

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

Bárbara Virgínia Groff da Silva

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no contexto de institucionalização e  
implantação do SUS (1988-1993).

Porto Alegre

2012

Bárbara Virgínia Groff da Silva

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no contexto de institucionalização e  
implantação do SUS (1988-1993).

Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em  
História apresentado ao Departamento de História da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do  
título de Licenciada em História

Orientadora: Céli Regina Jardim Pinto

Porto Alegre

2012

Bárbara Virgínia Groff da Silva

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no contexto de institucionalização e  
implantação do SUS (1988-1993).

Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em  
História apresentado ao Departamento de História da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do  
título de Licenciada em História.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Simone Rodeghero (UFRGS)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Rodrigues de Freitas Moritz (UFRGS)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Céli Regina Jardim Pinto (UFRGS)  
Orientadora

---

## AGRADECIMENTOS

Quero aproveitar esse espaço dentro do Trabalho de Conclusão de Curso para agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nesses cinco anos de faculdade. Aprendi e convivi com cada uma delas e esse é um dos momentos para reconhecer a contribuição deles na minha trajetória.

Primeiramente, agradeço a ajuda, orientação e paciência da professora Céli Pinto, orientadora desse trabalho, que sempre me atendeu com muita atenção nesses meus primeiros passos dentro dos trabalhos da academia. Aproveito para agradecer à UFRGS e a todos seus funcionários e professores, principalmente aos docentes em que fui aluna. Em relação a esta pesquisa, gostaria de agradecer ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em disponibilizar seus arquivos para que eu pesquisasse as antigas atas das suas reuniões.

Durante a faculdade, pude participar como estagiária e bolsista de duas experiências que contribuíram muito para minha formação profissional como docente e historiadora. Agradeço ao pessoal do Museu da História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM), tanto a direção e setor educativo, pela oportunidade, como o pessoal que compartilhou comigo a “entrada do museu” pelo companheirismo e conversas. Da mesma forma, agradeço a todos os envolvidos com o PIBID, tanto da Escola Técnica Estadual Irmão Pedro quanto da Faculdade de Educação da UFRGS.

Não posso deixar de mencionar as amigas que tenho desde o tempo da escola. Agradeço as minhas queridas amigas Andressa, Djamila e Rafaela, e suas respectivas famílias, pela amizade e convívio ao longo desses anos e todas as mudanças que ocorreram nesse meio tempo.

Tive muita sorte de entrar na faculdade e encontrar uma turma tão parecida entre si. Agradeço a todos meus colegas da barra /08 (em ordem alfabética: Alexandra, André, Camila, Carolina Di Laccio, Carolina Santos, Daiane, Diego, Fernanda, Gabriel, Julia, Larissa, Lutero, Paulo Sérgio, Rafael, Rhuan, Sabrine, Said e Simone) pela amizade, apoio, conversas, intervalos, RUs, cafés, festas, fichamentos, companheirismo e convivência nesses cinco anos que tornaram minha trajetória na UFRGS mais alegre e fraterna. Desejo a todos uma carreira promissora.

Por fim, e não menos importante, agradeço aos meus familiares que apoiaram as minhas escolhas e sempre me incentivaram. O apoio de vocês, em momentos alegres e principalmente nos difíceis, foi muito importante para mim. Agradeço, com todo meu

coração, ao cuidado, carinho, amor, preocupação, convívio e presença que meu pai e minha mãe tiveram e tem na minha vida. Lamento que a morte do meu pai tenha acontecido antes do término desse ciclo, ele com certeza ficaria feliz em ver meus últimos trabalhos da graduação e a tão esperada formatura. Partilho esses momentos finais da faculdade (e os demais que estão por vir) com a minha mãe, a pessoa que eu mais amo nesse mundo.

## **RESUMO**

Este trabalho analisa o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) no contexto da institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisadas as atas das reuniões do conselho e as normatizações estaduais e nacionais para o novo sistema de saúde ocorridas entre os anos de 1988 e 1993. O recorte cronológico inicia-se em 1988 devido à promulgação da Constituição com os primeiros artigos sobre o SUS e se encerra em 1993 porque o conselho termina seu processo de reestruturação, de maneira a começar o próximo ano com as normatizações publicadas de acordo com SUS e que estão em vigor até o presente ano. Os assuntos abordados pelas atas referem-se aos diferentes decretos que reorganizam o conselho e seus conselheiros, as entidades que estavam presentes em suas reuniões, os conflitos entre o CES/RS e o governo estadual através da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente e as discussões sobre o novo sistema de saúde que estava sendo implantado naquele momento.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Descentralização de Saúde no Rio Grande do Sul

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Composição do CES/RS de acordo com o decreto nº 33.199/89.....29

Tabela 2 – Composição do CES/RS de acordo com o decreto nº 34.213/92.....40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABO/RS** – Associação Brasileira de Odontologia

**ADFG – Amigos da Terra** – Ação Democrática Feminina Gaúcha – Amigos da Terra

**AGAPAN** – Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural

**AGPSA** – Associação Gaúcha dos Prestadores de Saúde Ambulatorial

**AGPSSA** – Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviços de Saúde Ambulatoriais

**AIS** – Ações Integradas de Saúde

**AMRIGS** – Associação Médica do Rio Grande do Sul

**ASEDISA** – Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde

**CAP** – Caixa de Aposentadoria e Pensão

**CES/RS** – Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

**CIMS ou CLIS** – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

**Ciplan** – Comissão Interministerial de Planejamento

**CIS** – Comissão Interinstitucional de Saúde

**CNBB** – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**CORSAN** – Companhia Rio-grandense de Saneamento

**CREMERS** – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul

**CRIS** – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

**CGT** – Central Geral dos Trabalhadores

**COREN/RS** – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

**CREMERS** – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

**CUT** – Central Única dos Trabalhadores

**DMA** – Departamento do Meio Ambiente

**DOE/RS** – Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul

**DRT/MT** – Delegacia Regional do Trabalho/ Ministério do Trabalho

**EMATER/RS** – Associação Rio-grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural

**FAMURS** – Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul

**FARSUL** – Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul

**FEDERASUL** – Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul



**FECOTRIGO** – Federação das Cooperativas de Trigo e Soja do Rio Grande do Sul

**FETAG** – Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul

**FETAPERGS** – Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Rio Grande do Sul

**FIERGS** – Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul

**FRACAB** – Federação Rio-grandense de Associações Comunitárias e Moradores de Bairros

**GAPA/RS** – Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS – seção Rio Grande do Sul

**IAP** – Instituto de Aposentadoria e Pensão

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

**IPERGS** – Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul

**LAFERGS** - Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul

**LBA/RS** – Legião Brasileira de Assistência – seção Rio Grande do Sul

**MEC** – Ministério da Educação

**PGE** – Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul

**PGJ** – Procuradoria Geral de Justiça

**RS** – Rio Grande do Sul

**SCP** – Secretaria de Coordenação e Planejamento

**SEAC/RS** – Secretaria Especial de Ação Comunitária

**SEC/RS** – Secretaria da Educação do Rio Grande do Sul

**SIMERS** – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

**SSMA** – Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente

**STASC** – Secretaria do Trabalho, Assistência Social e Comunitária

**SUCAM/MS** – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública/Ministério da Saúde

**SUDS** – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. REFORMULAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E POLÍTICAS DA SAÚDE: ELABORAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E PRIMEIRAS LEGISLAÇÕES SOBRE O SUS.....</b>	<b>13</b>
2.1. A Organização da Saúde no Brasil Anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS).....	13
2.2. Mudanças em foco: abertura política e reivindicação por melhorias na saúde e participação nas decisões estatais.....	16
2.3. Sistema Único de Saúde (SUS): primeiros momentos após a sua institucionalização.....	20
<b>3. O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL DURANTE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS (1988-1990).....</b>	<b>23</b>
3.1. Apontamentos teóricos sobre os Conselhos de Saúde: características, participação e composição.....	24
3.2. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1988-1990): momentos de transição entre o SUDS e o SUS.....	28
<b>4. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO SUS (1991-1993).....</b>	<b>36</b>
4.1. 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.....	37
4.2. Decreto Estadual nº 34.213/92: reorganizações para o SUS e denúncias de inconstitucionalidade.....	40
4.3. Conflitos referentes ao Regimento Interno do CES/RS.....	44
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

“*A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]*” (BRASIL, 1988). Essa frase, presente no artigo 196 da Constituição de 1988, sintetiza a luta do movimento pela Reforma Sanitária presente no Brasil durante a década de 1980, cujo objetivo era transformar as estruturas e políticas de saúde, defendendo um novo sistema universal, descentralizado e participativo. Conforme Silvia Gerschman (1995),

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, nesse sentido, é definida como um **direito do cidadão** e, conseqüentemente, um **dever do Estado** [destaque da autora]. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças. Transformações são necessárias na política de saúde para que isto se efetive. Assim, as políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram: a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e, por último, a readequação financeira do setor (GERSCHMAN, 1995, p. 42).

De acordo com Angela Gomes (2011), a ideia de participação da sociedade nas decisões governamentais, que era defendida nesse período da década de 1980, levava em consideração a abertura de canais democráticos com margens para deliberação e permeabilidade das demandas populares, favorecendo a interlocução entre Estado e sociedade. Esses canais democráticos foram institucionalizados pela Constituição de 1988 através dos conselhos gestores. A novidade desses conselhos, de acordo com Tatagiba (2002), estava relacionada com a composição plural e paritária dos seus membros, favorecendo um processo de discussão para as definições de acordos e com o respaldo legislativo que reconhecia esses espaços como instâncias deliberativas.

Os conselhos ocorreram em distintas políticas públicas. Entretanto, o enfoque desse trabalho está relacionado aos conselhos gestores na área da saúde dentro do contexto de institucionalização e implantação de um novo sistema de saúde (SUS). A partir desse enfoque, selecionamos o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) como objeto de análise.

