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). As recomendações implicavam em mudanças graduais que introduzissem estrategicamente a participação de diversos segmentos sociais (CARVALHO, 1995).

Em 1984, o projeto formulado pelo Conasp, para integrar e descentralizar o sistema, implicou no desenvolvimento do programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). Como estratégia de reorganização institucional, as AIS pretendiam evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições signatárias com a finalidade de racionalizar a atuação do sistema público. A racionalização das Ações se daria através da unificação dos recursos e dos serviços de saúde. Segundo Carvalho (1995), a implementação dessas medidas e a estrutura funcional montada para planejar, gerir e acompanhar as AIS redefiniu totalmente o antigo modelo assistencial, representando um avanço no processo reformador e no princípio da participação em órgãos colegiados.

## **2.2 Reforma Sanitária: descentralização e reconfiguração institucional da**

## **política de saúde**

A reforma do sistema de saúde brasileiro iniciou efetivamente a partir da implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS foram implementadas através do convênio entre o Ministério da Previdência e Ação Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As AIS tinham por princípios a universalidade do sistema; a integração da atenção à saúde; a regionalização e hierarquização dos serviços; a descentralização das ações e do poder decisório; a democratização através da participação social, e o planejamento e o controle efetivo do setor público sobre o conjunto do sistema (CORTES, 1995).

As AIS deveriam ser acompanhadas por instâncias integradas e estruturadas hierarquicamente nos três níveis do governo para efetuarem ações de planejamento e gestão. De acordo com Costa, as AIS resultaram no “deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor para agências de governo, especialmente os hospitais universitários e secretarias municipais” (COSTA, 1998; p. 104).

Através das AIS foi criada a Programação e Orçamentação Integrada (POI), com o objetivo de estabelecer um planejamento descentralizado e integrado entre as esferas do governo. Segundo Mendes (1993), esse programa teria implicado

(...) numa valorização dos mecanismos de co-gestão, na atuação das respectivas secretarias técnicas, na introdução do financiamento às ações preventivas e na democratização do controle e avaliação através da participação social (MENDES, 1993 apud CARVALHO, 1995).

A partir da POI, as comissões interinstitucionais começaram a se constituir como instâncias colegiadas de discussão, visando o planejamento da saúde estadual e municipal. Através dessas comissões objetivava-se controlar os recursos financeiros repassados pelas AIS aos estados e municípios, através da fiscalização sobre gastos desses recursos. De acordo com Carvalho (1995), as comissões interinstitucionais mantiveram baixíssima capacidade decisória durante os primeiros anos. Embora tenham iniciado, segundo Teixeira (1989), um “processo político de

interpelação mútua”, que contribuiu para a constituição e o amadurecimento de novos sujeitos políticos no setor da saúde.

O Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), criado em 1987, visava o aperfeiçoamento e a consolidação das AIS. O programa concretizou o primeiro passo para a descentralização técnica do sistema ao estabelecer um suporte legal para a transferência de recursos financeiros, humanos e patrimoniais a estados e municípios. O SUDS possibilitou o comando unificado e descentralizado sobre a rede assistencial, pondo fim à divisão entre os sub-sistemas da saúde pública e da saúde previdenciária. O SUDS também estabeleceu a obrigatoriedade da inclusão de setores da sociedade nas comissões interinstitucionais, recomendando a criação de Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (CARVALHO, 1995).

Fortes resistências ao programa teriam redundado no fracasso e na implementação do SUDS. Entre os que se posicionavam contrários ao novo sistema, encontravam-se empresários do complexo médico-hospitalar e da medicina liberal, burocratas ligados ao INAMPS e parlamentares, especialmente deputados federais do Partido da Frente Liberal (PFL) (CORTES, 1995). Segundo Melo (1993), tais resistências decorriam da “desarticulação dos arranjos clientelistas consolidados na estrutura da máquina federal de saúde que a descentralização acarretava”, o que destituía os “mecanismos de patronagem” existentes através das transferências de recursos financeiros a estados e municípios (MELO, 1993; p. 134-5).

Com a definição da Constituição Brasileira, em 1988, o processo reformador no setor saúde foi consolidado. Pela primeira vez, a saúde passou a ser definida como resultado das condições de vida e como direito a ser assegurado pelo Estado através do acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido como um conjunto de ações e de serviços de saúde a ser prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a eles vinculadas. A organização e a gestão do sistema foram estabelecidas na Lei Federal 8.080/90 sob a orientação das diretrizes universalidade, integralidade, descentralização e participação (CARVALHEIRO, 1999).

O setor da saúde foi rearticulado com a criação do Ministério da Saúde, em 1993. O Ministério da Previdência Social (MPS) alegou uma crise previdenciária desencadeada pela distribuição de verbas entre os setores da seguridade social, argumentando que o desequilíbrio fiscal evidenciara distorções no sistema devido à natureza contributiva da previdência – financiada através da folha de salários – e ao caráter distributivo da saúde – que não contavam com contribuições próprias. O Ministério da Previdência Social passou, então, a defender a separação dos recursos para o financiamento de gastos em cada setor. A proposta resultou na separação institucional entre a Previdência e a Saúde.

No âmbito da reestruturação institucional da política setorial, as comissões institucionais foram transformadas em Conselhos de Saúde. Esses Conselhos foram definidos como instâncias colegiadas de representação, de caráter permanente e deliberativo, para exercerem a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância de governo correspondente (BRASIL, 1990). Os Conselhos de Saúde deveriam ser constituídos em estados e municípios como critério necessário para o recebimento de verbas federais. Com isso, pretendia-se efetuar o controle sobre os gastos do governo local e a aplicação dos recursos financeiros repassados pela União. A Lei 8.142/90 oficializou o caráter permanente dos Conselhos que, juntamente com as Conferências de Saúde, passaram a integrar o SUS. De acordo com essa Lei, Conselhos e Conferências de Saúde devem contar com a representação dos usuários do sistema, dos representantes dos governos, dos prestadores de serviço de saúde – públicos, privados e filantrópicos – e dos profissionais e trabalhadores em saúde. Aos usuários é reservado 50% da composição. Os demais segmentos de representação se dividem entre os outros 50% (BRASIL, 1990).

A gestão da saúde entre os níveis de governo foi definida na Norma Operacional Básica do SUS, de 1993 (NOB 01/93), documento que estabeleceu os procedimentos e os instrumentos operacionais para a descentralização (BRASIL, 1993). No âmbito federal, o trâmite das decisões ocorre entre o Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>6</sup> e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). A

---

<sup>6</sup> Composta por representantes do Ministério da Saúde, por secretários estaduais de saúde (Conass) e por secretários municipais de saúde (Conasems).

CIT representa o foro de negociação dos aspectos operacionais do SUS, e atua subordinada ao CNS. O CNS tem a atribuição de deliberar as estratégias e os critérios para a definição das políticas, e de controlar a execução dessas políticas (BRASIL, 1993).

No âmbito estadual, a implementação do SUS está ao encargo de três instâncias: Secretaria Estadual de Saúde (planejamento e execução das ações), Conselho Estadual de Saúde (deliberação e controle das ações) e Comissão Intergestores Bipartite (negociação dos aspectos operacionais do SUS). A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), é o foro integrado por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos municípios e dos secretários municipais de saúde. É a instância responsável pela negociação dos aspectos operacionais do SUS, constituída para agilizar a municipalização da saúde e o enquadramento dos municípios às três modalidades de gestão – incipiente, parcial e semi-plena.

### **2.3 Atores e interesses envolvidos no processo da reforma institucional da saúde**

Segundo Costa (1998), a reforma no setor da saúde, em meados da década de oitenta, foi intermediado por dois grandes grupos. Um grupo ligado aos interesses do complexo médico-industrial e outro relacionado com as propostas reformistas do movimento sanitário. O primeiro era constituído pelos empresários de medicina de grupo e proprietários de hospitais, representados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange) e pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH); por hospitais filantrópicos e beneficentes, através da Confederação das Misericórdias; e pela corporação médica, representada através da Associação Médica Brasileira (AMB). Os interesses da indústria farmacêutica, das empresas de equipamentos médico-hospitalares, odontológicos e de outros materiais estratégicos também se inseriam nesse grupo (COSTA, 1998).

Segundo Campos (1997), os interesses do setor privado-filantrópico estariam associados à extensão da medicina de mercado e à manutenção dos privilégios que o modelo previdenciário permitira, pois o modelo fora responsável pela maior parte

do atendimento hospitalar e ambulatorial. O modelo da previdência social se caracterizava pela compra de serviços de hospitais privados conveniados ao INPS, exigindo a aplicação de quantidades elevadas de recursos financeiros para a manutenção da assistência médico-curativa (CORTES, 1995). Para Campos (1997), os médicos do setor privado foram os responsáveis pela promoção da articulação em defesa do modelo privado e curativo.

Os médicos são (...) os mais ativos do ponto de vista da elaboração cultural e ideológica, funcionando como um intelectual coletivo, que municia os demais interessados com argumentos e propostas legitimadoras do modelo (CAMPOS, 1997; p. 70).

Embora boa parte dos hospitais e estabelecimentos privados de atendimento à saúde (cerca de 58%) mantivessem vínculos contratuais com o SUS, os hospitais teriam se organizado de acordo com moldes tipicamente liberais e relativa autonomia em relação à seleção da clientela. Nesse cenário, os médicos teriam privilegiado um modelo centrado no credenciamento de profissionais que atendessem em consultórios e em serviços hospitalares, em detrimento dos serviços ambulatoriais públicos e de prevenção. Eles teriam se constituído em um grupo de resistência às diretrizes organizacionais do SUS, sobretudo devido (a) à cultura clínica das instituições médicas, que se opunha à reformulação da prática médica quanto à incorporação das dimensões psicológicas, sociais e de saúde pública no cotidiano dos serviços; e (b) ao envolvimento de dois terços dos médicos, que prestavam serviços para o SUS, com a medicina de mercado – fator que teria favorecido a adoção de uma postura médica privatista (CAMPOS, 1997).

Gerschman (1995) observa, entretanto, que existe uma relação entre a inserção profissional dos médicos e o interesse defendido. Segundo a autora,

diferenciações ou gradações da representação de interesses da corporação médica estão relacionados à diversidade de inserções profissionais dos médicos no mercado de trabalho (GERSCHMAN, 1995; p. 110).

Os médicos autônomos, proprietários de clínicas e hospitais, ou mesmo assalariados de instituições privadas tenderiam a se identificar mais com os interesses do setor privado, enquanto que os médicos inseridos na tecno-burocracia

governamental se identificariam mais com os interesses das instituições e políticas públicas.

O outro grande grupo envolvido na reforma sanitária estava articulado em torno de “idéias-força” para promover a reforma do sistema de saúde (CARVALHO, 1997). Nesse grupo estava engajado uma elite técnica reformista inserida tanto em espaços burocráticos nos três níveis de governo, como em corporações profissionais e em órgãos de ensino e pesquisa. Entre as quais, encontravam-se o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). De acordo como Melo (1993), os médicos sanitaristas cumpriram o papel de responsáveis pela formulação das diretrizes programáticas e ideológicas do movimento, constituindo-se no quadro dirigente da reforma. Enquanto para Cortes (1995), sindicatos de profissionais e de trabalhadores de saúde, acadêmicos da Fundação Oswaldo Cruz e dos departamentos de medicina preventiva das universidades públicas teriam liderado o movimento. Eles teriam atuado articuladamente como uma *policy community* em defesa da reforma sanitária (CORTES, 1995).

No Rio Grande do Sul, segundo Di Blasi (2003) havia grupos de sanitaristas, de profissionais e de trabalhadores em saúde articulados em torno do Centro de Servidores da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (CESMA) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT/RS). Eles formavam uma *policy community* reformista, participando também das discussões nacionais através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). A categoria médica não teria participado desse grupo, especialmente devido à formação fortemente focada na assistência médica voltada para o mercado. Os médicos permaneceram articulados por meio da corporação, mas privilegiando a defesa dos interesses da identidade coletiva (DI BLASI, 2003).

O movimento pela reforma sanitária foi o responsável pela apresentação das principais propostas que modificaram o modelo de atenção à saúde. A discussão viabilizada por meio desse movimento culminou, em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ocasão na qual foram formuladas as propostas que fundamentaram a concepção e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na

Constituição de 1988. Posteriormente, em 1990, a Lei Federal 8.080 regulou o funcionamento do SUS (CARVALHEIRO, 1999).

Segundo Carvalho (1997), entre os reformistas do Movimento Sanitário, a idéia da participação que permeava a discussão em torno da constituição dos Conselhos de Saúde foi influenciada basicamente por duas abordagens: a marxista e a pluralista. A primeira teria fundamentado as lutas comunitárias por saúde durante os anos setenta, através da crítica ao modelo assistencial bio-médico de atuação centrada na doença. Durante a década de oitenta, com a expansão dos espaços democráticos e da demanda por acesso aos mecanismos de participação, teria crescido a visão gramsciana de Estado ampliado, na qual o Estado – ainda que fosse considerado instrumento da classe dominante – permitiria que “alguns interesses das classes dominadas fossem nele representados e por ele acolhidos” (CARVALHO, 1997). Um certo ceticismo em torno do papel dos Conselhos de Saúde é atribuído à influência marxista, pois tenderia a desvalorizar a efetividade desses Conselhos. Os que se aproximavam dessa linha de pensamento reconheciam a possibilidade do Estado não implementar as medidas redistributivas demandadas por setores populares. Nesse caso, o papel dos Conselhos se circunscreveria a uma prática fiscalizatória, condição que favoreceria mais o controle de processos do que resultados decisórios participativos (CARVALHO, 1997).

A abordagem pluralista teria vigorado juntamente com a redemocratização, com a revalorização das eleições e o reconhecimento da diversidade de atores sociais e dos grupos de interesse. A idéia da inclusão de representantes da sociedade em arenas institucionalizadas de participação teria promovido a legitimação da diversidade de interesses e de projetos políticos. A influência dessa abordagem, segundo Carvalho (1997), tendeu a superestimar o papel dos Conselhos como arenas decisórias, pois pressupunha um Estado neutro que permitiria que entidades civis pudessem controlá-lo. Merhy (1992), ao se referir a grupos de reformistas que defendiam uma reformulação total do setor da saúde, afirma que uma visão que pressupunha a democratização gerencial e a penetrabilidade do Estado pela sociedade civil. Advogava-se a criação de um novo padrão de implementação de políticas sociais, no qual se modificaria a relação Estado/classes e permitiria o controle da sociedade organizada sobre o Estado.

Esse enfoque continuou sendo defendido no Rio Grande do Sul por uma *policy community* reformista. Segundo Di Blasi (2003), após a criação e implementação do SUS, profissionais e trabalhadores em saúde e usuários defendiam a necessidade do fortalecimento do SUS, do Estado democrático e da ampliação do controle dos cidadãos sobre as ações governamentais. A focalização dos interesses, nessa fase, passou para a operacionalização e a aplicação dos princípios do SUS.

Além dos dois grandes grupos – o complexo médico-industrial e o Movimento pela Reforma Sanitária – as secretarias estaduais e municipais de saúde demandavam maior participação na partilha dos recursos financeiros e decisórios nas respectivas instâncias de governo. De acordo com Costa (1998), a maciça adesão dos municípios às Ações Integradas de Saúde – estratégia de descentralização institucional – teria servido, com baixos custos, para o fortalecimento das secretarias de saúde e para a ampliação das bases eleitorais dos seus governos.

Esses novos grupos, originários do sistema político, foram um dos principais beneficiários dos incentivos institucionais alargados pelas inovações setoriais. Entraram na arena numa condição de *free-riders* otimizando benefícios, especialmente porque o ônus contábil e institucional da ampliação do direito à saúde permaneceu, até o início dos anos 90, por conta do fundo previdenciário (COSTA, 1998; p. 104).

A partir da descentralização, municípios e estados usufruíram de maior autonomia decisória no planejamento e na aplicação dos recursos financeiros. A descentralização também intensificou os conflitos entre os níveis de governo, em função da disputa por poder decisório sobre os recursos financeiros provenientes da União.

Segundo Arretche (1996), o projeto da descentralização teria provocado uma perspectiva ilusória de que a estratégia significava maior eficiência nas políticas públicas. O debate que antecederia as reformas setoriais era permeado por uma visão negativa em relação às formas centralizadas de gestão. Motivo pelo qual foram desenvolvidos inúmeros projetos descentralizantes, com o pressuposto de que a estratégia era a mais democrática e eficiente para a elaboração e implementação de

políticas sociais. Essa concepção teria acentuado a idéia de uma descentralização que favoreceria as esferas estaduais e municipais. Em contrapartida, esperava-se que o governo federal diminuísse a provisão dos serviços. Para essa autora, a disputa por maior autonomia e poder entre os níveis estaduais e municipais de governo teria sido o principal fator de desencadeamento dos processos de descentralização.

A área da saúde teria sido a única a implementar uma política de descentralização deliberada e radical, resultando na “realocação de capacidade decisória, de recursos e funções nos municípios” (ALMEIDA, 1995; p. 95). Entretanto, o modelo de descentralização que principiara a implementação do SUS teria suposto um estado unitário, cujo controle político estaria no âmbito federal de governo. Esse modo de conceber a descentralização teria negligenciado a lógica da autonomia dos governos estaduais no sistema federativo brasileiro. Segundo a autora, a estratégia que desencadeou a descentralização não previu que o governo federal pudesse perder a orientação do processo para os estados.

De acordo com Guimarães (2000), as negociações para implementar a descentralização da saúde foram orientadas por um cálculo no qual os benefícios para cada esfera de governo seriam bem maiores que os custos e os encargos. Esse entendimento teria redundado num processo de natureza pouco cooperativa entre as unidades da Federação. Nesse contexto, o controle dos governos estaduais sobre as transferências para os municípios teria possibilitado aos estados

dificultar ou facilitar trâmites burocráticos sob sua coordenação naquelas situações em que estavam em jogo interesses do grupo político à frente do executivo estadual (GUIMARÃES, 2000; p. 275).

A descentralização favoreceu uma disputa de poder entre estados e municípios, que se desenvolveu na dependência do grau de poder e de recursos que dispunham cada um destes na Federação brasileira (GUIMARÃES, 2000). Criaram-se, assim, as condições de “barganha” pela responsabilidade da gestão das políticas, devido aos altos custos implicados e dos baixos níveis de proteção efetiva. Arretche (2000) afirma que “nas situações em que os custos políticos e/ou financeiros da gestão de uma dada política forem avaliados como muito elevados, a

barganha federativa consiste em atribuí-los ou imputá-los a um outro nível de governo” (ARRETCHE, 2000; p. 47).

O governo federal instituiu regras de operação do processo que conferiram autoridade aos governos estaduais na implementação de programas. Na ausência dessas regras, conforme Arretche, os governos estaduais podiam influenciar decisivamente a descentralização. Essas regras conferiram aos estados um poder estratégico para definir os rumos da municipalização da saúde na medida em que esses instituíam políticas, programas e mecanismos que minimizassem ou não os custos fiscais e administrativos da descentralização. A posição privilegiada dos governos estaduais ocorreria em razão de que muitos municípios brasileiros de pequeno porte dependem, historicamente, da capacitação institucional dos governos estaduais e federal.

Arreche (2000) afirma que no estado do Rio Grande do Sul o governo estadual teria desempenhado papel ativo no processo de descentralização quando, a partir de 1987, foi dado início à assinatura de Termos de Adesão ao SUDS. Entretanto, o governo desse período teria desenvolvido ações que resultaram mais na estadualização que na municipalização. Entre os anos 1990 e 1992, os repasses financeiros à rede conveniada foram novamente centralizados no Ministério da Saúde, provocando um interrupção do processo. Em 1992, já no âmbito do SUS, o processo de municipalização reiniciou, mais ainda mantendo baixas taxas de adesão dos municípios ao programa. Para a autora, a ação dos governos das gestões 1987-1990 e 1991-1994 justificou as baixas taxas de municipalização da saúde, uma vez que esses governantes adotaram políticas orientadas para o fortalecimento do poder da instância estadual de governo ao promoverem a centralização dos recursos e dos mecanismos de gestão do sistema de saúde.

Segundo Arretche (2000), a ação dos executivos estaduais acelerou ou reduziu o ritmo de adesão dos municípios ao SUS. Isso foi possível porque as regras de operação do programa conferiram autoridade às instâncias estaduais e, também, porque o sistema hierarquizado da política de saúde supõe que os governos estaduais cumpram uma série de funções.

## 2.4 Considerações finais

No período em que ocorreu o acirramento das crises econômica e fiscal, no âmbito nacional e internacional, e a derrocada do modelo burocrático-autoritário do Estado brasileiro, principiaram as mudanças que redundaram na transformação do Estado brasileiro e, mais especificamente, do sistema de saúde. A emergência de movimentos sociais e de organizações políticas e de defesa de direitos, atuantes na defesa da redemocratização nos anos oitenta, contribuiu para a formação do contexto político e social propício às reformas institucionais.

Na área da saúde foi criado um sistema integrado entre os três níveis de governo. A participação, através de conferências e Conselhos de Saúde, foi incluída no arranjo institucional montado para gerir o SUS. A descentralização decisória fortaleceu as secretarias estaduais e municipais de saúde. Elas constituíram-se nos atores estratégicos da rearticulação institucional, sendo as responsáveis pela implementação e operacionalização do SUS por meio das comissões intergestores.

A criação dos Conselhos e Conferências de Saúde foi acompanhada por projetos políticos distintos. Por um lado, reconhecia-se a necessidade de estabelecer novos modos de administrar o Estado para tornar eficaz a prestação dos serviços e racionalizar os gastos públicos. Propunha-se a criação de mecanismos de intermediação de interesses para exercerem o controle sobre as verbas disponíveis para as implementações políticas e, assim, garantir a governabilidade (BRESSER PEREIRA, 1998). Por outro, defendia-se um novo padrão de implementação de políticas sociais através da democratização do Estado e da sua penetrabilidade. Esse projeto visava o exercício do controle da sociedade organizada sobre as ações dos governos executivos (MERHY, 1992). Nesse debate, uma *policy community* reformista se constituiu como ator social efetivo na elaboração e na defesa do projeto que culminou na reformulação total do sistema de saúde e na criação dos Conselhos de Saúde.

A relação entre os atores diversos em Conselhos de Saúde será abordada no próximo capítulo. Nele são analisados os conflitos e as articulações entre os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde do RS (CES/RS). Discutiremos que,

em torno do controle sobre a aplicação dos recursos financeiros, ocorreram disputas entre atores governamentais e sociais, as quais evidenciaram confrontos de interesses e posicionamentos diferenciados acerca do papel para o desempenho do Conselho.

### 3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/RS: ATORES, CONFLITOS E ARTICULAÇÕES EM TORNO DA GESTÃO DO SUS

Este capítulo trata da relação entre os atores que participaram no Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). O estudo focaliza os conflitos oriundos da formulação da pauta de discussões e as articulações em torno de questões amplamente disputadas, durante o período de 1999 a 2002. O objetivo foi o de apontar os fatores formais do funcionamento do CES/RS que influenciaram a tomada de decisão e as posições defendidas que orientaram a atuação dos atores governamentais e sociais.

As informações contidas neste capítulo provêm de Atas das Reuniões Plenárias, de entrevistas realizadas com os conselheiros, da Lei de criação, das Resoluções e do Regimento Interno do CES/RS. No quadro abaixo estão listados os representantes entrevistados. Os representantes 1, 3, 5, 7 e 9 fizeram parte da Mesa Diretora durante o período 1999-2002. Os representantes 2, 4, 6, 8 e 10 atuaram, no mesmo período, no Plenário. Porém, a partir de 2002, os representantes 4 e 6 passaram a integrar a Mesa Diretora, e o representante 10, a partir de 2003. Os representantes 5 e 8 integraram também a Comissão de Fiscalização.

**Quadro 1. Relação de entrevistas efetuadas com conselheiros do CES/RS**

Nº	Sexo	Nível Ensino	Segmento	Atuou na(o)	Entidade que representa
1	M	Superior	Profissionais	Mesa Diretora	Sindicato dos Psicólogos
2	F	Superior	Profissionais	Plenário	Sindicato dos Enfermeiros
3	M	Superior	Prestadores	Mesa Diretora	Federação das Misericórdias do RS
4	M	Médio	Usuários	Mesa Diretora	Conselho Regional Saúde (6ª Região)
5	F	Superior	Usuários	Mesa Diretora	Conferência Nacional Bispos do Brasil
6	M	Médio	Usuários	Mesa Diretora	Conselho Regional Saúde (11ª Região)
7	M	Superior	Usuários	Mesa Diretora	Grupo Apoio Prevenção AIDS (GAPA)
8	M	Médio	Usuários	Comissão de Fiscalização	Federação Riogrand.Assoc.Comunitárias e de Moradores de Bairro (FRACAB)
9	M	Superior	Governo	Mesa Diretora	Secretaria Estadual de Saúde (SES)
10	F	Superior	Governo	Mesa Diretora	Federação Assoc. Municípios Estado RS (FAMURS)

#### 3.1 Criação do CES/RS e contextualização do período estudado

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) foi criado legalmente, como órgão colegiado e deliberativo do governo do estado, em 1994, logo após o estabelecimento do convênio de estadualização da saúde entre os governos federal e estadual. A formalização se deu a partir da reorganização da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), que já existia desde 1987, com a atribuição de deliberar sobre a política estadual de saúde. Dentre as suas funções encontram-se as de (a) estabelecer normas ou critérios para a contratação de serviços, formulação de convênios e repasse de verbas, (b) formular estratégias para a elaboração de políticas, e (c) acompanhar, avaliar e fiscalizar a política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (RIO GRANDE DO SUL, 1994).<sup>7</sup>

A formalização do CES/RS se deu no último ano do governo Alceu Collares (PDT), em 1994. O Conselho continuou ativo durante os governos Antônio Britto (PMDB), 1994-1998, Olívio Dutra (PT), 1999-2002 e, atualmente, na gestão do governador Germano Rigotto (PMDB), eleito para o período 2003-2006.