O CES/RS surgiu em 1966 com propósitos distintos de funcionamento se comparados com as propostas de participação de instâncias colegiadas ao novo sistema de saúde em vigor a partir de 1988. O questionamento principal era sobre o processo de reestruturação que este conselho teve que passar para se adequar às novas políticas nacionais de saúde. Quais os assuntos abordados em suas plenárias? Quem compunha o conselho? Como ocorreram essas transformações?

Este trabalho utilizou como fontes as atas das reuniões do conselho<sup>1</sup> entre os anos de 1988 e 1993 e as normatizações nacionais e estaduais sobre o SUS. O recorte temporal foi definido entre 1988 e 1993 em consequência do momento de implantação do SUS. Em 1988, o Sistema Único de Saúde foi institucionalizado pela Constituição. A partir de 1990, as legislações e normatizações específicas do sistema começaram a ser publicadas organizando a forma que a implantação do SUS se desenvolveria no Brasil. O momento de reorganização do conselho se encerrou em 1993, pois no ano seguinte foram publicados a lei que regulamenta o conselho até o presente momento e o seu regimento interno (também em vigor atualmente). Essa lei e regimento por estarem em vigor, orientando as ações do conselho no âmbito do SUS, são desconsiderados desse trabalho por não pertencerem aos primeiros momentos de reestruturação do conselho.

Este trabalho está dividido em três capítulos: o primeiro pretende realizar uma contextualização sobre a elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, durante a transição da ditadura civil-militar para os primeiros anos da democracia. O segundo capítulo apresenta algumas reflexões teóricas sobre os conselhos gestores constituídos a partir de 1988 e enfoca o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e seus temas recorrentes nas atas entre 1988 e 1990. O terceiro capítulo analisa as atas do CES/RS entre 1991 e 1993, salientando as discussões mais presentes nas plenárias naqueles anos: a 1ª Conferência Estadual de Saúde, o decreto de recomposição do conselho e a disputa entre conselheiros e a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente para aprovação do regimento interno do CES/RS.

---

<sup>1</sup> As atas estão localizadas no arquivo do próprio CES/RS. O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul encontra-se atualmente no vigésimo andar do Centro Administrativo Fernando Ferrari, na Avenida Borges de Medeiros, número 1501, em Porto Alegre.

## **2. REFORMULAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E POLÍTICAS DA SAÚDE: ELABORAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E PRIMEIRAS LEGISLAÇÕES SOBRE O SUS.**

A proposta nacional de uma política de saúde universal, participativa e descentralizada do Sistema Único de Saúde, que surgiu na década de 1980 no Brasil, alterou profundamente a questão do atendimento à saúde por parte do Estado. De forma resumida, podemos afirmar que a saúde no Brasil até a institucionalização do SUS era dividida entre: um grupo minoritário, com condições financeiras para privatizar seu atendimento, não estando interessado no auxílio do governo; outro grupo que possuía o direito de usufruir o atendimento à saúde organizado pelo Estado; e um terceiro grupo, majoritário, que dependia de caridade ou de um setor do governo que não dispunha de recursos suficientes para gerenciar os serviços em relação à demanda de tantos indivíduos solicitando assistência.

Essa divisão da população entre aqueles com direito de atendimento à saúde pelo governo e aqueles vinculados a setores governamentais menos estruturados e com dificuldades financeiras foi sendo repassada, ao longo do tempo, por distintos organismos ou setores criados para essa tarefa. Entretanto, a linha que dividia um grupo de outro permanecia a mesma: o trabalho legalizado. Não bastava trabalhar, a pessoa tinha que estar regularizada e em um ambiente de trabalho reconhecido pelo Estado. Se a pessoa trabalhasse dentro das regras, com carteira assinada, contribuindo para a Previdência Social, era considerada “possuidora de direitos”, usufruindo os serviços de saúde de uma maneira mais organizada do que aqueles indivíduos que estavam no outro grupo, o grupo dos “não-cidadãos”, aqueles que não mereciam auxílio e atendimento estatal e estavam à margem da cidadania, restando somente a caridade (CARVALHO, 2008).

Neste capítulo procuramos contextualizar a elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde para que possamos nos próximos dois capítulos enfocar o nosso objeto de pesquisa que é o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

### **2.1. A Organização da Saúde no Brasil Anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS).**

O primeiro formato de previdência que surgiu no Brasil foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) a partir de 1923. Essas Caixas eram organizadas entre os empregados e os patrões, com o mínimo de envolvimento do Estado. Os primeiros trabalhadores beneficiados foram os ferroviários, seguidos pelos marítimos e portuários. Entre os benefícios oferecidos aos que participavam dessas CAPs estavam: os socorros médicos dos

trabalhadores ou de suas famílias, medicamentos com preços mais baixos, aposentadorias e pensões para os herdeiros em caso de morte (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

De acordo com Maria Bravo (2006), a política de saúde entre as décadas de 1930 e 1960 era organizada em dois subsetores: o de saúde pública, articulado em torno do Ministério da Saúde, e o de medicina previdenciária. Durante a década de 1930, as CAPs foram sendo extintas e em seus lugares foram elaborados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) novamente dividido por profissões, porém com a participação e centralização estatal maior em comparação com as CAPs.

As CAPs tinham como atribuições, estabelecidas na legislação nesta ordem de prioridades, “[...] a prestação de serviços médicos (em 1926 incluindo ‘hospitalares’); a venda de medicamentos ‘a preços especiais’; a concessão de aposentadorias; de pensões; e de outros benefícios menores” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985, p. 65). Com os IAPs as questões relativas à previdência (por exemplo aposentadorias e pensões) tiveram prioridade no atendimento aos contribuintes em comparação com as demandas da saúde, que além de passar para segundo plano, agora contavam com um limite de despesa estabelecido em lei. O enfoque da assistência médica e hospitalar começou a não ser considerado atribuição das instituições previdenciárias:

Estas são "destinadas" a conceder aposentadorias e pensões. Este é o seu fim, sua atribuição específica, sua obrigação contratual para com os associados, sua natureza. Quase como uma concessão, "poderão" [...] manter serviços de assistência médica", etc., dependentes de uma "regulamentação especial" à parte do regimento ordinário, e apenas "enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social", ou seja, enquanto o Estado não tratar de assumir o que é visto agora como encargo exclusivamente seu e não das instituições de Previdência (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985, p. 69).

Devido ao foco deste trabalho estar relacionado ao momento da institucionalização do Sistema Único de Saúde, daremos destaque ao período da história brasileira ocorrido entre a ditadura civil-militar e os primeiros anos da democracia. Este momento foi caracterizado pela transição de um Estado ditatorial e centralizador para um Estado democrático. Diferentes reformas políticas-institucionais ocorreram para promover uma reconfiguração no Estado brasileiro, buscando implantar bases federativas no arranjo estatal centralizado da ditadura civil-militar (ARRETCHE, 1998).

Em relação às políticas sociais (onde está situada a saúde), este recorte temporal pode ser dividido em dois momentos: um primeiro de centralização das políticas, através de um controle administrativo e financeiro organizado pelo Estado, e o segundo a partir da década de 1980, quando se estabeleceu um processo distinto, onde as políticas sociais centralizadas passaram por transformações buscando a sua descentralização, proporcionando maior gerência para os governos locais, tanto em nível estadual ou municipal.

Marta Arretche (1998), em sua tese, estudou as modificações que ocorreram no Sistema de Proteção Social Brasileiro<sup>2</sup> entre o final da década de 1980 e início dos anos 1990. A autora escolheu cinco políticas sociais (educação fundamental, saúde, habitação popular, assistência social e saneamento básico) e seis estados brasileiros (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Bahia, Pernambuco e Ceará) para analisar como ocorreram esses programas de descentralização. A variabilidade de resultados encontrados pela autora correspondeu as diferentes possibilidades administrativas, fiscais, políticas, econômicas e gerenciais dos estados brasileiros. Portanto, o projeto descentralizador que foi proposto e executado entre as décadas de 1980 e 1990 obteve resultados distintos entre os estados e municípios brasileiros, tanto dentro do próprio estado, quanto se comparadas as políticas sociais entre si. De acordo com Arretche (1998), diferentes variáveis interferiram nesse processo de descentralização, como a variação no nível de riqueza econômica dos estados, o porte dos municípios que aderiram, o grau de participação política dos cidadãos, a capacidade fiscal de estados e municípios e as demandas que a política escolhida requeria para sua execução.

A ditadura civil-militar, através de seus mecanismos de centralização, proporcionava uma margem mínima de autonomia para governadores e prefeitos. Maria Alves (2005) argumenta que a “pedra-de-toque” do governo ditatorial era a centralização, com o objetivo de “[...] *criar um Estado de Segurança Nacional capaz de assegurar a ordem imposta e decidida pelos governantes por meio de uma série de novas instituições, leis e regras*” (ALVES, 2005, p. 10).

O desenho organizacional da saúde durante o período da ditadura civil-militar era dual, seletivo e centralizado. Havia duas redes de atendimento à população que funcionavam de maneira independente entre si, dividindo o público entre aqueles que contribuíam para o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e os que não eram contribuintes e dependiam das ações de saúde pública do Ministério da Saúde. Segundo Maria Bravo (2006), apesar das propostas das CAPs e IAPs, a medicina previdenciária somente superou o setor da saúde pública a partir de 1966 com o surgimento do INPS.

O INPS foi criado em 1966<sup>3</sup> através da unificação dos IAPs. De acordo com Oliveira & Teixeira (1985), o momento da incorporação dos Institutos e a oficialização do INPS estava relacionado com a perspectiva de modernização da máquina estatal, com o aumento do poder regulatório sobre a sociedade e o afastamento dos trabalhadores do jogo político. Em 1977

---

<sup>2</sup> Para a autora, o Sistema de Proteção Social Brasileiro pode ser compreendido como: “[...] *uma agregação de políticas setoriais, cujo desenvolvimento institucional ocorreu de modo bastante independente. Isto significa que, para além das distinções derivadas de sua engenharia operacional, estas políticas sociais também divergem no que diz respeito às regras constitucionais pelas quais sua oferta é normatizada e aos mecanismos de policy feedback que interferiram no processo de descentralização*” (ARRETCHE, 1998, p. 5).