Nos primeiros anos de existência o CES/RS contou com pequeno envolvimento do gestor estadual da saúde no seu funcionamento. A prestação de contas raramente era apresentada no período designado para verificação. Além disso, não existia um local fixo para a realização das reuniões plenárias (ENTREVISTA 5, Usuários/CNBB, 2003). O Relatório Trimestral foi apresentado pela primeira vez no período designado para tal somente no primeiro ano de gestão da Secretária Maria Luiza Jaeger, em 1999 (Ata da 6ª Reunião Plenária do CES/RS, 1999). Ano que também marcou a definição de um novo espaço físico para a instalação da secretaria executiva do CES/RS e realização das reuniões plenárias.

Para a representante do CNBB, a partir desse período houve ampliação de trabalhos realizados pelo CES/RS (ENTREVISTA 5, Usuários/CNBB, 2003). Ao longo dos quatro anos de gestão desse governo, o CES/RS tornou-se protagonista de um conjunto de ações que visaram o fortalecimento da participação no SUS. Essa atuação foi propiciada, principalmente, porque o fortalecimento da participação consistia um dos eixos programáticos da gestão da Secretaria de

---

<sup>7</sup> Em Anexo – Lei estadual 10.097/94. Cria o Conselho Estadual de Saúde do RS (CES/RS).

Saúde. Segundo os gestores, isso se daria a partir da valorização do fórum como órgão deliberativo, através do fornecimento de informações e apresentações do Plano de Aplicação e das prestações de contas, além do incremento da regionalização do CES/RS e da capacitação dos conselheiros (FERLA et al., 2002).

O início desta gestão foi acompanhada por uma expectativa muito positiva por parte dos representantes dos Trabalhadores e dos Usuários. Segundo o representante do Sindicato dos Psicólogos, ex-presidente do CES/RS, eles consideravam a nova gestão fortemente favorável aos propósitos da participação e do engajamento dos setores populares e sindicais aos canais da decisão (ENTREVISTA 1, Profissionais/Sindicato dos Psicólogos, 2003).

### **3.2 Caracterização do CES/RS: organização e funcionamento**

A organização do CES/RS é formalizada pelo Regimento Interno (CES/RS, 1994). Fazem parte da sua estrutura o **Plenário**, a **Mesa Diretora**, a **Secretaria Executiva**, a **Assessoria Técnica**, a **Comissão de Fiscalização** e as **Comissões Temáticas e Especiais**. A sede está localizada no Centro Administrativo do Estado do RS, em uma estrutura que comporta um conjunto de espaços. Há um espaço de aproximadamente 200m<sup>2</sup>, utilizada exclusivamente para a realização das reuniões plenárias; um espaço maior, subdividido em outros cinco, para a acomodação da secretaria executiva, da mesa diretora e presidência, da assessoria técnica e das comissões.

O **Plenário** é a instância máxima de deliberação. É composto por 52 conselheiros titulares, totalizando 43 órgãos e entidades (Tabela 1). Os representantes dos usuários possuem 26 assentos, sendo os outros 26 distribuídos entre os representantes dos governos federal, estadual e municipais (onze), dos prestadores de serviços de saúde conveniados ao SUS (cinco) e dos trabalhadores e profissionais de saúde (dez). Os conselheiros devem ser indicados pelas entidades que compõem o CES/RS e nomeados pelo governador do estado para um mandato de dois anos.

Os representantes dos usuários foram designados, na lei de criação, como sociedade civil organizada. Nesse grupo estão incluídos entidades e organizações de diferentes áreas de atuação, como federações patronais da indústria e do comércio, sindicatos e centrais de trabalhadores, associações de moradores de bairro, organização de consumidores, portadores de doenças e de deficiências e entidades ambientais.

As reuniões ordinárias do Plenário são quinzenais e têm a duração de uma tarde – das 14 às 18 horas. No mesmo dia, pela manhã, reúnem-se as comissões temáticas. As reuniões plenárias ordinárias seguem sempre o mesmo roteiro básico, formalizado no Regimento Interno, que as organiza da seguinte forma:

0. Abertura e verificação do número de conselheiros presentes com direito à voto;
0. Leitura e aprovação da Ata da reunião anterior;
0. Leitura do expediente, comunicações, requerimentos, moções, indicações e proposições;
0. Distribuição de processos e/ou expedientes, entre os conselheiros, para elaboração de pareceres;
0. Discussão e deliberação da matéria em pauta;
0. Indicação de pauta para a reunião subsequente;
0. Assuntos gerais.

**Tabela 1. Composição do Conselho Estadual de Saúde/RS**

<b>Governos Federal, Estadual e Municipais</b>	
Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente	3
Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	1
Federação das Associações dos Municípios do Estado do RS (FAMURS)	1
Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA)	1
Secretaria de Educação	1
Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN)	1
Secretaria de Planejamento e Administração	1
Secretaria da Justiça, do Trabalho e Cidadania	1
<b>Sub-Total</b>	<b>11</b>
<b>Prestadores de Serviços de Saúde</b>	
Federação das Misericórdias do RS	1
Associação dos Hospitais do RS	1
Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviço de Saúde Ambulatoriais	1
Sindicato dos Laboratórios	1
Associação Riograndense Empreend. Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER)	1
<b>Sub-Total</b>	<b>5</b>
<b>Profissionais e Trabalhadores em Saúde</b>	
Representação dos Médicos	1
Representação dos Odontólogos	1
Representação dos Enfermeiros	1
Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no RS (FEESSERS)	1
Representação dos Assistentes Sociais	1
Representação dos Nutricionistas	1
Representação dos Psicólogos	1
Representação dos Farmacêuticos-Bioquímicos	1
Representação dos Veterinários	1
Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais	1
<b>Sb-total</b>	<b>10</b>
<b>Representantes dos Usuários</b>	
Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros (FRACAB)	2
Federação dos Trabalhadores na Agricultura do RS (FETAG/RS)	2
Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio Grande do Sul (CUT/RS)	2
Central Geral dos Trabalhadores (CGT)	2
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	1
Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do RS (FETAPERGS)	1
Representação dos Portadores de Doenças	2
Federação das Indústrias do RS (FIERGS)	1
Federação das Associações Comerciais do Estado do RS (FEDERASUL)	1
Federação da Agricultura do RS (FARSUL)	1
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural (AGAPAN)	1
Ação Democrática Feminina Gaúcha (ADFG) – Amigos da Terra	1
Conselhos Regionais de Saúde (CRS)	5
Representação das pessoas portadoras de deficiências	1
Representação das entidades de defesa do consumidor	1
Fórum Gaúcho de Saúde Mental	1
Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do RS (SINDISEPE)	1
<b>Sub-Total</b>	<b>26</b>
<b>Total de conselheiros titulares</b>	<b>52</b>

Fonte: Lei Estadual 10.097/94

A mesa diretora exerce função de destaque no CES/RS, porque possui a competência de organizar a pauta de discussões a ser apresentada ao Plenário. Também lhe é atribuída a função de garantir o cumprimento das normas estabelecidas no Regimento Interno e das deliberações plenárias. A mesa diretora é composta por seis conselheiros: três representantes dos usuários; um do governo estadual, um dos prestadores de serviços e um dos profissionais de saúde. Eles são eleitos pelo Plenário para exercer a coordenação por dois anos. O pleito é realizado pelo sistema de proporcionalidade direta e de voto aberto, sendo organizado por uma comissão constituída exclusivamente para esse fim.

Desde a criação do CES/RS, a mesa diretora esteve sob a coordenação dos usuários por cinco mandatos (Quadro 3). Quatro mandatos através dos representantes do Sindicato dos Servidores Públicos do Estado (Sindisepe), e um através do representante do Conselho Regional de Saúde de Erechim (11ª Região). As outras duas coordenações estiveram ao encargo dos representantes da Secretaria Estadual de Educação e do Sindicato dos Psicólogos. Apesar de sempre compor a mesa, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) nunca exerceu a coordenação dos trabalhos.

**Quadro 2. Presidentes da Mesa Diretora no CES/RS. Período 1994 a 2006**

<b>Período</b>	<b>Presidente</b>	<b>Segmento</b>	<b>Entidade de representação</b>
1994-1996	Adalgiza B. Araújo	Usuários	Sind. Servidores Públicos Estado RS
1996-1997	Sérgio Paulo Cunha	Governo	Secretaria Estadual da Educação
1997-1998	Lúcio Barcelos	Usuários	Sind. Servidores Públicos Estado RS
1998-2000	Adalgiza B. Araújo	Usuários	Sind. Servidores Públicos Estado RS
2000-2002	Adalgiza B. Araújo	Usuários	Sind. Servidores Públicos Estado RS
2002-2004	Luís Bolzan	Profissionais	Sindicato dos Psicólogos
2004-2006	S. Cachanoski	Usuários	Conselho Regional Saúde 11ª Região

Fonte: CES/RS, Secretaria Executiva.

A secretaria executiva é a responsável pelas atividades técnicas e administrativas, tendo por atribuição prestar apoio junto à coordenação, ao plenário e às comissões. Atualmente, a secretaria executiva conta com uma funcionária

pública estadual e três estagiários na execução das atividades. Até 1998, a secretaria executiva operava em uma pequena sala no Centro Administrativo do Estado, distante dos locais onde eram realizadas as reuniões plenárias. A mudança ocorreu em 1999, quando houve a transferência da secretaria executiva para o complexo atual. Até então, as reuniões plenárias eram realizadas em diferentes locais, tais como auditórios do Centro Administrativo do Estado do RS, do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Educação. Em 1999, o CES/RS passou a dispor de sala permanente para realização das reuniões plenárias (ENTREVISTA 5, Usuários/CNBB, 2003).

A assessoria técnica, de caráter permanente, possui a tarefa de desenvolver os estudos necessários para a tomada de decisão. A sua atuação se dá principalmente por intermédio das comissões temáticas e especiais, quando o Plenário solicita informações e pareceres sobre determinada questão. O trabalho da assessoria técnica é desenvolvido por três funcionários estaduais, colocados à disposição do CES/RS. O Conselho também pode realizar consultas a técnicos provenientes de outras instituições que integram o SUS, dependendo da necessidade de cada caso.

A Comissão de Fiscalização, de caráter permanente, tem por objetivo o acompanhamento dos serviços prestados pelo SUS. As fiscalizações normalmente ocorrem em serviços ou estabelecimentos denunciados por irregularidade em seu funcionamento. Em 2003, essa comissão foi composta por quatro conselheiros (Quadro 3), todos representantes de usuários vinculados aos movimentos sindical e popular. As Comissões Temáticas e Especiais são constituídas para analisar problemáticas e sugerir ações e estratégias que sirvam de subsídios para a decisão no Plenário. Essas comissões têm caráter temporário, podendo permanecer em atividade por um breve ou longo período, em função da relevância do tema no planejamento de ação estratégica continuada, ou enquanto houver necessidade de aprofundar a discussão de uma determinada questão até a tomada da decisão. A comissão organizada para discutir a criação dos conselhos gestores, por exemplo, permaneceu em atividade enquanto foi necessária para a definição da proposta. Após a deliberação do tema, a comissão foi extinta.

As comissões de fiscalização, temáticas e especiais<sup>8</sup> podem regulamentar o seu funcionamento através de regimentos próprios, nos quais a paridade de representações por segmento nas composições é recomendada (50% de usuários; outros 50%, demais segmentos). Na prática essa paridade dificilmente ocorre, sendo na maior parte comissões que funcionam exclusivamente com a participação de representantes dos usuários. Conforme o Quadro 3, entre os participantes que fizeram parte da composição das comissões de fiscalização e de acompanhamento ao processo orçamentário, apenas um não representava os usuários.

### Quadro 3. Composição de Comissões

<b>Comissão Permanente de Fiscalização</b>	<b>Segmento</b>
Sindicato dos Servidores Públicos do Estado RS (SINDSEPE)	Usuários
Federação Riograndense Assoc. Comunitárias e Moradores Bairro (FRACAB)	Usuários
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	Usuários
Conselho Regional de Saúde (11ª Região)	Usuários
<b>Comissão de Acompanhamento ao Processo Orçamentário</b>	<b>Segmento</b>
Central Geral dos Trabalhadores (CGT)	Usuários
Sindicato dos Servidores Públicos do Estado RS (SINDSEPE)	Usuários
Federação Empregados em Estabelecimentos Serviços Saúde RS (FEESSERS)	Trabalhadores
Conselho Regional de Saúde (11ª Região)	Usuários

Fonte: site <http://www.saude.rs.gov.br/CES/RS>, 2003

Os Conselhos Regionais de Saúde também fazem parte da estrutura do CES/RS. Estes conselhos foram criados como instâncias descentralizadas e subordinadas ao CES/RS, para acompanhamento das questões relativas à gestão regional do SUS, junto às 19 Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. A criação desses Conselhos havia sido estabelecida em 1994, na lei de criação do CES/RS. Porém, até 1998, existiam apenas sete deles estruturados (RABELO, 1998). Entre 1999 e 2002, outros onze Conselhos foram

<sup>8</sup> No ano de 2003 estavam constituídas e formalizadas as seguintes comissões: (1) Comissão Permanente de Fiscalização, (2) Comissão de Acompanhamento ao Processo Orçamentário, (3) Comissão de Saúde do Trabalhador, (4) Comissão dos Conselhos Regionais de Saúde, (5) Comissão de Saúde Mental, (6) Comissão DST/AIDS, (7) Comissão Saúde da Mulher e (8) Comissão de Assistência Complementar à Saúde. Em 2004 foi formalizada a Comissão de Assistência Farmacêutica em substituição à Comissão de Assistência Complementar à Saúde.

constituídos. Em 2003, com a constituição do último, todas as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde passaram a ter Conselhos Regionais.