<sup>3</sup> BRASIL. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/24/1966/72.htm>

surgiu o INAMPS<sup>4</sup>, autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social que daria atendimento médico, tanto hospitalar quanto ambulatorial, para o público contribuinte do INPS e seus dependentes. As pessoas que não tinham um vínculo contributivo com o INPS eram atendidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, que estavam vinculadas ao Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde desenvolvia ações de saúde pública, como campanhas de vacinação, vigilância sanitária e atividades que abrangiam a população em geral. Marta Arretche (1998) salienta que os investimentos e financiamentos dessas duas formas de atendimento à saúde eram desiguais. Enquanto o INAMPS recebia recursos oriundos do INPS, o Ministério da Saúde disputava os recursos federais, que foram sendo continuamente reduzidos, com outras áreas de políticas públicas ao longo do período ditatorial.

O INAMPS, através de seus escritórios regionais, credenciava e financiava os hospitais, clínicas, laboratórios e médicos particulares para atender os segurados do INPS. De acordo com Marta Arretche (1998) essa terceirização de serviços fortalecia uma concepção de medicina curativa e um modelo de saúde em que as prestações de serviços eram desempenhadas pelos setores privados:

Neste modelo, o setor público financiava e credenciava o setor privado para que este executasse os serviços. Embora órgãos e unidades de saúde pública também prestassem serviços, este era predominantemente prestado pelo setor privado conveniado, quer consideremos o volume de procedimentos ou os valores pagos pelos serviços prestados (ARRETCHE, 1998, p. 204).

A abrangência territorial do INAMPS e a expansão da capacidade instalada viabilizada por seus investimentos (mesmo que no setor privado) provocou, nas palavras de Marta Arretche (1998, p. 205), uma “*massificação dos serviços de saúde no Brasil*”.

(...) o número de estabelecimentos de serviços médicos passou de 13.133 para 30.672, entre 1976 a 1986; uma taxa de crescimento, portanto, de 133%. A rede ambulatorial (estabelecimentos sem internação) teve uma taxa de crescimento de 206% no mesmo período: de 7.823 para 23.952 estabelecimentos. A rede hospitalar, por sua vez, cresceu a taxa bem mais modesta; teve um incremento de 30%: de 5.310 hospitais em 1976 para 6.920 em 1986 (DRAIBE; CASTRO; AZEREDO, 1991 apud ARRETCHE, 1998, p. 205).

## **2.2. Mudanças em foco: abertura política e reivindicação por melhorias na saúde e participação nas decisões estatais.**

Durante a década de 1970, o descontentamento em relação às atitudes do governo ditatorial tornou-se forte e a resistência permaneceu e aumentou com o passar do tempo, com diferentes atores surgindo e protestando contra as decisões e impunidades da ditadura civil-

<sup>4</sup> BRASIL. Lei nº 6.439, de 01 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 set. 1977. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1977/6439.htm>



militar. Sobre essa relação entre Estado e oposição nesse período, Maria Alves (2005) argumenta:

No caso brasileiro, a resistência permanente, em todas as classes, ao regime instalado depois do AI-5, forçou a negociação entre a oposição e o governo militar. O general Golbery do Couto e Silva, durante o governo do general Ernesto Geisel, desenhou com cuidado a teoria da “distensão política”, uma tática de abertura política que deveria seguir passos previamente negociados com a oposição, principalmente a de elite (ALVES, 2005, p. 12).

Nesse lento processo de “distensão política”, com a proposta de uma transição para a democracia e uma abertura “lenta, gradual e segura”, que demandas por liberalização política e justiça social tomaram conta da sociedade. Sobre esse período, Silvia Gerschman (1995) argumenta:

Um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza se traduziu em propostas políticas que se centraram na redefinição de políticas sociais. Estas foram vistas pelos partidos políticos de oposição como iniciadoras de um processo redistributivo de renda; o caminho para a universalização de benefícios sociais para toda a população (GERSCHMAN, 1995, p. 41).

Sobre a relação entre Estado brasileiro e sociedade, Angela Gomes (2011) destaca duas formas de abordagem que estão presentes nos trabalhos acadêmicos. Uma forma identifica uma posição de primazia do Estado sobre a sociedade, que se apresenta ao longo da história republicana brasileira através do autoritarismo e o corporativismo. A outra forma procura destacar iniciativas da sociedade civil, mesmo com o predomínio do Estado, iniciadas principalmente em oposição à ditadura civil-militar e com desdobramentos no período da redemocratização.

A presença da sociedade civil no processo de redemocratização estava pautada pela ideia de participação, com diversos movimentos populares se mobilizando em busca de espaços de participação nas decisões governamentais. Diversos atores sociais se uniram, formando um conjunto variado de movimentos que naquele momento tinham um objetivo maior: acabar com a ditadura civil-militar e recomeçar um regime democrático. Depois de retomada a democracia, as reivindicações por demandas e reconhecimentos de direitos se pluralizariam, e cada movimento social defenderia seus pontos de vista em relação às políticas estatais. Nesse contexto de reivindicação por mais liberdade política, reconhecimento de direitos e demandas particulares dos grupos que compõem a sociedade, além da busca por participação dentro dos processos governamentais, a atuação da sociedade civil ficou associada a dois aspectos: a presença dos movimentos sociais, que adquiriram uma nova identidade democrática, e ao processo de pressão por parte desses movimentos ao Estado e ao sistema político em busca de uma moderna institucionalidade democrática (GOMES, 2011, p. 22).

De acordo com Maria Bravo (2006), a saúde, durante a década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais, deixando de estar reservada somente a técnicos e profissionais da área. A autora destaca os atores envolvidos nas reivindicações relacionadas à saúde nesse período: profissionais de saúde (defendendo não somente questões corporativas, porém melhorias na área), Movimento Sanitário, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos.

O Movimento Sanitário pode ser considerado o mentor do processo de reformulação da área da saúde, pois era um grupo restrito composto de intelectuais, médicos e lideranças políticas opositoras. Segundo Silvia Gerschman (1995), este movimento

Foi influenciado pelo modelo da reforma sanitária italiana e desempenhou, também, um papel importante em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70. A partir da abertura política e no período em que ia bem avançada a transição à democracia, passou a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, assim como, nos governos estaduais e municipais (GERSCHMAN, 1995, p. 41).

As propostas e reivindicações defendidas pelo Movimento Sanitário e pelos demais atores envolvidos com essa temática eram: universalização do acesso aos serviços de saúde; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reordenamento do setor com uma nova perspectiva sobre a saúde individual e coletiva; criação de um sistema único de saúde com predomínio do setor público; descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde; financiamento efetivo; além da participação e controle da população através dos conselhos de saúde.

Estas proposições de transformações no sistema foram amplamente discutidas para a organização da VIII Conferência Nacional da Saúde<sup>5</sup>, que aconteceu em março de 1986, em Brasília, com cerca de cinco mil participantes de todo o país:

A participação no evento foi muito significativa: precedida de mobilizações em pré-conferências estaduais, extrapolou o já abrangente espectro de agentes definidos na convocação e no regimento interno. Foi garantida a autonomia das entidades, na escolha de seus representantes, e das pré-conferências, na escolha das bancadas estaduais, embora o tamanho das mesmas ficasse a critério da comissão organizadora. Ocorreu sem a participação do setor privado, mas, em contrapartida, com uma expressiva representação dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 47).

<sup>5</sup> As Conferências Nacionais de Saúde existiam antes da institucionalização do SUS. A primeira foi convocada em 1941, no governo Vargas, com propostas sanitárias e assistenciais aos estados, com especial atenção as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. As convocações ocorriam de acordo com o governo vigente e não havia um prazo determinado para sua organização. Durante o governo militar foram convocadas quatro conferências (1967, 1975, 1977 e 1980). Em 1990, foram oficializadas, junto com os conselhos de saúde, como instâncias colegiadas de participação em todos os níveis federativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041). Acesso: 17 nov. 2012).

Na VIII Conferência Nacional da Saúde o município ressurgiu como a instância privilegiada de descentralização das ações em saúde e, segundo a argumentação de Maria Rabelo (1998), foram reafirmados três pontos principais na luta pela reforma sanitária:

- a) A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde;
- b) A saúde é um direito de cidadania e dever do Estado;
- c) Há que se buscar a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular (RABELO, 1998, p. 45).

Ao final da VIII Conferência foi constituída uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que teria o objetivo de implementar o projeto da reforma na esfera do governo para que essas diretrizes fossem aprovadas na nova Constituição. Sendo assim,

[...] a Constituição de 1988 estabeleceu as regras para a institucionalização de um novo modelo de saúde. Estabeleceu-se, por regra constitucional, que o Sistema Nacional de Saúde deveria ser universal, hierarquizado, público e com comando único em cada esfera de governo. Além disto, a unificação dos órgãos públicos de saúde dos três níveis de governo, em um sistema nacional hierarquizado, bem como a decisão de que a atuação do setor privado seja complementar à cobertura ofertada pelo setor público, implicaram profundo redesenho dos mecanismos operacionais até então vigente (ARRETCHE, 1998, p. 209).

Antes da promulgação da Constituição de 1988 e diante das articulações e protestos dos movimentos que defendiam mudanças no sistema de saúde, alguns programas que almejavam ou uma descentralização de funções ou a unificação dos sistemas de saúde foram propostos pelo governo. De acordo com Amélia Cohn (1987), o foco dessas mudanças estava relacionado à racionalização do sistema em vigor com o objetivo da descentralização:

[...] não se trata mais, fundamentalmente, de buscar um divisor de competências e clientela entre o Ministério da Saúde e a Previdência e Assistência Social, mas parte-se agora da premissa de uma integração da área de atuação de ambos, viabilizada através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Essas Secretarias, através de convênios tripartites (União, estado e município), implementarão, sob sua responsabilidade, a assistência médica, construindo um sistema unificado e integrado de saúde. À medida que à União ficará reservada a tarefa normatizadora e de repasses de recursos para essas outras esferas de poder, viabiliza-se por essa via a descentralização. (COHN, 1987, p. 56).

Entre esses programas precursores ao SUS, é possível citar as AIS e o SUDS. As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram um convênio assinado entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde. Silvia Gerschman (1995) explica que o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS)

[...] propunha mudanças na relação entre o setor público/privado, passando a privilegiar o financiamento do setor público. Pretendia-se também alterar o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna ao setor público, e dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços. Ainda que se tratando de experiência parcial, pois seria implementada apenas em alguns estados e municípios, a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciada em 1982, previa de maneira

incipiente a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, o que se constituiria também numa primeira tentativa de descentralização do Sistema de Saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 42).

As instâncias de participação presentes nas AIS eram comissões interinstitucionais de vários níveis federativos<sup>6</sup> que contavam com a participação de: gestores governamentais, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). De acordo com Amélia Cohn (1987), esses órgãos colegiados foram pouco efetivos, com baixo índice participativo e atrelados à burocracia para a solução das exigências que surgiam em suas reuniões.

Os resultados obtidos pelas AIS foram insuficientes, no entanto, as propostas de descentralização e unificação dos sistemas ganharam cada vez mais adeptos. A outra tentativa de descentralização ocorreu com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), programa implantado em 1987, obtendo melhores resultados que as AIS e reafirmando o princípio da participação, através das comissões interinstitucionais, e com a recomendação de criação de conselhos de saúde nos estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A proposta era reafirmar os princípios defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e trabalhar a unificação e descentralização com os estados que, através de suas secretarias de saúde, assumiriam o compromisso de acelerar a municipalização e promover a adesão de seus municípios ao convênio SUDS. Marta Arretche (1998) explica que

Com o SUDS, através de convênios, os estados incorporaram: i) as funções das Diretorias Regionais do INAMPS: a gestão dos convênios e dos pagamentos dos serviços das redes conveniadas; ii) a rede própria de atendimento do INAMPS e iii) os funcionários deste órgão, incorporados em grande parte aos quadros do serviço estadual. Pelo SUDS, a Secretaria de Saúde de cada estado comprometia-se a gerir a unificação das unidades da rede pública e a promover uma reforma administrativa no plano estadual, destinada a tornar possível a realização de suas novas funções (ARRETCHÉ, 1998, p. 210).

### **2.3. Sistema Único de Saúde (SUS): primeiros momentos após a sua institucionalização.**

Apesar destas tentativas do governo de promover modificações ou propostas de unificações do sistema de saúde, a transformação aconteceu somente com a Constituição de 1988 devido à legalização de diversas demandas reivindicadas pelos movimentos favoráveis pela reforma sanitária. Foi institucionalizada a concepção de uma saúde universal, igualitária, preventiva e não apenas curativa, sendo um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, Maria Bravo (2006) destaca que

O texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores

<sup>6</sup> As comissões interinstitucionais das AIS eram: Ciplan (Comissão Interministerial de Planejamento); CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde); CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde) e CLIS ou CIMS (Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados (BRAVO, 2006, p. 11).

Após a promulgação da Carta Constitucional com os princípios do que seria o Sistema Único de Saúde, distintas legislações foram publicadas para normatizar e orientar as políticas e configurações do SUS. Em 1990, foram aprovadas duas leis referentes ao SUS que são fundamentais para sua configuração: a lei nº 8.080<sup>7</sup> (Lei Orgânica da Saúde, aprovada com alguns vetos) e a lei nº 8.142<sup>8</sup> (que regulamenta, entre outras questões, a participação da comunidade através dos conselhos de saúde e as conferências de saúde).

Os vetos ocorreram por parte do então Presidente da República Fernando Collor de Mello. Collor iniciou seu mandato em 1990, com uma perspectiva de governo que ia de encontro às propostas de democratização, ampliação da participação nas decisões da área da saúde e definição pelos conselhos de saúde do destino dados aos recursos financeiros.

O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 112).

Os vetos do presidente Collor para o texto da lei nº 8.080/90 foram para os seguintes assuntos: participação da comunidade, através dos conselhos e conferências; caráter deliberativo dos conselhos; financiamentos automáticos da saúde em nível municipal, através dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Apesar do veto do presidente em relação à participação da comunidade através dos conselhos e conferências de saúde, no texto da lei nº 8.142/90 essas duas formas de participação conseguiram ser recuperadas. Sobre os conselhos, eles foram considerados instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo.

Portanto, os debates que ocorriam sobre a interlocução entre Estado e sociedade civil defendiam uma maior permeabilidade por parte do Estado no reconhecimento das demandas, reivindicações e propostas dos movimentos sociais na formulação de políticas que

<sup>7</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

<sup>8</sup> BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

garantissem os direitos desses grupos diversificados. No entanto, os movimentos sociais não estavam satisfeitos somente ao reconhecimento de direitos e a elaboração de políticas por parte do Estado. A discussão também ocorria no sentido de

(...) ter canais que permitissem o estabelecimento de um processo de interlocução com o mesmo. A participação não estava somente em apresentar a demanda, mas na discussão sobre ter canais que a viabilizassem, ou seja, de como e quais seriam esses canais (GOMES, 2011, p. 23).

Essa nova oportunidade de participação, agora de forma legal, obrigou a uma reorganização dos movimentos sociais, pois a atuação deveria ser distinta, não mais pressionando por participação, porém aprendendo a negociar e atuar de maneira distinta daquela que eles haviam desenvolvido até o momento. O Estado teve que reconhecer que os movimentos populares não eram adversários, mas interlocutores válidos, tendo seu espaço garantido dentro de novas arenas políticas entre Estado e sociedade civil. A interação entre eles tornou-se cada vez mais complexa, burocratizada e técnica, com a necessidade de assessoriais especializadas para facilitar a compreensão das novas regras institucionais e a interação maior entre as instituições e movimentos. (GOMES, 2011, p. 27).

Este capítulo teve como objetivo realizar uma contextualização sobre a questão da saúde no Brasil, dando destaque para as décadas de 1980 e 1990, quando começaram a surgir reivindicações por melhorias na qualidade de vida das pessoas e por mudanças governamentais diante da política e repressão exercida pelo governo ditatorial. O novo sistema de saúde que foi elaborado e institucionalizado nesse momento contava com a participação da sociedade civil em suas decisões através dos conselhos de saúde. Os próximos capítulos concentram-se no objeto desta pesquisa, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, buscando analisar suas reformulações e discussões entre seus membros referentes às mudanças apresentadas nessa contextualização.

### 3. O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL DURANTE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS (1988-1990).

O Conselho Estadual de Saúde possui origem anterior às discussões que levaram a institucionalização do SUS. Através do decreto estadual nº 17.868, de 26 de abril de 1966<sup>9</sup>, foi constituído o Conselho Estadual de Saúde como órgão da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Rio Grande do Sul. Durante a década de 1970, foram publicados dois regulamentos para este conselho: o primeiro em 1970<sup>10</sup>, que logo foi substituído por outro em 1973<sup>11</sup>, permanecendo em vigor até o final da década de 1980.

O conselho, nesse ínterim, possuía caráter consultivo e era formado por dezesseis conselheiros designados pelo Secretário Estadual de Saúde. De acordo com o decreto publicado em 1973, não havia composição paritária entre seus conselheiros e a plenária do conselho era integrada por: representantes do governo (totalizando nove integrantes<sup>12</sup>), entidades (com três representações<sup>13</sup>) e profissionais da área da saúde pública (com quatro categorias<sup>14</sup>). Suas atribuições estavam relacionadas aos seguintes assuntos: identificar necessidades existentes na área da saúde, colher opiniões de profissionais para a proposição de melhorias no sistema de saúde e resolver demandas internas do conselho (como o relatório de atividades anuais a ser entregue ao Secretário de Saúde, a composição do regimento interno, as eleições do presidente e vice-presidente, etc).

A trajetória histórica do CES/RS que é objeto de análise deste trabalho está relacionada com o processo de institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde. Portanto, este capítulo será dividido em duas seções: primeiro uma abordagem teórica sobre os conselhos constituídos no contexto de descentralização de políticas da saúde, unificação do sistema e incentivo à participação dos atores envolvidos com as demandas do setor. Depois realizaremos uma análise sobre as atas das reuniões do CES/RS ocorridas entre os anos de 1988 e 1990.

---

<sup>9</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 17. 868, de 26 de abril de 1966. Dá nova estrutura à Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde fixa a respectiva lotação de cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções gratificadas e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS, nº 244, ano XXIV, 12 de maio de 1966.

<sup>10</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 20.578, de 01 de outubro de 1970. Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde, criado pelo Art. 1º Decreto nº 17. 868, de 26 de abril de 1966. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS, nº 69, ano XXIX, 02 de outubro de 1970.

<sup>11</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 22.692, de 10 de outubro de 1973. Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS, nº 75, ano XXXII, 10 de outubro de 1973.

<sup>12</sup> Os representantes eram dos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, Superintendência do Desenvolvimento do Extremo Sul, Companhia Rio-grandense de Saneamento, Instituto Nacional da Previdência Social e cinco funcionários da Secretaria de Saúde.

<sup>13</sup> Associação Brasileira de Engenharia, Sociedade de Veterinária do RS e Associação dos Hospitais.

<sup>14</sup> Associação Médica do RS, Associação Brasileira de Odontologia/RS, Associação Brasileira de Enfermagem e Associação dos Farmacêuticos Químicos.