Para o representante do Sindicato dos Psicólogos, ex-presidente da Mesa Diretora do CES/RS (ENTREVISTA 1, Profissionais/Sindicato dos Psicólogos, 2003), a existência dos Conselhos Regionais é um dos aspectos que diferencia, para melhor, o funcionamento do Conselho Estadual gaúcho em relação aos demais do país. Os Conselhos Regionais teriam sido criados de modo pioneiro no Rio Grande do Sul, com o objetivo de facilitar a articulação entre os Conselhos Municipais de Saúde, e destes com o Conselho Estadual.

Ele ainda destaca como peculiaridade do CES/RS a linha política adotada pelo Plenário de não eleger como presidente do Conselho representantes da Secretaria Estadual de Saúde. Para ele, um gestor não poderia fiscalizar sua própria ação. Conforme o Regimento Interno do Conselho (CES/RS, 1994, art. 13), a Mesa Diretora e, portanto, a presidência do Conselho, é eleita pelo Plenário para um mandato de dois anos. Articulações entre representantes de usuários e de trabalhadores de saúde, contudo, impediram que a Secretaria presidisse o Conselho desde sua criação (Quadro 2). Integrantes do Conselho têm procurado tornar a prática em regra não apenas no CES/RS, mas também nos demais Conselhos Estaduais do país, no Conselho Nacional e nos Conselhos Municipais. Exemplo disso foi a proposta aprovada na 3ª Conferência Estadual de Saúde, em 2000, quando se estabeleceu “que os gestores de saúde em todas as instâncias (municipal, estadual e nacional) e também os cargos em comissão não devem assumir a presidência dos Conselhos”.<sup>9</sup>

Uma luta nossa é que o Secretário da Saúde não seja presidente do Conselho. O único estado que tem defendido isso nas últimas conferências nacionais de saúde é o Rio Grande do Sul. E o único Conselho Estadual de Saúde do país onde o presidente não é do governo. Eu acho que tem um equívoco terrível quem pensa que isso possa acontecer: o Secretário ser presidente daquela entidade que vai fiscalizá-lo (ENTREVISTA 1, Profissional/Sindicato dos Psicólogos, 2003).

---

<sup>9</sup> Resolução nº 135. Relatório Final da 3ª Conferência Estadual de Saúde. Porto Alegre, outubro de 2000, p. 32.

A esse respeito, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) se posicionou contrária à recomendação. Segundo o representante da SES, a medida aprovada pressupunha uma acentuada valorização do exercício de presidir. Ele argumentava que o Conselho tinha caráter colegiado e que o poder no fórum deveria ser exercido através de uma coordenação que representasse de forma equânime os segmentos sociais integrantes do fórum. (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003)

A posição da Secretaria sempre foi essa, de que não é possível atribuir a esse lugar [presidência do Conselho] tamanho valor simbólico. Fazer com que isso aconteça numa estrutura onde prevalece a idéia de um funcionamento colegiado é um contra-senso. Se o poder está colocado na figura do seu presidente, então ele está deslocado do conjunto dos seus atores para se concentrar na figura do presidente. (...) Então, era isso que nós defendíamos: um funcionamento mais horizontalizado entre os atores que estão atuando no Conselho (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003).

### **3.3 Relações entre os atores: pauta e articulações**

Nesta seção discutiremos a relação entre os atores no Conselho Estadual. Primeiramente, identificando os atores com maior influência na formação da pauta: o gestor estadual e os Conselhos Regionais de Saúde. Em seguida, são examinados exemplos de pontos de pauta que provocaram conflitos e articulações entre os conselheiros.

#### **3.3.1 Atores que pautam a discussão**

As principais disputas de poder entre conselheiros ocorreram em torno da formação da pauta: do tempo dedicado às discussões e quanto o Conselho poderia influir sobre projetos do gestor estadual. Esses conflitos configuravam-se em relação à forte influência da Secretaria Estadual de Saúde (SES) sobre a formação da pauta de discussões. Isso ocorria, em grande parte, devido ao controle que legalmente o gestor estadual tem sobre os mecanismos de formulação e implementação da

gestão do SUS no estado, o que lhe conferia acentuado poder na relação com outros participantes do CES/RS.

A formulação da pauta de discussões é uma prerrogativa da mesa diretora do CES/RS, que é composta por seis conselheiros que representam os quatro segmentos do Conselho (governo, prestadores, profissionais e usuários). Na prática, para a elaboração de cada pauta, a mesa diretora recebia solicitações de inclusão de assuntos da SES e de conselheiros. Mas a principal formadora da pauta, segundo o representante da Federação das Misericórdias, era a SES. Para ele, isso ocorria porque o gestor tem a obrigação legal de expor programas e relatórios ao CES/RS, e também porque os demais conselheiros desejavam acompanhar a ação do gestor.

As nossas discussões estão pautadas pelo poder público, porque ele tem que cumprir legislações e também porque nos interessa muito. De onde sai todo o recurso para atendimento do Sistema Único de Saúde? Dali. Então somos pautados (ENTREVISTA 3, Prestador/Federação das Misericórdias, 2003).

Um dos motivos de conflito relacionava-se aos prazos exíguos para a discussão e votação dos assuntos. A falta de tempo para discussões levava, por vezes, a aprovação da matéria em sua totalidade, limitando a possibilidade de realizar modificações ou incluir novos aspectos. Segundo o representante do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), os conselheiros manifestavam contrariedade quando tinham que abreviar debates de programas e projetos, porque o prazo estabelecido para a sua aprovação não o permitia. Um exemplo, citado por esse conselheiro, foi a discussão em torno do Plano Plurianual elaborado pela SES.

O Plano Plurianual é de interesse do governo e dos usuários. Os usuários têm muito mais interesse em pautar o PPA para poder alterar alguma coisa. É obrigatório por lei que seja aprovado no Conselho, mas quando chega no Conselho para ser aprovado, normalmente tem que ser para amanhã. O Conselho pede para que o PPA chegue um mês antes, mas daí o que acontece? Eles não querem apresentar antes porque vai dar mais tempo de discussão (ENTREVISTA 7, Usuários/GAPA, 2003).

Segundo o representante do GAPA, os conselheiros que não representavam o gestor estadual no CES/RS queriam ter maior poder de decisão sobre Planos

Projetos apresentados. Esses conselheiros queriam opinar sobre o PPA e não apenas aprovar. Por outro lado, a SES restringia o tempo de discussão em função do cumprimento de prazos. Segundo o entrevistado, a apresentação do PPA para ser aprovado integralmente era uma prática também entre os gestores estaduais anteriores.

(...) isso independe de governo, de apresentar o orçamento pronto. E a Secretaria quer levar o PPA pronto para ser aprovado. Mas nós queremos alterar aquilo, porque achamos que isso é mais importante. A gente tem como alterar, mas se tivesse vindo antes de estar pronto e a gente pudesse propor na elaboração desse Plano do Orçamento, a coisa ficaria mais fácil para o Conselho. Só que o governo não quer isso (ENTREVISTA 7, Usuários/GAPA, 2003).

Para o gestor estadual não seria possível estender mais as discussões no Conselho. Segundo o representante da SES (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003), a Secretaria abreviava as discussões e solicitava decisões do Conselho porque precisava desenvolver suas políticas e cumprir os prazos legais referentes ao envio de propostas orçamentárias à Assembléia Legislativa.

O Conselho avaliava que precisa de mais tempo para discutir. O Governo pressionava. Por quê? Porque não é possível ter mais tempo, porque tem um cronograma de preparação do orçamento. Definir que nós atrasaremos em um mês o envio da proposta orçamentária para a Assembléia Legislativa não é uma decisão que possa ser tomada pelo Governo, porque constitucionalmente tem um cronograma fixado que o Governo cumpre. Tem um momento em que a discussão precisa ser precipitada (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003).

Esse representante da SES reconhecia que a complexidade dos temas em pauta requereria mais tempo de debates. Além disso, para ele havia ainda a inexperiência da maior parte dos conselheiros. Isso porque, segundo ele, o Conselho teria iniciado a prática de análise de planos de aplicação e de prestações de contas somente em 1999, quando se iniciou o governo que ele integrava. A novidade redundava na necessidade de apresentar detalhamentos e criar rotinas de como realizar a análise no Conselho, principalmente nos primeiros anos.

A primeira vez que o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul discutiu o projeto de orçamento da Secretaria, antes dele ir para

Assembléia Legislativa, foi no ano de 99. Então, um pedaço dessa fala que os conselheiros dizem é falta da experiência, que não existia mesmo: “Como assim rubrica de custeio?” “Como assim rubrica de capital?” “Como assim investimento é a despesa de capital e não é a despesa de custeio?” (...) É uma discussão complexíssima. Em boa parte a gente acaba não entendendo muito. (...) Não dá para passar o ano inteiro discutindo lei orçamentária. Na realidade, a gente acaba tendo que pautar em alguns momentos (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003).

O pouco de tempo de discussão dos assuntos devia-se também ao excesso de assuntos pautados. Na formulação da pauta, além dos temas agendados pela SES, havia os temas propostos pelos conselheiros. O número excessivo de matérias, que deveria ser discutido e aprovado, repercutia em dificuldades para o Plenário do Conselho retomar os temas que ainda não haviam sido analisados integralmente.

Um dos problemas que o Conselho tem é de ser atropelado pela pauta. É muita pauta para pouco tempo. Por exemplo, foi marcada uma pauta para o dia tal. Ela não foi vencida; ela teria que retornar na próxima. Mas a pauta da próxima está lotada. Daí isso acaba caindo no esquecimento, muitas vezes aquele assunto não retorna. O Conselho é atropelado pela sua própria pauta (ENTREVISTA 7, Usuários/GAPA, 2003).

Esse problema teria ocasionado tensões entre os conselheiros, porque julgavam necessário analisar os temas pormenorizadamente. Para o representante do GAPA, o Plenário, muitas vezes, sentia-se pressionado a realizar as aprovações para não prejudicar a população que se beneficiaria, no SUS, com os programas do gestor estadual.

O governo diz: o Conselho não aprovou, e agora, em função disso, vai haver atraso no repasse de verbas e isso vai complicar para a população. Daí o Conselho diz: se a gente não aprovar vai estar prejudicando a população; mas se aprovar, a gente está aprovando uma coisa sem saber exatamente o que é (ENTREVISTA 7, Usuários/GAPA, 2003).

Até aqui, a influência da SES sobre a formulação da pauta deu-se pela determinação de prazos para as aprovações e pela quantidade dos temas pautados, que faziam parte da programação de ações a serem implementadas pelo gestor

estadual. Esses fatores referem-se aos procedimentos formais do funcionamento do CES/RS, que, no entanto, influenciaram o resultado das votações dos conselheiros. Porém, o grau de influência dos representantes da SES sobre a definição da pauta foi confrontado pelos demais conselheiros. O conflito em torno dos prazos de votação implicava, também, em um conflito em torno do quanto os conselheiros poderiam influir na formulação dos projetos. Esse conflito evidenciava posições diversas sobre qual o papel que o Conselho deveria desempenhar, sempre que os conselheiros disputavam entre si maior poder de decisão. No processo de decisão sobre a política estadual de saúde, segundo o representante da Federação das Misericórdias,

Discute-se se o Conselho não interfere, ou se interfere demais, ou interfere menos (ENTREVISTA 3, Prestador/Federação das Misericórdias, 2003).

Outro ator influente na formação da pauta eram os representantes dos Conselhos Regionais de Saúde, que eram vinculados organicamente ao CES/RS. Os cinco Conselhos Regionais que tinham assento no CES/RS eram representados por usuários. Para a representante da Federação das Associações dos Municípios do Estado do RS (FAMURS), que representava os gestores municipais, a mesa diretora teria privilegiado os Conselhos Regionais na formação das pautas. Segundo ela, esse privilegiamento dificultava a discussão dos problemas na relação entre gestor estadual e gestores municipais de saúde. Entretanto, para entender como os Conselhos Regionais influenciavam a pauta é necessário verificar o modo como eles se articulavam com outros conselheiros, especialmente na discussão sobre os critérios para o repasse de recursos financeiros para os municípios, através do Programa de Municipalização Solidária da SES.