### 3.1. Apontamentos teóricos sobre os Conselhos de Saúde: características, participação e composição.

Os conselhos de saúde no contexto de implementação do SUS foram instituídos através da lei nº 8.142, de dezembro de 1990. Estes conselhos se inserem nas propostas participativas do novo sistema conjuntamente com as conferências de saúde<sup>15</sup>. Estes são as duas instâncias colegiadas que articulam atores com propostas diversas de atuação dentro do sistema de saúde para deliberações sobre o mesmo. De acordo com Célia Ramos (1996):

No modelo brasileiro, os Conselhos de Saúde não são os únicos órgãos controladores das ações do SUS. A importância e peculiaridade que apresentam é serem de natureza mista em sua composição. Outras formas de controle são as Comissões de Saúde existentes nas diferentes esferas do poder Legislativo, e na esfera do Judiciário espera-se o aperfeiçoamento gradual do sistema através do cumprimento das leis e a defesa dos direitos do cidadão quanto à sua saúde. Outras instâncias do Estado que atuam na ação fiscalizadora são os tribunais de contas, em seus diferentes níveis (RAMOS, 1996, p. 329).

Maria Gohn (2002) argumenta que o Brasil possui experiências com conselhos em diferentes áreas do governo, com distintos formatos e funções, estabelecidas ao longo do tempo. A autora destaca três formações distintas de conselhos que podem ser observadas ao longo da história brasileira: conselho de “notáveis”, conselhos populares e conselhos gestores. Os conselhos de “notáveis” perdurou até a década de 1970 em diferentes setores governamentais (como saúde ou educação). Esses conselhos ficaram conhecidos por congregar “notáveis”, pessoas influentes na sociedade ou especialistas na área, que eram nomeados pelo governo para participarem desses espaços. Esta forma de conselho pode ser caracterizada como uma assessoria especializada e com atuação indireta na gestão pública. Nessa época, não havia o aspecto deliberativo do conselho e nem a negociação de conflitos entre interesses de atores divergentes que compunham a plenária, particularidade que se tornou presente nos conselhos posteriores a 1988.

Entre 1970 e o final da década de 1980, ocorreram os conselhos populares. No contexto de abertura política e de exigência de direitos reprimidos durante o período ditatorial, esses conselhos foram propostas elaboradas por setores sociais que requeriam maior participação nas decisões do governo. A participação era compreendida, naquela época, como

[...] esforços organizados para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlam a vida em sociedade. Esses esforços deveriam partir fundamentalmente da sociedade civil organizada em movimentos e associações comunitárias. O povo, os excluídos dos círculos do poder dominante eram os agentes e os atores básicos da participação popular (GOHN, 2002, p. 11).

<sup>15</sup> De acordo com a lei nº 8.142/90 estabeleceu-se que: “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde”.



A luta pela retomada do regime democrático no país favoreceu que as reivindicações por melhores condições de saúde, moradia, saneamento, educação fossem somadas a movimentos sociais que buscavam defender outros direitos, como: questões ambientais, direitos de grupos étnicos, de pessoas com diversas orientações sexuais, etc. De acordo com Soraya Côrtes (2009), o Brasil nesse momento tornou-se

[...] um dos principais “laboratórios” de experiências e de análise da participação social na gestão pública. Dentre as áreas de política pública, a de saúde foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação (CÔRTEZ, 2009, p. 103).

Essa efervescência presente na década de 1980 foi sintetizada por Vera Telles (2001):

Em primeiro lugar, encerramos a década de 80 diante de uma sociedade que não apenas se quer moderna como, em alguma medida, se fez moderna: é uma sociedade que se industrializou e se urbanizou, que gerou novas classes e grupos sociais, novos padrões de mobilidade e de conflito social, deixando para trás o velho Brasil patriarcal; é uma sociedade portadora de uma dinâmica associativa que fez emergir novos atores e identidades, novos comportamentos, valores e demandas que romperam com os limites da ‘ordem regulada’ estruturada nos anos 30; é uma sociedade, finalmente, que nas últimas décadas criou novas formas de organização e de representação coletiva, foi capaz de inventar mecanismos factíveis de negociação e gerenciamento de conflitos, exigindo por isso mesmo a sua autonomia perante o Estado, numa recusa prática da tradição de tutela estatal (TELLES, 2001, p. 13).

Por fim, retomando a classificação de Gohn (2002), os conselhos inscritos na Constituição de 1988 são os conselhos gestores, de caráter interinstitucional, com a função de serem instrumentos mediadores na relação sociedade e Estado, dentro da perspectiva de uma democracia participativa<sup>16</sup> e inseridos em diferentes políticas governamentais. Distintas leis orgânicas foram publicadas para regulamentar a participação por meio de conselhos deliberativos, de composição paritária entre representantes do governo e organizações da sociedade civil. Uma diferença importante dos conselhos gestores em relação aos outros anteriores, é que este articula entidades da sociedade civil com representações governamentais.

A participação social nesse momento foi transformada, pois as pressões que eram exercidas pela sociedade civil para que houvesse espaços de negociação entre suas organizações e o Estado não poderiam mais servir de modelo para sua atuação, devido à institucionalização dos conselhos gestores. A constituição desses canais institucionais modificava a atuação de seus participantes e a questão que era posta para a sociedade civil relacionava-se à qualificação participativa, através do aprendizado das novas regras desse espaço de interlocução com representação mista. Segundo Gohn (2000), a existência do

<sup>16</sup>A democracia participativa diferencia-se da democracia representativa pela participação dos cidadãos em outros espaços que não somente pelo voto direto. Alfredo Gugliano (2004) afirma que as democracias participativas inserem na vida cotidiana dos cidadãos (através de reuniões entre moradores de regiões, discussões relativas ao espaço urbano ou escolha de conhecidos em fóruns de gestão) processos que antes eram restritos aos círculos governamentais, garantindo aos cidadãos seus direitos de elaborar, manifestar e defender as suas convicções.

confronto democrático e da negociação entre atores com proposições políticas distintas tornou-se inevitável para esses espaços e contribuiu para a construção de novos sujeitos políticos.

Em relação aos componentes dos conselhos de saúde, a legislação nº 8.142/90 determinou que representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários fizessem parte dos conselhos em todos os níveis estatais, sendo que a representação dos usuários deveria ser paritária em relação aos demais segmentos. Foi estabelecida através dessa lei que os conselhos deveriam atuar

[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

De acordo com Célia Ramos (1996), o Sistema Único de Saúde inovou na sua proposição de atuação política no Brasil através de propostas definidas de participação e desenvolvimento do controle social<sup>17</sup> do sistema por meio da articulação de três grupos distintos (Estado, setores da saúde e sociedade civil).

De qualquer forma, não há como negar que os Conselhos de Saúde podem ser definidos como um projeto preocupado em assegurar a presença da sociedade civil, de forma realmente efetiva, participativa, na defesa dos interesses da população, na geração de políticas do setor, no acompanhamento da consecução das mesmas e na avaliação do sistema como um todo ou em relação a programas específicos. Sua existência de maneira alguma pretende inibir que a cidadania se organize de forma autônoma e busque formas próprias de reivindicações. Do ponto de vista da subjetividade do discurso político-institucional e jurídico, tal efeito não é sequer desejado, já que a lógica de implantação do SUS pretende, através da descentralização, democratizar a área administrativa, tornar a estrutura de poder mais flexível e possibilitar tomadas de decisão que levem em conta vários pontos de vista. Poderíamos resumir dizendo que é uma tentativa de pensar o sistema como um todo atuando localmente. Tais objetivos, se atendidos, tenderão a promover o fortalecimento da sociedade civil e de seus órgãos participativos (RAMOS, 1996, p. 331).

De acordo com Leonardo Avritzer (1994), Arato e Cohen utilizam as análises de Habermas para conceituar o termo sociedade civil. Habermas compreende a estruturação das sociedades modernas através de dois princípios distintos: a lógica sistêmica e a lógica do mundo da vida. A lógica sistêmica possui estruturas econômicas que estão organizadas “[...] em torno da lógica estratégica do intercâmbio que permite a comunicação por intermédio do código positivo da recompensa” (AVRITZER, p. 28), e estruturas administrativas organizadas “[...] em torno da lógica estratégica do poder, que permite a comunicação por meio do código negativo da sanção” (AVRITZER, p. 28). Sobre a lógica do mundo da vida:

<sup>17</sup> De acordo com Carvalho (1997), o conceito de controle social, no momento de implantação do SUS, foi disseminado como uma prescrição normativa para a democratização das relações entre o Estado e a sociedade. Dessa forma, “[...] a sociedade passa a ser identificada com o interesse geral e o Estado é tido como liminarmente comprometido com interesses particulares” (CARVALHO, 1997, p. 95). Essa apropriação do conceito possui um caráter maniqueísta, pois o Estado e a sociedade convertem-se em entes homogêneos desprovidos de sua complexidade.

Os autores [Arato e Cohen] distinguem no conceito de mundo da vida duas dimensões distintas, uma primeira ligada ao reservatório de tradições imersas na linguagem e na cultura, e uma segunda dimensão, mais institucional, que envolveria os aparatos que não podem nem ser ligados aos estoques de tradições disponíveis nem aos mecanismos sistêmicos de coordenação da ação. Esta dimensão incluiria as instituições e formas associativas que requerem a ação comunicativa para a sua reprodução e contam com os processos de integração social para a coordenação da ação no interior das suas estruturas. É esta dimensão do mundo da vida que os autores identificam com a sociedade civil (AVRITZER, 1994, p. 37).

Dessa forma, a sociedade torna-se multifacetada e não mais dicotômica, com a capacidade de gerar movimentos cuja identidade estaria na sua forma interativa de organização (AVRITZER, 1994). Segundo Céli Pinto (2006), a sociedade civil é uma forma de organização da própria sociedade, onde cada sujeito encontra sua atribuição como cidadão de direito. Portanto, a sociedade civil possui graus distintos de atuação, organização e comprometimento público, pois a sua constituição não é uniforme, englobando desde clubes de mães até a organismos como a Anistia Internacional.