As articulações e os confrontos em torno da definição desses critérios também se evidenciou nas discussões em torno da definição de critérios para o repasse de verbas estaduais aos hospitais, entre usuários e prestadores privados. Esses conflitos repercutiram nas articulações que os conselheiros realizavam no âmbito do CES/RS e mesmo fora dele, as quais serão abordadas na próxima seção.

### 3.3.2 Articulações entre os conselheiros

Houve, no período, uma relação entre os representantes dos Conselhos Regionais de Saúde e a SES, que tinha como principais opositores os gestores municipais de saúde. Mesmo que SES e representantes dos Conselhos Regionais discordassem em alguns aspectos, em geral as posições assumidas pelos dois atores eram coincidentes. A representante dos gestores municipais menciona como ponto de conflito principalmente os atrasos no pagamento aos municípios através do Programa Municipalização Solidária.<sup>10</sup> Os municípios eram excluídos das pautas, favorecendo, desse modo, os gestores estaduais.

Eu poderia dizer que houve uma valorização maior dos Conselhos Regionais de Saúde. (...) Várias vezes nós trouxemos como sugestão de ponto de pauta o atraso do pagamento da Municipalização Solidária da saúde. E não houve uma pauta específica para nós termos as informações do que realmente estava acontecendo, quais eram as dificuldades do gestor estadual para dar conta de um recurso que havia sido programado para transferência aos municípios (ENTREVISTA 10, Gestor municipal/FAMURS, 2003).

A crítica dos gestores municipais à não valorização das questões por eles apresentadas não atingia apenas a mesa diretora, mas também a atuação dos Conselhos Regionais em relação às instâncias municipais. Por serem os principais executores da atenção básica, nos municípios se concentra boa parte dos problemas referentes aos serviços prestados pelo SUS. Para a representante dos gestores municipais, os Conselhos Regionais restringiam-se a discutir, no CES/RS, os problemas ocorridos na rede municipal de saúde. Isso porque os representantes dos Conselhos Regionais concentravam sua atenção na relação, muitas vezes, conflituosa entre usuários e gestores municipais. Tais questões, segundo a representante dos gestores municipais, não contemplavam a política estadual de saúde e a sua relação com os municípios.

Os Conselhos Regionais de Saúde pontuaram muito a sua ação em cima das administrações municipais, olhando questões pontuais sem uma visão da política global do estado. Observava-se também, que

---

<sup>10</sup> A Municipalização Solidária consistia em um programa de cooperação técnica e de repasse de recursos financeiros aos municípios que assumiram alguma forma de gestão do SUS.

os conselheiros, inclusive os de representação popular, não faziam coro, não faziam voz favorável aos nossos pleitos, como se isso não fosse o mais importante. O mais importante era criticar o gestor municipal, porque não estava dando apoio para o Conselho Municipal; porque o posto de saúde tinha deixado de atender; porque o hospital não estava dando conta (ENTREVISTA 10, Gestor municipal/FAMURS, 2003).

Para essa representante, o CES/RS deveria concentrar suas discussões no planejamento estadual da política de saúde, no controle sobre os recursos financeiros que seriam destinados aos municípios e à prestação de serviços. Essa concepção opôs-se à posição dos Conselhos Regionais acerca do papel a ser desempenhado pelo CES/RS. Para a representante dos gestores municipais, de certa forma, existia uma confusão de papéis: os representantes dos Conselhos Regionais pareciam assumir o papel de gestores de saúde.

Acho que alguns conselheiros se confundem. Tem alguns conselheiros que, às vezes, se colocam no papel de executores, de administradores, quando isso é papel do gestor estadual e dos gestores municipais. (...) Eu acho que o Conselho Estadual de Saúde não deveria se posicionar em relação ao serviço A, B ou C. Isso é da alçada do gestor estadual avaliar, e do gestor municipal de avaliar junto. Eu acho que o Conselho Estadual tem que se preocupar com a política que se vai dar para os hospitais, de um modo geral, mas não para o hospital A, B ou C (ENTREVISTA 10, Gestor municipal/FAMURS, 2003).

Os Conselhos Regionais enfatizavam o fortalecimento da participação nos Conselhos Municipais e o controle sobre a prestação de serviços realizados pelo SUS. Esse controle ocorria mais sobre os municípios, porque, conforme salientado anteriormente, os municípios concentram boa parte dos problemas relativos aos serviços prestados pelo SUS. Também, porque os prefeitos são os principais responsáveis pelo funcionamento dos Conselhos Municipais. Conforme a representante de Conselho Regional, quando confirmadas denúncias de irregularidade no atendimento, em determinado município ou em um Conselho Municipal – e esgotadas as providências para solucionar o problema<sup>11</sup> – os

---

<sup>11</sup> Segundo Ferla (2002), essas denúncias mobilizavam respostas rápidas no CES/RS: conselheiros procuravam órgãos dos poderes legislativo e judiciário para realizar audiências públicas nos respectivos municípios. Também, autoridades municipais e representantes das entidades denunciadas eram convocados para discutir essas questões junto às instâncias do CES/RS.

representantes dos Conselhos Regionais ordenavam a suspensão imediata dos repasses financeiros aos municípios.

No Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, muitas vezes, nós temos que suspender os repasses de recursos do estado aos municípios, porque os Conselhos Municipais de Saúde são esvaziados pelas prefeituras ou porque os secretários de saúde fingem que não sabem que alguns profissionais e serviços estão cobrando pelos atendimentos prestados aos usuários do SUS. Boas brigas já fizemos em defesa do SUS e dos direitos dos cidadãos. Esse é o papel dos Conselhos (KUNKEL, 2002, p. 201).

No CES/RS, os representantes dos Conselhos Regionais apresentavam sucessivas denúncias de nomeações de conselheiros municipais que eram feitas pelos gestores municipais (FERLA, 2002). Os Conselhos Regionais se constituíam no principal canal de denúncias desse tipo, e a mesa diretora mostrava-se particularmente sensível a essas denúncias. Se aceitas, as denúncias poderiam redundar na suspensão de transferências dos recursos financeiros aos municípios.

Os repasses financeiros aos municípios poderiam ser suspensos devido à existência de critérios para a transferência de recursos, através do Programa Municipalização Solidária, do governo estadual. Entre esses critérios, havia a obrigatoriedade das prefeituras apresentarem os Planos de Aplicação aprovados pelos respectivos Conselhos Municipais. Para isso, exigia-se o funcionamento legal e regular desses Conselhos, que deveria ser garantido pelos governos municipais (FERLA, 2002).

O confronto dos Conselhos Regionais com os municípios foi ressaltado pelo representante do gestor estadual, ao mostrar um ponto de discordância entre a posição da SES com os representantes desses Conselhos (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003). Segundo ele, a SES defendia o fortalecimento dos sistemas municipais de saúde que apresentassem altas taxas de mortalidade infantil. Já os representantes dos Conselhos Regionais desejavam utilizar as taxas de mortalidade infantil para avaliar a gestão da atenção básica da saúde. E, em caso de avaliação negativa, defendiam que o Programa de Municipalização Solidária, da SES, reduzisse o montante de recursos financeiros repassados aos municípios. Segundo esse representante do gestor estadual, os representantes dos Conselhos

Regionais teriam defendido a utilização do critério “mortalidade infantil” para medir a eficácia dos sistemas municipais de saúde e, assim, premiar os municípios com bom desempenho de gestão.

Essa discussão vinha da convicção de alguns setores do Conselho que buscavam mecanismos para subordinar, principalmente, a gestão municipal. (...) [Defendiam essa posição] principalmente os representantes dos Conselhos Regionais de Saúde e alguns representantes de usuários. Boa parte da justificativa era colocada como necessidade de estar avaliando a gestão municipal, que tendia a ser refratária ao próprio controle exercido nos Conselhos Municipais e nos Conselhos Regionais de Saúde (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003).

A influência dos Conselhos Regionais na formação de posições entre os demais representantes de usuários foi ressaltada pela representante dos gestores municipais. Para ela, essas posições orientavam a maior parte dos usuários e, também, a ação do CES/RS.

Uma característica no Conselho é o tom que os Conselhos Regionais de Saúde dão ao Conselho Estadual. Na minha concepção, o segmento mais forte, e que faz a formação de posições, é a representação dos Conselhos Regionais de Saúde, porque eles se reúnem, eles se preparam. Então esse segmento dava o tom e as demais instituições da representação dos usuários apoiava essa posição (ENTREVISTA 10, Gestor Municipal/FAMURS, 2003).

Em alguns casos, as posições dos representantes dos Conselhos Regionais e dos gestores estaduais coincidiam. Um exemplo foi a adoção do Orçamento Participativo<sup>12</sup> como critério para distribuição de recursos financeiros, através do Programa Municipalização Solidária. Representantes da SES, dos Conselhos Regionais e dos trabalhadores defendiam que o tema “saúde” deveria ser prioridade no Orçamento Participativo Estadual para que municípios obtivessem aumento no

---

<sup>12</sup> O Orçamento Participativo Estadual (OP), criado no Rio Grande do Sul pelo Governo Olívio Dutra, vigorou somente durante essa gestão. Consistia em Assembléias Públicas Municipais e Regionais, visando a participação da população na elaboração da Proposta Orçamentária do Estado. Como critério de repasse de recursos financeiros aos municípios, por meio da Municipalização Solidária, o OP deveria avaliar o grau de prioridade da saúde nos respectivos territórios. Caso a saúde fosse definida entre as três primeiras prioridades, o município receberia um valor proporcional ao rateio de 30% do total de recursos da principal fração da Municipalização Solidária. Além disso, era assegurado aos delegados do OP a participação também nas Plenárias dos Conselhos Municipais e Regionais de Saúde, onde se discutia o Plano de Aplicação dos recursos (FERLA e JAEGER, 2002).

volume de recursos que seriam repassados. Os representantes dos gestores municipais foram francamente contrários a essa posição. Segundo representante da SES, os municípios não queriam o critério “Orçamento Participativo” porque

Isso era, segundo a interpretação dos representantes dos municípios, um critério político, um projeto do Governo do Estado da gestão estadual. Não entendiam isso como uma estratégia de tornar mais poroso o funcionamento do Estado ao controle da população (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003).

A discussão em torno do critério “priorização da saúde no Orçamento Participativo” demarcou articulações no CES/RS. A aliança da SES com os usuários, representados principalmente pelos Conselhos Regionais, e trabalhadores confrontava-se com os gestores municipais. Enquanto os primeiros afirmavam que sua concepção política de gestão incluía a participação e o controle social, os municípios defendiam a exclusão desse critério.

[A definição dos] critérios para transferência dos recursos da municipalização da saúde foi conflitante em relação à adoção do critério do OP como um critério técnico para divisão de recursos. Nós, da representação dos municípios, não pactuamos esse critério na Comissão Intergestores Bipartite. Veio para o Conselho, o Conselho deliberou, e a Secretaria homologou (Entrevista 10, Gestor Municipal/FAMURS, 2003).

O critério “Orçamento Participativo” é um exemplo de consonância entre usuários e gestores estaduais em relação à participação e ao controle de organizações sociais sobre as ações do governo. Essa sintonia significou, para a representante dos gestores municipais, um forte apoio dos usuários às políticas do gestor estadual. Segundo ela,

Havia quase que uma unanimidade dos usuários em relação ao segmento gestor estadual (...) de apoiar as políticas que o Governo trazia, sem questionamentos maiores. Isso foi com muita frequência. Até havia alguns questionamentos, mas na grande maioria das vezes, a maioria dos segmentos apoiando a representação do gestor estadual (ENTREVISTA 10, Gestor municipal/FAMURS, 2003).

Até aqui vimos que o confronto dava-se entre Conselhos Regionais e municípios. Apesar da demanda por maior participação na definição de Planos e

projetos, elaborados pela SES, e por maior influência sobre a pauta do Conselho, os usuários – principalmente através da representação dos Conselhos Regionais – e os trabalhadores em saúde constituíram a base de legitimação da ação do gestor estadual. Isso ocorria à medida em que esse grupo de conselheiros aliava-se aos gestores estaduais, e no Conselho, confrontavam os gestores municipais. Eles utilizavam da prerrogativa da elaboração de critérios para controlar o repasse de recursos financeiros aos municípios. No Conselho, os municípios não tinham espaço para o confronto com o gestor estadual através da pauta de discussões. É provável que esse confronto tenha ocorrido na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Outro conjunto de debates no CES/RS, que serve para ilustrar a dinâmica dos conflitos e das articulações no Conselho, envolveu a votação do Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação (FUNAFIR), projeto que estabelecia um empréstimo subsidiado de recursos financeiros para os hospitais privados sem fins lucrativos. A discussão sobre o FUNAFIR desdobrou-se em discussões sobre a criação dos Conselhos Gestores nos hospitais, envolvendo conflitos e articulações que ocorreram dentro e fora do CES/RS. A finalidade desses Conselhos seria fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros repassados aos hospitais privados conveniados ao SUS.

O FUNAFIR foi criado, em 1999, pelo governo do Estado, como auxílio emergencial para os hospitais privados filantrópicos. O projeto abria uma linha de crédito no Banrisul, com juros subsidiados. O governo estadual depositou inicialmente R\$ 9 milhões no Fundo, para avalizar a abertura do crédito. Esse valor era proveniente dos recursos do Tesouro do Estado, uma vez que o empréstimo não poderia contar com os recursos transferidos da União, que eram destinados ao SUS.<sup>13</sup> O empréstimo do Banrisul era destinado à recuperação das estruturas hospitalares e ao pagamento de dívidas com fornecedores. Na elaboração do programa participaram a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, a

---

<sup>13</sup> Conforme a Lei Estadual 11.366/99, que instituiu o Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados, sem fins lucrativos, as fontes dos recursos que constituiriam o Fundo seriam provenientes da a) dotação orçamentária própria do Tesouro; b) receitas decorrentes dos rendimentos de aplicações de seus recursos; c) receitas oriundas de convênios, contratos e acordos celebrados entre o Estado e instituições públicas e privadas; d) outras receitas a ele destinadas. Não poderiam ser repassados ao FUNAFIR os recursos relativos ao SUS, transferidos da União ao Estado.

Associação dos Dirigentes e Secretários Municipais de Saúde<sup>14</sup> (ASSEDISA), o Banco do Estado do RS (Barrisul) e a Secretaria Estadual de Saúde (Relatório Anual de Gestão do SUS/RS, 1999).

No Plenário do CES/RS, FUNAFIR começou a ser discutido quando o projeto já tramitava na Assembléia Legislativa. Na Ata da reunião plenária, o registro do tema aparece primeiramente nas seções “informes” e “assuntos gerais”, porque não constituía pauta de discussão. Na ocasião, os conselheiros manifestaram-se contrariados em razão do projeto ter sido enviado aos deputados antes da deliberação no CES/RS (Ata da 12ª Reunião Plenária Ordinária do CES/RS, 05/08/1999). Nessa reunião plenária, a discussão do assunto foi realizada em caráter excepcional e substituiu a pauta estabelecida pela mesa diretora.

Os protestos gerados foram formalizados em um documento encaminhado à Secretaria de Saúde. Nele, os conselheiros manifestaram a “contrariedade do Plenário do CES/RS em não ter acompanhado o processo de formulação do Projeto de Lei 146/99”. Nesse documento também foi ressaltada a insatisfação pela forma apressada com que o assunto foi encaminhado para ser deliberado pelo Plenário (Ata da 15ª Reunião Plenária Ordinária do CES/RS, 16/09/1999). Para o representante do Sindicato dos Psicólogos, o gestor estadual

teve uma posição horrorosa. Ele trouxe o projeto para o Conselho achando que o Conselho tinha que aprovar sem a gente discutir. Na mesma plenária que ele trouxe, ele queria que nós aprovássemos. E saiu dali para ir à Assembléia Legislativa pressionar os deputados a favor da proposta deles. Nós ficamos espantados, porque a gente nunca esperava esse tipo de proposição do gestor que estava entrando. Nos seis anos que eu estou aqui foi a mais intensa briga que tivemos dentro de um Plenário, [na qual foi ressaltado]: “você não vão fazer isso com a gente”, “nós somos o Conselho” (ENTREVISTA 1, Profissional/Sindicato dos Psicólogos, 2003).

Os debates e ações políticas relacionadas ao FUNAFIR levaram a uma cisão entre grupos de conselheiros. De um lado ficaram representantes de gestores municipais e de prestadores, de outro, se posicionaram representantes de trabalhadores de saúde e usuários. Os últimos eram francamente contrários à

---

<sup>14</sup> Inicialmente, o FUNAFIR seria também destinado aos hospitais públicos. Posteriormente, ficou restrito aos hospitais privados sem fins lucrativos.

aprovação do projeto. Neste caso, as articulações extrapolaram o âmbito do CES/RS. Representantes dos prestadores privados sem fins lucrativos buscaram apoio de deputados estaduais para garantir a aprovação do projeto na Assembléia Legislativa e impedir que usuários e trabalhadores obstruíssem a votação do projeto. Conforme o representante da Federação das Misericórdias, os representantes dos usuários e trabalhadores

não queriam dar dinheiro. Não queriam porque [diziam] os hospitais não tinham compromisso com o SUS. (...) Nós fomos falar com todos os deputados na Assembléia Legislativa; 55 deputados, inclusive os deputados do PT. Nós fomos lá e explicamos para eles exatamente o que nós queríamos. (...) Foi difícil, tanto que as discussões passavam ali por um votinho. Eu me articulei, conversava com todas as pessoas (ENTREVISTA 3, Prestador/Federação das Misericórdias, 2003).

Usuários e trabalhadores preocupavam-se com a utilização dos recursos financeiros pelos prestadores. Eles desejavam fiscalizar a aplicação desses recursos, e assim garantir a sua utilização nos serviços do SUS. Um representante de usuários apresentou as razões para se opor ao projeto.

Como se iria garantir que esse dinheiro seria utilizado naquilo que estava sendo previsto se não tivesse um Conselho Gestor dentro daquele hospital para ver se as verbas seriam utilizadas onde deviam ser utilizadas? Se ela fosse desviada para algum lugar, só se iria saber disso no final com a prestação de contas. Daí o dinheiro já teria sido usado. Quem é que iria garantir que esse dinheiro não seria utilizado para fazer reformas na ala da UNIMED? Então os usuários não queriam que o FUNAFIR fosse repassado para os hospitais que não tivessem Conselho Gestor (Entrevista 7, Usuários/GAPA, 2003).

Os representantes de usuários e de trabalhadores de saúde defendiam a inclusão no projeto de critérios que os permitissem controlar o uso dos recursos concedidos aos hospitais. Conforme salientou a representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o empréstimo aos prestadores deveria estar condicionada a determinados pré-requisitos.

Como é que o governo vai emprestar dinheiro público para hospitais privados, com juros financiados? Os hospitais tinham que cumprir

com alguma coisa. Tinha que ter pré-requisitos (Entrevista 5, Usuários/CNBB, 2003).

Para o representante do gestor estadual (ENTREVISTA 9, Gestor estadual/SES, 2003), o controle sobre o empréstimo do FUNAFIR era inviável, porque tratava-se de uma interferência na política de crédito da instituição bancária com os hospitais. Mesmo assim, a SES, procurando intermediar o conflito dos usuários e trabalhadores com os prestadores privados, teria proposto a constituição de um Conselho Diretor para acompanhar e definir as condições por meio das quais se efetuaría o crédito aos hospitais. O Conselho Diretor, aprovado na Lei que instituiu o FUNAFIR, era constituído por representantes da Secretaria de Saúde, da Secretaria da Fazenda, da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, do Ministério da Saúde, da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). O CES/RS era representado por dois usuários e dois trabalhadores.

Também para a representante dos gestores municipais, os recursos do FUNAFIR não poderiam estar sujeitos ao controle pretendido pelos representantes dos usuários e dos trabalhadores.

O FUNAFIR é um empréstimo bancário (...) Não sei avaliar muito qual o significado do Conselho ter debatido tanto esse tipo de recurso, porque é um dinheiro do mercado que foi colocado à disposição, embora subsidiado (Entrevista 10, Gestor municipal/FAMURS, 2003).

No mesmo período da criação do FUNAFIR, em agosto de 1999, a SES criou a Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS, conhecida como Saúde Solidária.<sup>15</sup> A discussão em torno do controle sobre a aplicação das verbas públicas nos hospitais privados concentrou-se, a partir de então, nessa política.

---

<sup>15</sup> A Saúde Solidária tinha por finalidade propiciar a recuperação financeira, atualização tecnológica, a formação da rede regional de referência e contra-referência e a reorganização da assistência hospitalar aos usuários do SUS no Estado. Os recursos financeiros da Saúde Solidária eram provenientes a) da renda líquida auferida das extrações da Loteria Instantânea; b) das dotações consignadas em orçamentos próprios, e c) de doações (Decreto Estadual nº 39.681, 24/08/1999).

Segundo o representante da SES (ENTREVISTA 9, Gestor estadual/SES, 2003), o programa Saúde Solidária exigia dos hospitais um conjunto grande de contrapartidas. Representantes de usuários e trabalhadores de saúde articularam-se defendendo a criação de Conselhos Gestores em todos os hospitais públicos e privados para dar conta da fiscalização sobre as exigências que eram estabelecidas. Para isso foi criada, no CES/RS, uma comissão temática especialmente para tratar do assunto. Depois de diversas discussões, a criação dos Conselhos Gestores foi aprovada por ampla maioria pelo Plenário do CES/RS, em 2001. Nesse caso, contaram com o apoio de representantes dos gestores estaduais. Segundo o representante do GAPA, usuários e trabalhadores queriam

um controle maior. Além dos Conselhos Municipais, do Estadual, que cada hospital tivesse um Conselho Gestor. (...) Então cada hospital teria uma comissão paritária para controlar as verbas públicas que fossem colocadas ali. E tudo foi publicado no Diário Oficial. O que aconteceu? Aconteceu que os prestadores de serviços entraram na Justiça (ENTREVISTA 5, Usuários/GAPA, 2003).

A questão fundamental, que foi motivo de muitos debates no CES/RS, consistia na operacionalização dos Conselhos Gestores (ENTREVISTA 9, Gestor estadual/SES, 2003). Como estratégia de controle social, a proposta do Conselho Gestor era exercer o controle sobre as verbas aplicadas dentro do hospital. O problema estava em definir como esse mecanismo atuaria, se de forma vinculada ou desvinculada ao Conselho Municipal. Os Conselhos Municipais contam com atribuições deliberativas e de fiscalização. A atuação dos Conselhos Gestores, previstos com funções deliberativas e de fiscalização, se sobreporia ao papel dos Conselhos Municipais por não estarem legalmente atrelados a estes.

A Federação das Misericórdias foi francamente contrária à definição do “conselho gestor”. A derrota do representante dos hospitais no Plenário do CES/RS levou a Federação a recorrer ao Ministério Público, o qual obteve, junto ao Poder Judiciário, a revogação da Resolução do CES/RS. O representante da Federação das Misericórdias defendeu a posição adotada pela sua entidade. O recurso ao Ministério Público e ao Poder Judiciário foi motivado pela tentativa – em sua opinião, indevida – de “interferência na administração hospitalar”.

O meu segmento tem uma opinião muito radical sobre isso. Ele [Conselho Gestor] vai me fiscalizar? Era o medo que nós tínhamos, que a nossa gestão ficasse esvaziada, porque teria sempre alguém ali por trás dizendo: olha o que é que tu estás fazendo, por que é que tu estás fazendo isso. Era uma interferência no processo de administração das entidades, porque você quer acompanhar e fiscalizar o processo de gestão, mas você não quer ser solidário com o gestor. (...) Quando eu preciso assumir um compromisso financeiro, quem é que assina como avalista no banco? O Conselho Gestor assina junto, ou só eu que sou o presidente da instituição? Na hora de fiscalizar todo o poder é do Conselho Gestor; na hora de assumir o ônus, só da administração? (ENTREVISTA 3, Prestador/Federação das Misericórdias, 2003).

A representante dos gestores municipais no CES/RS apoiou os representantes dos prestadores privados. Para ela, a criação de Conselhos Gestores não era legal, porque não havia uma lei que previsse a constituição desses Conselhos com competência fiscalizatória. Esse teria sido o principal motivo pelo qual a Justiça tomou decisão favorável à Federação das Misericórdias.

Nós, no estado, temos Conselhos Regionais, porque a lei estadual prevê. Agora, Conselhos Gestores não tem previsão legal. Aí o Conselho, através de uma Resolução, criou e teve que voltar atrás, porque não tinha esse respaldo (ENTREVISTA 10, Gestor municipal/FAMURS, 2003).

A partir da revogação da Resolução do CES/RS houve uma negociação que implicou em mudança de designação e na função dos fóruns criados junto aos hospitais privados conveniados ao SUS. Os Conselhos Gestores passaram a ser designados como Câmaras Técnicas, que seriam responsáveis somente pela fiscalização dos gastos financiados com verbas públicas. Os hospitais e serviços ambulatoriais públicos teriam os Conselhos Gestores com atribuições mais abrangentes. Segundo a representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o projeto inicial dos Conselhos Gestores previa a fiscalização de todo atendimento da prestação de serviços, independente da origem dos recursos financeiros. Com as Câmaras Técnicas, passou-se à atribuição de fiscalização sobre os gastos pagos com verbas públicas.

O Conselho Gestor que nós queríamos era um Conselho que teria toda a autoridade de fiscalização de todas as verbas que fossem para o hospital. Quer fossem públicas ou não. O Conselho Gestor

tinha uma abrangência maior: qualidade de atendimento, condições técnicas do hospital, estrutura física. Na Câmara Técnica ficou reduzido para fiscalizar só as verbas públicas, e a qualidade do atendimento do SUS (ENTREVISTA 5, Usuários/CNBB, 2003).