Sobre os conselheiros, Maria Gohn (2002) salienta que a paridade defendida não deveria ser apenas numérica, entretanto de condições de atuação e compreensão dos processos dentro dos conselhos. De acordo com a autora, os conselheiros que representam instituições ou departamentos do governo estariam mais bem capacitados, na maioria dos casos, que os conselheiros advindos de organizações da sociedade civil. As vantagens dos representantes do Estado estão relacionadas: à participação nas plenárias durante o horário de expediente de trabalho (sem uma dupla jornada, recebendo remuneração enquanto estão presentes no conselho e dispendo da infra-estrutura do departamento ao qual estão vinculados), ao acesso às informações de maneira mais rápida e facilitada que os conselheiros de entidades da sociedade civil, ao conhecimento da linguagem técnica e dos trâmites burocráticos. Maria Gohn (2002) argumenta:

A participação, para ser efetiva, precisa ser qualificada, ou seja, não basta a presença numérica das pessoas porque o acesso está aberto. É preciso dotá-las de informações e de conhecimentos sobre o funcionamento das estruturas estatais. Não se trata, em absoluto, de integrá-las, incorporá-las simplesmente à teia burocrática. Elas têm necessidade e o direito de conhecer essa teia para poderem intervir de forma qualificada e exercer uma cidadania ativa, e não uma cidadania regulada, outorgada, passiva (GOHN, 2002, p. 25).

Para a elaboração de um estudo sobre os conselhos de saúde, segundo Soraya Côrtes (2002), é necessário refletir sobre todos os argumentos apresentados até o momento. No entanto, o resultado da estrutura de cada composição desse espaço deliberativo torna-se variável devido às características econômicas, políticas, demográficas da região analisada.

Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades e nas áreas rurais menos industrializadas do país. Embora a existência desses fóruns possa colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros. Mesmo

levando em conta tais restrições, nos níveis federal, estadual e em municípios onde os movimentos popular e sindical são mais organizados, tem havido envolvimento constante de representantes dos usuários nos espaços públicos dos conselhos e das conferências de saúde (CÔRTEZ, 2002, p. 25).

A partir das discussões apresentadas sobre os conselhos de saúde, levando em consideração as peculiaridades de cada local onde o conselho foi constituído e o momento histórico selecionado, analisaremos no próximo item as atas das reuniões do CES/RS ocorridas entre os anos de 1988 e 1990.

### **3.2. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1988-1990): momento de transição entre o SUDS e o SUS.**

Nesta seção, analisaremos as atas do CES/RS entre os anos de 1988 e 1990. Foram encontradas quarenta e uma atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho para esse período na seguinte disposição: onze atas para o ano de 1988, treze atas de reuniões em 1989 e dezessete atas referentes a 1990<sup>18</sup>.

O período entre 1988 e 1990 abarcou os primeiros anos do processo nacional de institucionalização do SUS. Em outubro de 1988, foi promulgada a Constituição que incorporou em seu texto demandas do movimento pela reforma sanitária e institucionalizou o novo sistema de saúde, que passou a ser de acesso universal e descentralizado. Entretanto, somente em setembro e dezembro de 1990 as primeiras legislações que regulamentaram este novo sistema foram publicadas. Nesse ínterim, as Constituições estaduais estavam sendo elaboradas, incorporando as novas determinações do Estado. De acordo com Sueli Dallari (1995),

[...] mantendo-se fiel à tradição de copiar o modelo federal ou, na melhor hipótese, adotar o paradigma regional ou de qualquer outro estado, muitas Constituições repetem as normas sanitárias federais. É também possível encontrar exatamente a mesma redação nos artigos constitucionais de diferentes estados. E, porque o período de elaboração constitucional coincidiu com o início da feitura dos primeiros anteprojetos da Lei Orgânica da Saúde, na esfera federal, pode-se constatar sua influência nos textos aprovados estadualmente (DALLARI, 1995, pp. 44-45).

Neste intervalo de tempo, enquanto as negociações federais, estaduais e municipais aconteciam para que a implantação do SUS ocorresse de maneira satisfatória, o CES/RS buscou se organizar, atender as demandas e gerenciar os processos de descentralização e municipalização da saúde sob regulamentação nacional e estadual referente ao SUDS. Portanto, entre 1988 e 1990 o CES/RS seguiu as orientações definidas por esse convênio e acompanhou as mudanças nacionais e estaduais em curso, ao mesmo tempo em que buscava seu reconhecimento como espaço de gestão das políticas de saúde entre: o governador do estado, a Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente (SSMA) e as entidades que

<sup>18</sup> Esse número não representa a totalidade de reuniões realizadas nesse período de tempo.

participavam do conselho. Através das atas, podemos destacar que os assuntos mais debatidos no CES/RS para o período entre 1988 e 1990 foram: a sua composição, as discussões sobre os processos de municipalização, a eleição da Mesa Diretora e as discussões sobre o papel a ser desempenhado por esse espaço deliberativo dentro do SUS em seu momento de reestruturação.

O CES/RS possuía em sua composição plenária os seguintes grupos de interesses: trabalhadores na área da saúde, associações da sociedade civil e representantes do governo. Em 1989, foi publicado no DOE/RS o decreto nº 33.199<sup>19</sup> que forneceu nova estrutura para o conselho a partir do convênio SUDS assinado entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, da Educação e o Governo do estado do Rio Grande do Sul. Através desse convênio, o conselho passaria a ter caráter deliberativo “[...] *no estabelecimento, acompanhamento e avaliação da Política Estadual de Saúde e do Meio Ambiente*” (RIO GRANDE DO SUL, 1989). A coordenação deste convênio SUDS seria colegiada através do CES/RS, adotando-se a co-gestão como meio de relacionamento entre as partes. O presidente do conselho seria o Secretário de Estado de Saúde e Meio Ambiente, Antenor Ferrari, e, pelo prazo de um ano, a composição dos conselheiros seria definida da seguinte forma:

**TABELA 1 – Composição do CES/RS de acordo com o decreto nº 33.199/89**

<b>Instituições Públicas</b>	
<b>Representação</b>	<b>Quantidade</b>
Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA)	2
Escritório Regional do INAMPS	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	1
Diretoria Regional da SUCAM/MS	1
Delegacia Regional do Trabalho (DRT/MT)	1
Secretaria da Educação (SEC/RS)	1
Secretaria Extraordinária para Assuntos de Ciência e Tecnologia	1
Secretaria do Trabalho, Ação Social e Comunitária (STASC)	1
Superintendência da Legião Brasileira de Assistência (LBA/RS)	1
Procuradoria Geral do Estado (PGE)	1
Procuradoria Geral de Justiça (PGJ)	1
Secretaria de Coordenação e Planejamento	1
Secretaria do Interior, Desenvolvimento Regional e Urbano e Obras Públicas	1
Secretaria Especial de Ações Comunitárias (SEAC/RS)	1

<sup>19</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 33.199, de 02 de junho de 1989. Dá nova estrutura ao Conselho Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, nº 103, 05 de junho de 1989, p. 01-02.

Ouvidoria Geral do Estado	1
Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS)	1
Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASEDISA)	1
Secretaria da Agricultura e Abastecimento	1
Ministério da Agricultura	1
<b>TOTAL: 20 representantes</b>	
<b>Sociedade Civil Organizada</b>	
<b>Representação</b>	<b>Quantidade</b>
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	2
Central Geral dos Trabalhadores (CGT)	2
Federação dos Trabalhadores da Agricultura (FETAG)	2
Federação Rio-Grandense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros (FRACAB)	3
Federação dos Aposentados e Pensionistas do Rio Grande do Sul (FETAPERGS)	1
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural (AGAPAN)	1
Associação Democrática Feminina Gaúcha – Amigos da Terra (ADFG – Amigos da Terra)	1
Associação Gaúcha dos Hospitais	1
Federação das Santas Casas de Misericórdias do RS	1
Associação Gaúcha dos Prestadores de Saúde Ambulatorial (AGPSA)	1
Pastoral da Saúde	1
Entidades representativas de Profissionais de Saúde	1
Associação Médica do Rio Grande do Sul	1
Sindicato Médico do Rio Grande do Sul	1
Federação das Indústrias do RS	1
<b>TOTAL: 20 representantes</b>	

Fonte: RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 33.199, de 02 de junho de 1989. Dá nova estrutura ao Conselho Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, nº 103, 05 de junho de 1989, p. 01-02.

O decreto determinava que o número de representações poderia chegar a cinquenta, com o consentimento do governador do estado, desde que mantida a paridade entre as representações da sociedade civil e das instituições públicas. O conselho se responsabilizaria em elaborar seu regimento interno e as diretrizes para o funcionamento das CIMS<sup>20</sup>.

Se compararmos as entidades e órgãos governamentais que estão descritos neste decreto com a lista de presença das reuniões de 1988, percebemos que as entidades não foram completamente alteradas. Das onze atas de 1988 disponíveis, as entidades que participaram no mínimo de cinco reuniões ao longo do ano foram: ASEDISA, DRT/MT, FAMURS, INAMPS, PGE, PGJ, SSMA, STASC (instituições públicas) e ADFG – Amigos da Terra,

<sup>20</sup> Conforme já mencionado no Capítulo 1, as CIMS eram Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde que compunham o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), formadas por diferentes representantes governamentais e da sociedade civil. As funções das CIMS eram: “[...] decidir sobre a alocação de recursos financeiros previdenciários transferidos para as municipalidades e monitorar o modo como eles eram gastos” (CÔRTEZ, 2002, p. 31).

AGAPAN, Área de Prestadores de Serviços Privados não Hospitalares, CGT, CUT, FETAG, FETAPERGS, FRACAB, Hospitais Filantrópicos, Pastoral da Saúde (representações da sociedade civil).