Os exemplos de articulação, em torno do FUNAFIR e dos Conselhos Gestores, apontam, sobretudo, para o conflito existente dos usuários e trabalhadores com os prestadores privados filantrópicos de saúde. Quando o projeto do FUNAFIR foi enviado à Assembléia Legislativa antes da sua votação no CES/RS, usuários e trabalhadores confrontaram os representantes da SES. Porém, esse confronto deveu-se principalmente à disputa que usuários e trabalhadores travavam para manter controle sobre os prestadores de saúde. Aumentar o controle sobre o repasse de verbas a hospitais consistia numa estratégia dos usuários para lidar com os problemas de atendimento nos hospitais. Também, o controle sobre os hospitais consistia numa estratégia dos trabalhadores como uma forma de punir os hospitais por eventuais problemas trabalhistas.

Uma grande gritaria que justificadamente os usuários e os trabalhadores fizeram foi: [usuários] por que a gente vai repassar dinheiro para os hospitais se na hora da gente ser atendido no hospital eles cobram de nós e não respeitam o nosso direito? [Trabalhadores de saúde:] por que a gente vai repassar o dinheiro para os hospitais se eles não respeitam os nossos direitos trabalhistas, como FGTS, INSS, Férias? Então tem que ter critérios. Que eles respeitem os nossos direitos trabalhistas, que se dê algum *plus* para esses hospitais que estão pagando em dia os direitos trabalhistas, outros recebam menos. E os usuários dizendo: tem que ter critérios, que de fato eles respeitem a legislação, que não cobrem de nós (ENTREVISTA 1, Profissionais/Sindicato dos Psicólogos, 2003).

Os conflitos e as articulações, favoráveis ou contrárias, em torno do FUNAFIR e dos Conselhos Gestores tiveram, em comum, a busca de maior controle sobre os hospitais. Usuários e trabalhadores articulavam-se principalmente no âmbito interno dos Conselhos Estadual e Regionais de Saúde. No CES/RS, essa articulação contribuiu na definição de critérios de controle para o repasse e a distribuição de verbas aos prestadores privados e filantrópicos de serviços.

Os prestadores de serviços, no âmbito do CES/RS, não conseguiram se contrapor à aliança formada por usuários, trabalhadores de saúde e gestores

estaduais, mesmo contando com o apoio dos gestores municipais. Esgotada a possibilidade de fazer valer suas posições, procuraram respaldo em âmbito externo ao CES/RS. A aprovação do FUNAFIR e a decisão que obstruiu a constituição de Conselhos Gestores, para fiscalizar a gestão dos hospitais privados e filantrópicos, foram definidas na Assembléia Legislativa e no Poder Judiciário.

### **3.4 Considerações finais**

Pelo exposto até aqui, podemos considerar que a Secretaria Estadual de Saúde exerceu maior influência sobre a formação da pauta de discussões do CES/RS, ao se destacar quanto à quantidade de temas pautados e ao controle dos prazos para votação. Outros representantes pressionavam por maior participação na elaboração da pauta. Havia pressões para que o gestor estadual, quando apresentasse projetos e o Plano de Aplicação, o fizesse com razoável antecedência, de modo a favorecer discussões mais aprofundadas. Por outro lado, representantes dos municípios reivindicavam a inclusão de temas na pauta, ao mesmo tempo em que criticavam a influência dos Conselhos Regionais junto à Mesa Diretora.

Apesar dos representantes da SES terem defendido um funcionamento horizontalizado do Conselho (ENTREVISTA 9, Gestor Estadual/SES, 2003), eles exerceram forte influência sobre a formação da pauta e sobre o tempo disponível para as discussões dos temas. As regras institucionalizadas que estabeleciam os prazos para aprovação de projetos federais e estaduais e do orçamento estadual limitavam as possibilidades de flexibilizar o tempo de debates no CES/RS.

Por outro lado, a influência dos representantes dos Conselhos Regionais sobre a formação da pauta e sobre as decisões, e a atuação do conjunto dos usuários na elaboração de critérios de distribuição de recursos financeiros do Programa Municipalização Solidária, provocou conflitos entre representantes de usuários e dos gestores municipais. Ocorreram confrontos ainda entre representantes de prestadores e de usuários e trabalhadores quando o CES/RS se propôs a criar mecanismos de controle sobre a aplicação de verbas em hospitais, através dos Conselhos Gestores.

Os representantes dos Conselhos Regionais atuavam de modo a se articular com outros atores para fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde. Os Conselhos Regionais atuavam como canais para denúncias de irregularidade em serviços e em Conselhos Municipais. No CES/RS esse mecanismo possibilitava a adequação de propostas na elaboração de critérios de distribuição de verbas, em consonância com os principais problemas enfrentados nos municípios e nos Conselhos Municipais.

Merece ainda destaque a atuação dos prestadores de privados e filantrópicos de serviços de saúde. Esses atores conseguiram que o CES/RS aprovasse o projeto do FUNAFIR – importante mecanismo de auxílio financeiro aos hospitais – embora representantes de usuários e de trabalhadores fossem resistentes à sua aprovação. No entanto, não conseguiram impedir que, mais tarde, usuários e trabalhadores, em aliança com os gestores estaduais, aprovassem a criação de Conselhos Gestores em hospitais. No entanto, os hospitais filantrópicos demonstraram forte capacidade de articulação e de influência fora do âmbito interno do CES/RS, para impedir na Justiça a implementação do projeto.

## 4 CONCLUSÕES

Este trabalho teve por objetivo analisar a dinâmica de funcionamento do CES/RS e identificar os atores que influenciaram a tomada de decisão, durante os anos 1999 a 2002. O estudo enfocou os aspectos do funcionamento do CES/RS que influenciaram a ação dos conselheiros e os conflitos e as articulações que resultaram da relação entre os atores.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) exerceu maior influência sobre a tomada de decisão, principalmente através da formação da agenda do Conselho. Essa influência ocorreu porque o governo tem, como principal ator na condução dos processos de formação da agenda e da decisão política, o controle sobre a legislação e o processo político.

Outro ator atuante sobre a formação da pauta foram os Conselhos Regionais, os quais influenciaram a decisão à medida em que eles se articulavam com os demais representantes dos usuários e dos trabalhadores em saúde. De certa forma, a influência que os Conselhos Regionais exerceram devia-se também ao projeto de governo dos gestores estaduais, que privilegiava em seu programa, e também na gestão, a valorização da participação do CES/RS na decisão. Esse aspecto é condizente com a afirmação de Smith (1994) de que, além dos governos, outros atores participantes no processo de decisão exercem maior ou menor influência na dependência do modo como o governo organiza e estrutura determinada política.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES), durante o período de 1999 a 2002, conduziu a gestão do SUS incorporando como estratégia de governo a participação do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). A SES estabeleceu um contexto favorável ao envolvimento do Conselho no processo de decisão. A forma como ocorria a participação no CES/RS, especialmente no que tange à elaboração de critérios de distribuição de recursos financeiros dos programas estaduais, levou à formação de alianças e ao estabelecimento de conflitos entre conselheiros.

Os representantes dos Conselhos Regionais, em sua totalidade usuários, articulavam-se em favor do funcionamento regular dos Conselhos Municipais de

Saúde como critério para distribuição de recursos financeiros aos municípios, principalmente visando fortalecer a autonomia dos Conselhos Municipais em relação aos gestores municipais. Também, os trabalhadores e os usuários articularam-se em favor da ampliação do controle sobre os prestadores de serviços através da criação dos conselhos gestores em hospitais. Na maior parte dos assuntos em disputa do Conselho, os representantes de usuários e dos trabalhadores agiram em bloco confrontando os municípios e prestadores de saúde. Em aliança com a Secretaria Estadual de Saúde, usuários e trabalhadores atuaram em defesa do fortalecimento dos mecanismos de controle sobre municípios e prestadores privados de serviços. Essa atuação basicamente caracterizou o papel do CES/RS durante esse período, evidenciando a rivalidade existente na relação entre os grupos e interesses.

A relação entre os grupos evidenciou entendimentos distintos quanto ao papel que o CES/RS deveria desempenhar. Essa distinção pode ter origem no confronto de idéias tido no contexto da reforma sanitária e da criação dos Conselhos de Saúde, quando foram disputados projetos políticos diferenciados para fundamentar os espaços de participação colegiada. Na época, setores governamentais propunham a criação de mecanismos de intermediação de interesses para exercerem controle sobre as verbas disponíveis para as implementações políticas e, assim, garantir a governabilidade. Grupos e organizações sociais defendiam um novo padrão de implementação de políticas sociais através da democratização do Estado, visando o exercício do controle da sociedade organizada sobre as ações dos governos executivos. Hoje, o confronto entre esses dois projetos parece permanecer em disputa, ao observarmos que grupos de representantes, que disputam recursos, conflituam quanto ao modo como o CES/RS deve agir e desempenhar o seu papel.

No espaço de participação houve interação entre os atores governamentais e sociais que fizeram parte do fórum. Também houve articulação entre os participantes desse fórum com outros atores externos ao Conselho. O que significa que os espaços institucionalizados de deliberação não podem ser considerados, isoladamente, como esferas ou arenas de decisão. Os conselhos de saúde se constituíram como espaços do governo onde se estrutura a relação entre interesses; porém, atores externos ao fórum podem influenciar decisivamente na decisão.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de (1995). Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 28, p.88-100.

ARRETCHE, Marta (2000). **Estado Federativo e Políticas Sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP.

\_\_\_\_\_. (1996). Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais/ANPOCS**, n.31, p.43-66.

AVRITZER, Leonardo (1999). Teoria Democrática, Esfera Pública e Participação Local. **Revista Sociologias**, ano 1, n.2, jul./dez, p.18-43. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Sociologia/IFCH/UFRGS.

BRAGA, J. C. de Souza e GÓES de PAULA, Sérgio (1981). **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec.

BRASIL: Congresso Nacional (1988). **Constituição Federal**.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional (1990). **Lei 8.142** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (1993). **Norma Operacional Básica SUS 01/93**. Disciplina o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos (1998). A Reforma do Estado dos Anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, n.45, p.49-95.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (1997). **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 2 ed.

CARVALHEIRO, José (1999). Os Desafios Para a Saúde. Estudos Avançados: Dossiê Saúde Pública; n.35, v.13. Universidade de São Paulo, jan/abr; p.7-20.

\_\_\_\_\_. et. al. (1992). **O Município e a Saúde**. São Paulo: Hucitec.

CARVALHO, Antônio Ivo (1997). Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. In: Fleury, Sônia (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 93-111.

\_\_\_\_\_ (1995). **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FAZE/IBAM.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RS (1999). Ata da 6ª Reunião Plenária, realizada em 29/4/1999.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RS (1999). Ata da 12ª Reunião Plenária, realizada em 5/8/1999.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RS (1999). Ata da 15ª Reunião Plenária, realizada em 16/9/1999.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RS (1994). Regimento Interno. Publicado no D.O.E em 6/5/1994.

CORTES, Soraya (2002). **Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities***. In.: XXVI ENCONTRO DA ANPOCS, 26, Caxambu, MG: GT 14 – Políticas públicas. p.17.

\_\_\_\_\_ (1995). **User Participation and Reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre**. Londres, London School of Economics and Political Science. Tese de Doutorado.

COSTA, Nilson do Rosário (1998). **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec.

DI BLASI, Valéria (2003). **Reformistas e Conservadores: mudanças institucionais e de propostas de políticas de Saúde – Rio Grande do Sul – década de 90**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, IFCH/UFRGS.

ESPING-ANDERSEN (1991). As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, set., n.24.

FARIA, Carlos A. Pimenta de (2003). Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.18, n.51, p.21-29.

FERLA, Alcindo (2002). **Clínica Nômade e Pedagogia Médica Mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e**

à **clínica médicas**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

\_\_\_\_\_ e JAEGER, Maria Luiza (2002). Controle Social como Processo: a participação da população na saúde e o Orçamento Participativo do Estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo e FAGUNDES, Sandra M. S. (Orgs.) **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Coleção Escola de Gestão. Porto Alegre: DaCasa Editora/Escola de Saúde Pública/RS. p.179-193.

\_\_\_\_\_ et al. (2002). Descentralização da Gestão da Saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, Alcindo e FAGUNDES, Sandra M. S. (Orgs.) **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Coleção Escola de Gestão. Porto Alegre: DaCasa Editora/Escola de Saúde Pública/RS. p.15-35.

GERSCHMAN, Silvia (1995). **A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GUIDDENS, Anthony (1989). **A Constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_ (1998). Sobre Trabalho e Interação em Habermas. In: GUIDDENS, Anthony. **Política, Sociologia e Teoria Social**. São Paulo: Editora UNESP. p.297-312.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa (2000). **Descentralização da Saúde, Interesses e Conflitos Decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998**. Tese de Doutorado. Salvador: Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

HABERMAS, Jürgen (1984). **Mudança Estrutural da Esfera Pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

HALL, Peter A. e TAYLOR, Rosemary (2003). As Três Versões do Neo-Institucionalismo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.58, p.193-223.

JORDAN, Grant (1990). **Policy Community Realism Versus "New" Institutional Ambiguity**. *Political Studies*, XXXVIII. p.470-484.

KUNKEL, Maria B. (2002). Humanização na Saúde e Cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, Alcindo e FAGUNDES, Sandra M. S. (Orgs.) **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Coleção Escola de Gestão. Porto Alegre: DaCasa Editora/Escola de Saúde Pública/RS. p.195-202.

MELO, Marcus (1991). Interesses, Atores e Ação Estratégica na Formação de Políticas Sociais: a não-política da casa popular 1946-1947. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n.15, ano 6, fev.

\_\_\_\_\_ (1993). Anatomia do Fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na nova república. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p.119-163.

MELO, Marcus e COSTA, Nilson (1995a). A Difusão das Reformas Neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: REIS, Elisa et al. (Orgs.). **Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa**. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC, p.153-176.

\_\_\_\_\_ (1995b). Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estrutural e Política Social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, setembro. p.51-108.

MERHY, Emerson E. (1992). A Rede Básica Como Eixo do Modelo Tecno-Assistencial do SUS. In.: **Planejamento e gestão dos serviços em defesa as vida**. Cadernos CEFOR, série textos, n. 5, São Paulo.

OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sônia (1986). **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco.

PAIM, Jairnilson S. (1989). As Políticas de Saúde e a Conjuntura Atual. **Saúde em Debate**, março, p.8-15, 1989.

RABELO, Mercedes (1998). **O Processo de Descentralização da Saúde no RS: um estudo enfocando os municípios**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, UFRGS/IFCH, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política.

REIS, Gisele dos e FREIRE, Jussara (2002). Participação e Arenas Públicas: um quadro analítico para pensar os Conselhos Municipais setoriais e os fóruns de desenvolvimento local. XXVI ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS – ANPOCS. GT 02: Cidade, Metropolização e Governança urbana; Eixo IV: Metropolização, Participação e Democracia Local. Caxambu.

RIO GRANDE DO SUL (1994). Lei Estadual nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (1999). Relatório Anual de Gestão do SUS.

SMITH, Martin J. (1994). Pluralismo, Pluralismo Reformado e Neopluralismo: el papel de los grupos de presión en la elaboración de políticas. In: MENÉNDEZ L. Sanz (Comp.). **Representación de Intereses y Políticas Públicas**: ¿corporatismo o pluralismo? *Revista Zona Abierta* 67/68, p.137-170.

SOUZA, Celina (2003). Estado da Arte da Área de Políticas Públicas: conceitos e principais tipologias. XXVII ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS (ANPOCS). GT: Políticas Públicas.

SOUZA, Jessé (1997). **Patologias da Modernidade**: um diálogo entre Habermas e Weber. São Paulo: Annablume.

TEIXEIRA, Sônia M. F. (1989). Política de Saúde na Transição Conservadora. **Saúde em Debate**, set., p.42-53.

THÉRET, Bruno (2003). As Instituições Entre as Estruturas e as Ações. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, n.58, p.225-254.

VITULLO, Gabriel E. (2000). O Desafio da Construção de um Modelo Democrático Deliberativo. **Revista Sociologias**, ano 2, n.3, jan/jun, p.186-231. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Sociologia/IFCH/UFRGS.

WALLT, Gill (1994). **Health Policy**: An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. London and New Jersey: Zed Books.

## APÊNDICE 1 – Lista dos Entrevistados

ENTREVISTA 1 (2003). Representante dos Profissionais, Sindicato dos Psicólogos. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 2 (2003). Representante dos Profissionais, Sindicato dos Enfermeiros. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 3 (2003). Representante dos Prestadores de Serviços, Federação das Misericórdias. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 4 (2003). Representante dos Usuários, Conselho Regional de Saúde. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 5 (2003). Representante dos Usuários, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 6 (2003). Representante dos Usuários, Conselho Regional de Saúde. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 7 (2003). Representante dos Usuários, Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS. Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 8 (2003). Representante dos Usuários, Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairro . Realizada por Elisabete Pereira, em março de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 9 (2003). Representante do Gestor Estadual, Secretaria Estadual de Saúde. Realizada por Elisabete Pereira, em abril de 2003. Transcrita.

ENTREVISTA 10 (2003). Representante dos Gestores Municipais, Federação das Associações dos Municípios do Rio grande do Sul. Realizada por Elisabete Pereira, em abril de 2003. Transcrita.

## APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevistas

### Sobre a formulação da pauta

1. Como se dá a formulação da pauta para a discussão em plenária?
2. Como o Conselho procede para selecionar demandas/assuntos para o debate e incluí-los na pauta?
3. Existe algum grupo representativo que influencia mais na formulação da pauta de discussão?

### Sobre a representação no CES/RS

4. Existem segmentos com maior ou menor participação no CES/RS?
5. Que tipos de demandas mais são trazidas pelos segmentos do CES/RS?

### Sobre a dinâmica das reuniões

6. Na sua opinião, quais foram as principais questões debatidas durante os quatro últimos anos?
7. Considera que essas questões foram as mais importantes para deliberação no setor?
8. Quais são as questões que geraram maiores polêmicas e conflitos entre os conselheiros?
9. Em torno destas questões, como os diferentes segmentos se posicionaram?
10. Nos casos de conflito, existiu articulação entre os conselheiros ou segmentos? Como ocorreram estas articulações ou estratégias de ação para a tomada de decisão?
11. Foram sempre as mesmas articulações ou estas variaram conforme tipos de questões debatidas?

### Sobre a relação com a SES

12. O CES/RS acompanha permanentemente a gestão da SES? Caso não, quais são os maiores obstáculos para que isso ocorra?
13. Como foi o tratamento dado pela Secretaria de Saúde em relação às decisões/resoluções do CES/RS?
14. Como foi o relacionamento entre o CES/RS e a SES nessa última gestão?
15. Na sua opinião, quais foram as principais decisões da SES na última gestão?
16. Todas estas decisões passaram para serem analisadas pelo CES/RS antes de serem implementadas?
17. Na hipótese da existência de conflitos entre o CES/RS e a SES, como isto é solucionado?

## ANEXO

### Lei nº 10097, de 31 de janeiro de 1994

Cria o CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências.

Art. 1º – Fica criado, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Saúde – CES/RS, nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2º – O Conselho Estadual de Saúde, instância colegiada do Sistema Único de Saúde, terá funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Art. 3º – O Conselho Estadual de Saúde tem caráter permanente e será integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Parágrafo único – A representação dos usuários dar-se-á sempre de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 4º – O Conselho Estadual de Saúde será constituído por 52 (cinquenta e dois) conselheiros titulares e os respectivos suplentes, tendo a seguinte composição:

#### I. Representantes da área governamental

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.....	03
Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS.....	01
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	01
Federação das Associações dos Municípios do Estado do RS.....	01
Associação dos Secretários Municipais de Saúde.....	01
Secretaria de Educação.....	01
Companhia Riograndense de Saneamento.....	01
Secretaria de Planejamento e Administração.....	01
Secretaria da Justiça, do Trabalho e Cidadania.....	01
TOTAL.....	11

## II. Área dos Prestadores de Serviço de Saúde

Federação das Misericórdias do RS.....	01
Associação dos Hospitais do RS.....	01
Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviço de Saúde Ambulatoriais.....	01
Sindicato dos Laboratórios.....	01
Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER).....	01
TOTAL.....	05

## III. Área dos Profissionais de Saúde

Representação dos Médicos.....	01
Representação dos Odontólogos.....	01
Representação dos Enfermeiros.....	01
Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do RS.....	01
Representação dos Assistentes Sociais.....	01
Representação dos Nutricionistas.....	01
Representação dos Psicólogos.....	01
Representação dos Farmacêuticos-Bioquímicos.....	01
Representação dos Veterinários.....	01
Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.....	01
TOTAL.....	10

## IV. Área da Sociedade Civil Organizada

Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros (FRACAB).....	02
Federação dos Trabalhadores na Agricultura do RS (FETAG/RS).....	02
Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio Grande do Sul (CUT/RS).....	02
Central Geral dos Trabalhadores (CGT).....	02
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).....	01
Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do RS (FETAPERGS).....	01
Representação dos Portadores de Doenças.....	02
Federação das Indústrias do RS (FIERGS).....	01
Federação das Associações Comerciais do Estado do RS (FEDERASUL).....	01
Federação da Agricultura do RS (FARSUL).....	01
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural (AGAPAN).....	01
Ação Democrática Feminina Gaúcha (ADFG) – Amigos da Terra.....	01
Conselhos Regionais de Saúde.....	05
Representação das pessoas portadoras de deficiências.....	01
Representação das entidades de defesa do consumidor.....	01
Fórum Gaúcho de Saúde Mental.....	01
Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do RS (Sindisepe).....	01
TOTAL.....	26

§ 1º A ampliação ou qualquer outra alteração na composição do Conselho Estadual de Saúde deverá ser previamente deliberada por seu Plenário, para posterior regulamentação mediante Projeto de Lei.

§ 2º Os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde serão nomeados pelo Governador do Estado, mediante indicação formal dos respectivos órgãos e entidades que representarem.

§ 3º Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão propor a substituição de seus respectivos representantes.

§ 4º Será dispensado o conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas, no período de um ano.

Art. 5º – As decisões do Conselho Estadual de Saúde serão consubstanciadas em Resoluções.

Parágrafo único – O Secretário da Saúde e do Meio Ambiente, na qualidade de Gestor do Sistema Único de Saúde/RS, terá o prazo de 30 (trinta) dias para homologar sobre as Resoluções.

Art. 6º – O Conselho Estadual de Saúde será constituído por Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica, Comissões Especiais e Comissão de Fiscalização.

§ 1º O Plenário constitui-se em instância máxima de deliberação do Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º Os membros da Mesa Diretora, inclusive seu Presidente, serão eleitos entre os conselheiros titulares, que compõem o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, mediante voto direto, para um período de dois anos.

§ 3º Para a composição da Mesa Diretora do CES, deverá sempre ser respeitada a paridade no parágrafo único do artigo 3º desta Lei.

Art. 7º – A competência, as atribuições e a estrutura administrativa, financeira e operacional do Conselho Estadual de Saúde serão regulamentadas em regimento interno, elaborado e aprovado pelo seu Plenário, nos termos da Lei.

Art. 8º – Ao Conselho Estadual de Saúde compete, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:

I – Acompanhar e controlar a movimentação e o destino dos recursos na execução orçamentária da Secretaria da Saúde;

II – Definir critérios para a celebração de contratos entre o setor público e entidades privadas no que tange à prestação de serviços de saúde;

III – Avaliar as unidades do setor privado prestador de saúde que serão contratadas para atuarem de forma complementar no SUS, bem como acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação das mesmas;

IV – Promover a ampla descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos recursos financeiros;

VI – Atuar para o desenvolvimento e formação dos Conselhos Regionais, Municipais e Locais de Saúde;

VII – Apreciar e aprovar previamente convênios e termos aditivos a serem firmados pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;

VIII – Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;

IX – Acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul;

X – Estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução;

XI – Apreciar e aprovar a proposta do plano plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e do orçamento anual da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;

XII – Apreciar e aprovar o Plano de aplicação e prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua movimentação.

XIII – Apreciar e aprovar os Relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo Gestor Estadual;

XIV – Apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua implementação;

XV – Estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o Sistema Único de Saúde no Estado;

XVI – Aprovar o regulamento, a organização e as normas de funcionamento das Conferências Estaduais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente;

XVII – Formular diretrizes e instruções para a formação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde;

XVIII – Outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que se referirem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 9º – Caberá ao Poder Executivo, através da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, órgão responsável pela execução e gerenciamento do Sistema Único de Saúde, garantir ao Conselho Estadual de Saúde todo o apoio administrativo, operacional, econômico-financeiro, recursos humanos e material, necessários ao seu pleno e regular funcionamento.

Art. 10 – Será assegurado a todos os conselheiros do CES/RS o custeio de despesas de deslocamento e manutenção quando no exercício de suas funções.

Parágrafo único – Os conselheiros do CES/RS, quando em representação do órgão colegiado, terão direito a passagens e diárias no valor atribuído ao Padrão 20 (vinte) do Quadro Geral dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

Art. 11 – Caberá ao gestor estadual do Sistema Único de Saúde – Secretaria Estadual da Saúde e Meio Ambiente – a responsabilidade de convocar e instalar o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação desta Lei.

Art. 12 – O Conselho Estadual de Saúde poderá criar Comissões Temáticas Intersecretoriais, de âmbito estadual, a ele subordinadas, para fins de estudo de questões de interesse da saúde coletiva.

Parágrafo único – As Comissões Temáticas terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a Saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 13 – O Plenário do Conselho Estadual de Saúde, nos termos do artigo 7º, terá prazo de 60 (sessenta) dias, após a publicação desta Lei, para elaborar seu regimento interno.

Art. 14 – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15 – Revogam-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 31 de janeiro de 1994.