A representação no conselho da área médica foi diferente entre 1988, 1989 e 1990. Em 1988 havia um conselheiro que participou ativamente das reuniões e se intitulava representante da “Área de Prestadores de Serviços Privados Não Hospitalares”. Esse conselheiro era um médico, Dr. Cláudio Franzen, presidente do CREMERS entre 1981 e 1988<sup>21</sup>. Somente em uma ata, no dia 19/04/1988, Dr. Franzen representou o CREMERS. O SIMERS e a AMRIGS somente começaram a participar do conselho em 1989. As duas entidades continuaram participando do CES/RS em 1990, apesar da AMRIGS estar presente em apenas cinco reuniões de dezessete analisadas para aquele ano. O SIMERS permanecia mais ativo dentro das plenárias, participando em doze reuniões.

O decreto nº 33.199/89 definiu que haveria um representante de entidade de profissionais da saúde (desconsiderando os médicos nesse grupo, pois eles já apareciam mencionados no texto do decreto), porém não definiu qual representação seria. No ano anterior, nenhum grupo dos profissionais da saúde participou do conselho de maneira ativa e permanente. Houve a presença da Associação Brasileira de Odontologia (ABO/RS), Associação dos Farmacêuticos e Químicos do RS, Associação Gaúcha de Nutrição, entretanto eram apenas convidados que compareciam em uma reunião determinada para fornecer explicações detalhadas das suas áreas aos conselheiros. Em 1989 e 1990, o COREN/RS (Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul) apareceu em uma reunião somente como convidado.

Entre as entidades mencionadas no decreto, há algumas que estão mais voltadas para demandas ambientais, como: a AGAPAN, ADFG – Amigos da Terra, a Secretaria de Agricultura e Abastecimento e o Ministério da Agricultura. O CES/RS estava vinculado à Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente. Até o ano 1999<sup>22</sup>, a área da saúde e do meio ambiente eram administradas conjuntamente no Rio Grande do Sul. Sendo assim, diferentes entidades com propostas mais voltadas ao meio ambiente participavam ativamente do conselho. Apesar dessa junção não ser propositalmente organizada para esse momento de implantação de um novo sistema de saúde, ela não está completamente deslocada da concepção de saúde presente nas legislações do SUS. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), o Estado brasileiro deve formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e que garantam condições que assegurem acesso universal e

---

<sup>21</sup> CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. 2012. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/index.php?indice=85>. Acesso em 26 de outubro de 2012.

<sup>22</sup> RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 11.362, de 29 de julho de 1999. Introduz modificações na Lei nº 10.356, de 10 de janeiro de 1995, dispõe sobre a Secretaria do Meio Ambiente SEMA e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 146, ano LVIII, 29 jul. 1999, p. 01-02.

igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, a concepção de saúde que está presente no texto dessa lei é abrangente, englobando também questões ambientais e sanitárias.

Em 1990 foi publicado um novo decreto para o CES/RS (decreto nº 33.612, de 20 de julho de 1990<sup>23</sup>), com as mesmas quantidades e representações de conselheiros. Apesar do SUS já estar institucionalizado, esse decreto foi publicado em julho e as leis referentes ao novo sistema surgiram posteriormente (em setembro e dezembro do mesmo ano). Portanto, esse decreto desvincula o conselho das normatizações do SUDS, mas não estipula suas orientações para o SUS de acordo com as leis nacionais. Suas competências estavam definidas para estabelecer diretrizes de formação e funcionamento dos conselhos de bairros, municípios e para os Distritos Sanitários de Saúde que viessem a ser implantados no estado.

Sobre as atividades do conselho nesses três anos, as avaliações dos processos de municipalização<sup>24</sup> da saúde e a resolução de conflitos (ou a busca por orientação) das CIMS foram os temas que mais tiveram espaço nas reuniões do conselho e nas atividades dos conselheiros. Criaram-se duas comissões de conselheiros<sup>25</sup> que avaliavam os processos de municipalização e forneciam seus pareceres, que se somavam aos relatórios da SSMA, e depois, se aprovado pelo CES/RS e a Secretaria, o Secretário Estadual de Saúde autorizaria a municipalização. Houve uma exceção a esse processo burocrático de municipalização com a cidade de Estância Velha, mencionado na ata de 08/02/1990. O relatório da SSMA e a comissão do CES/RS não aprovaram a descentralização da saúde na cidade. Entretanto, o Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente, Antenor Ferrari, autorizou a municipalização, desconsiderando a opinião dos outros setores. Na reunião da plenária do dia 08/02/1990, os conselheiros solicitaram o encaminhamento de moções de repúdio a atitude do Secretário de Saúde ao próprio Secretário e ao governador do estado.

Soraya Côrtes (2009) argumenta que para a análise dos conselhos de saúde é necessário considerar dois problemas teórico-metodológicos. O primeiro relaciona-se com as normatizações dos conselhos estabelecidas em lei. De acordo com a autora, esses dispositivos normativos estipulam as regras que devem orientar a ação dos atores envolvidos com o conselho. Entretanto, existem outros condicionantes que influem do mesmo modo nas decisões dos personagens envolvidos, como a permanência de regras tradicionais de ação ou o

<sup>23</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 33.612, de 20 de julho de 1990. Dá nova estrutura ao Conselho Estadual de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 139, ano XLIX, 23 jul. 1990, p. 04-05.

<sup>24</sup> Sobre a municipalização: *“Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercer plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 215).

<sup>25</sup> Primeira comissão composta em 15/06/1989, com os seguintes membros: AMRIGS, ADFG, INAMPS, STASC, CUT, DRT, DMA. Segunda comissão, em 09/11/1989, formada por: FAMURS, INAMPS, FRACAB, AMRIGS, ASEDISA e Mesa Diretora do CES/RS.



próprio relacionamento entre os atores. O segundo problema está relacionado com a conclusão de que estes espaços não são atuantes e deliberativos porque suas demandas, algumas vezes, não são atendidas. No caso da autorização da municipalização de Estância Velha, a SSMA e o CES/RS negaram o pedido, porém a aprovação foi feita pelo Secretário de Saúde. Se considerarmos que as decisões ocorrem em diversos lugares, então não podemos concluir que estes espaços não são deliberativos, entretanto que há um enraizamento dos “[...] *padrões de comportamento tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas na cultura política das instituições públicas brasileiras [...]*” (CÔRTEZ, 2009, p. 104-105).

Entre 1988 e a primeira metade do ano de 1990, o Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente do estado foi Antenor Ferrari. Sua administração gerava reclamações pelos conselheiros do CES/RS, que se queixavam da demora por respostas de solicitações enviadas à SSMA referentes a aprovação e assinatura dos decretos do conselho. Além disso, a presidência do CES/RS era do Secretário, que poucas vezes compareceu às plenárias, gerando comentários por parte dos demais conselheiros:

Representante FETAPERGS, coloca sua estranheza na ausência constante do presidente nas reuniões do CES/RS. Entende que a não legitimação do mesmo facilita o descomprometimento por parte da Previdência (CES, 18/10/1988).

Na ata anteriormente citada, em que surgiu a notícia da aprovação da municipalização de Estância Velha, houve um ofício da ASEDISA solicitando apoio do conselho para a retirada de Antenor Ferrari da Secretaria e campanha para que o novo nome do Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente fosse José Eri Medeiros<sup>26</sup>, presidente do CONASEMS, da ASEDISA e que foi representante desta entidade no CES/RS durante o ano de 1988. Entretanto, o cargo passou para Nelson Carvalho Nonoay que, em relação ao conselho, seguiu a mesma linha do anterior: demora nas respostas e poucas presenças nas reuniões.

A reformulação do conselho não estava somente atrelada à questão das políticas de descentralização da saúde. Entre os anos de 1988 e 1989 o CES/RS conseguiu se estabelecer fisicamente em um escritório, contratar uma secretária executiva e ter um número de telefone. Quanto ao orçamento, a situação sempre gerou muitas reclamações por parte da Mesa Diretora ou dos demais conselheiros. A restrição orçamentária para 1991 na área da saúde, discutida em 1990, foi motivo de reclamações com o governo estadual, além da ameaça de cobrança extra aos usuários pelos prestadores de serviços (pautada na reunião do dia

---

<sup>26</sup> De acordo com Arretche (1998), Rabelo (1998), a presença da ASEDISA e de José Eri Medeiros foi muito importante para esse contexto de descentralização de políticas da saúde no estado. Em 1989, ocorreu o VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde onde José Medeiros se elegeu presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

08/11/90), defendida pelo SIMERS e AMRIGS, que provocou discussão e posicionamentos entre os conselheiros contra essa atitude<sup>27</sup>.

A Mesa Diretora do CES/RS passou por duas modificações nesse ínterim. Em 21/11/1988, ocorreu uma eleição para compor a direção do conselho e a chapa vencedora contou com as seguintes entidades: FRACAB com a vice-presidência, ASEDISA com o secretário adjunto responsável pela área da saúde, AGAPAN com o secretário adjunto responsável pela área do meio ambiente e a FETAG com o secretário geral. Deve ter havido alguma outra eleição em uma ata que não foi encontrada entre 1988 e 1990, pois na plenária do dia 21/06/1990 a mesa diretora foi reeleita, entretanto não era a mesma de 1988. Ela era formada com as seguintes entidades: STASC e FRACAB na vice-presidência, FRACAB novamente com a secretaria de assuntos administrativos, ADFG-Amigos da Terra na secretaria para assuntos de meio ambiente, Federação das Misericórdias na secretaria de assuntos financeiros e DRT/MT na secretaria para assuntos da saúde.

Este período transitório entre o SUDS e o SUS gerou em alguns momentos discussões sobre o papel a ser desempenhado pelo conselho entre os representantes das entidades que participavam das plenárias. Além disso, havia a discussão da elaboração do regimento interno, que poderia auxiliar na resolução das funções do CES/RS, mas que nesse espaço de tempo não ficou pronto. Exemplos dessas discussões presentes nas plenárias do conselho antes que as legislações nacionais regulamentassem a participação dentro do novo sistema:

Dra. Maria Luiza [representante CUT] disse que a criação do Conselho muda as relações de poder e deve-se ver se realmente as questões são de execução ou de decisão, salientou que saúde e meio ambiente são objetos da própria secretaria [SSMA] (CES/RS, 01/03/1988).

Dr. Ricardo Collar [representante CUT] afirmou que temos que definir as atribuições e que não nos cabe executar, mas deliberar, controlar, fiscalizar e avaliar (CES/RS, 01/03/1988).

Dra. Elizabeth Loguécio [representante INAMPS] coloca que o CES não tem estrutura e deve se organizar com uma secretaria técnica e um banco de dados, o CES deve ocupar o seu lugar politicamente, e levantar todos os problemas e formas para os critérios das CIMS dos municípios [...] (CES/RS, 01/06/1989).

Apesar da SSMA administrar sobre a área do meio ambiente e o CES/RS possuir entidades relacionadas a esse tema com conselheiros presentes e atuantes, como a AGAPAN, assuntos relacionados ao meio ambiente foram minoritários entre esses anos. Houve uma proposta enviada ao Secretário Estadual da Saúde e Meio Ambiente, em janeiro de 1990, para que essas entidades ambientais constituíssem um Conselho Estadual do Meio Ambiente de

<sup>27</sup> Os setores que não eram favoráveis ao SUS de maneira nacional eram as representações médicas e de hospitais que arrecadavam muito dinheiro através do sistema de pagamento do INAMPS. Com a proposta de descentralização da saúde, reformulação das tabelas de pagamentos e problemas relacionados ao repasse dos recursos aos municípios, a contrariedade desses setores aumentou com o passar do tempo, gerando situações como a descrita, em que a busca de soluções que não os prejudicassem ia de encontro aos preceitos do SUS (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

forma que não permanecessem prejudicadas em suas discussões sobre o tema do meio ambiente.

Portanto, esses foram os assuntos que estavam majoritariamente presentes nas atas do CES/RS entre os anos de 1988 e 1990, corroborando a argumentação de reestruturação do conselho de acordo com as demandas estaduais e federais. Além disso, as dificuldades de descentralização das políticas de saúde, seja pelos atores não favoráveis ao processo, pela burocracia ou pela falta de recursos e repasses do governo federal para as demais instâncias, colaboraram para que a situação da saúde não estivesse definida naqueles anos.

#### 4. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO SUS (1991-1993).

Este capítulo pretende analisar as atas das plenárias ocorridas no CES/RS entre os anos de 1991 e 1993. Esse intervalo de tempo continua sendo caracterizado como um período de reestruturação, tanto do conselho, que necessitava de reformulações para se adequar às legislações referentes ao SUS publicadas no final de 1990, quanto do governo do estado do Rio Grande do Sul diante das demandas de descentralização do sistema de saúde. De acordo com Marta Arretche (1998), o governo estadual possui importância nesse processo de municipalização da saúde, pois tem capacidade de interferir em espaços decisivos do processo de descentralização, podendo favorecer políticas que minimizem as diferenças de condições a adesão ao SUS entre seus municípios e através da criação de incentivos para que a adesão não seja tão difícil. Da mesma forma, quando o governo estadual não está politicamente favorável à descentralização das políticas de saúde, a adesão dos municípios ao novo sistema pode ser dificultada devido aos entraves colocados pelo governo estadual.

O governador do estado do RS entre 1991 e 1994 foi Alceu Collares. Sobre o seu governo e os governos anteriores, Marta Arretche (1998) argumenta que

Com efeito, considera-se que, durante as gestões estaduais de 1987-90 [governo de Pedro Simon] e 1991-4 [governo Collares], a orientação política perseguida pelo executivo estadual não estava orientada a favorecer o processo de municipalização, tal como previsto pelo SUS; isto é, esta esteve antes orientada a fortalecer o poder de decisão da instância estadual. Neste sentido, a ação do executivo estadual buscou centralizar, agora para o nível estadual, os recursos e os mecanismos de gestão do sistema estadual de saúde (ARRETCHE, 1998, p. 219).

Para a elaboração deste capítulo foram estudadas trinta e nove atas dispostas entre os anos da seguinte maneira: nove atas para 1991, dezessete para 1992 e treze para 1993<sup>28</sup>. Os assuntos frequentemente deliberados nas atas nesse ínterim e que foram selecionados para análise são: a 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ocorrida em 1991, o decreto de composição do CES/RS publicado em 1992 e questões envolvendo a elaboração, aprovação e publicação do regimento interno do CES/RS.

Uma característica que perpassou os três assuntos destacados para análise nesse capítulo foi o conflito entre o CES/RS, a Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente e o governador do estado. Apesar do SUS ter sido institucionalizado em 1988, apresentando em seus primeiros artigos as diretrizes de descentralização das políticas de saúde e da participação da comunidade nas decisões, a disputa de poder em relação às decisões de saúde dentro do estado do RS entre a SSMA, o governador e o conselho não foi branda. Apesar do CES/RS estar legalmente autorizado (lei nº 8.142/90) a gerenciar e formular políticas de

<sup>28</sup> A quantidade de atas localizadas não representa todas as reuniões ordinárias ou extraordinárias do período selecionado para esse capítulo.

saúde dentro do estado, suas decisões muitas vezes não eram consideradas pelo governo. A dificuldade de aprovação do regimento interno do conselho, o atraso nas respostas da SSMA sobre solicitações pedidas pelo CES/RS, o não comparecimento do Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente nas plenárias e a demora na assinatura e publicação de legislações estaduais referentes ao funcionamento do CES/RS podem ser considerados alguns exemplos desses entraves.

#### 4.1. 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

A ideia de organizar uma conferência estadual de saúde para debater as transformações que estavam ocorrendo nacionalmente esteve presente pela primeira vez na reunião plenária do CES/RS no dia 21/06/1988. Porém, ela somente foi realizada em outubro de 1991. Os motivos que adiaram a constituição desse evento estão relacionados às condições institucionais do próprio conselho, como: falta de financiamento para a realização de um evento como esse por parte da SSMA; dificuldades de encontrar um município que aceitasse sediar a conferência; transformações nas legislações referentes ao sistema de saúde entre 1988 e 1991, que alteraram o perfil do conselho e dificuldades de comunicação dos conselheiros dos CES/RS com os municípios do interior para incentivarem ou orientarem a organização de plenárias municipais de saúde local.

O contexto do ano de 1991 favorecia a realização dessa conferência. Primeiro porque as legislações básicas sobre o novo sistema de saúde já estavam em vigor, instituindo espaços de participação em todos os níveis federativos através das conferências e conselhos de saúde. Segundo devido ao próprio CES/RS estar, em comparação com os anos de 1988, 1989 e 1990, em um contexto mais organizado<sup>29</sup>. Terceiro porque havia os preparativos para a IX Conferência Nacional de Saúde<sup>30</sup>, a primeira depois da institucionalização do SUS, que

<sup>29</sup> Organizado no sentido de ter um respaldo legal para sua existência no novo contexto do SUS que definia suas atribuições gestoras dentro do sistema e pelos decretos estaduais publicados que reorganizavam esse espaço deliberativo, definindo atribuições e entidades representativas. Entretanto, como veremos adiante, as dificuldades estavam presentes no reconhecimento, por parte do governo estadual, do CES/RS como uma instância colegiada, gestora e autônoma em relação às decisões estaduais em saúde. A dificuldade em aprovar o regimento interno do conselho e a demora por respostas do próprio governador ou da SSMA são indícios desse impasse entre o conselho e o governo.

<sup>30</sup> O governo Collor e sua posição divergente sobre a descentralização da saúde e o SUS instauravam um clima de dúvida e preocupação sobre a realização da IX CNS. Os conselheiros traziam seus questionamentos para as reuniões do CES/RS: “*Flávio D’Agosto [representante SIMERS] informou que em Brasília existe comentários de que haveria adiamento da Conferência Nacional devido atrasos nas Conferências Municipais e Estaduais, em todo Brasil solicita que CES/RS se manifeste a decisão de Conferência Nacional no sentido de que seja mantida a data programa, foram feitos alguns comentários sobre propostas que existem quanto a realização da Conferências Regionais ao invés de Municipais devido ao certo espaço de tempo*” (CES/RS, 08/08/1991). As informações surgiam não somente de declarações oficiais do governo, mas de contatos com pessoas mais diretamente envolvidas com a organização da IX CNS: “*Usando da palavra por solicitação da mesa, o Conselheiro Ivo Fortes dos Santos [representante FRACAB] comunicou a não realização da IX Conferência Nacional de Saúde em razão da inexistência de recursos financeiros que permitissem sua efetivação, conforme telegrama recebido pelo mesmo do Coordenador Executivo da Conferência, Dr. José Eri Medeiros, momentos antes do início da presente reunião*” (CES/RS, 21/12/1991).

demandava a organização de pré-conferências nos estados e municípios para que todos tivessem a oportunidade de discutir sobre a saúde no Brasil.

As plenárias do conselho que discutiam os preparativos para a conferência estadual demonstravam a preocupação dos conselheiros na assessoria aos municípios, principalmente do interior do estado, na organização das reuniões municipais preparatórias para o evento:

Ivo [Fortes dos Santos, representante da FRACAB] informou da carta circular e texto que estão sendo enviados as CIMS/CMS, incentivando a realização das Conferências Municipais de Saúde.

[...]

Ronaldo [Bordin, representante da UFRGS] e vários conselheiros, em especial o Ivo e Gládio [Prestes Moraes, representante da Federação das Misericórdias] fizeram comentários sobre a necessidade de apoio e participação dos conselheiros nas viagens ao Interior do Estado para participarem e das Conferências Municipais atendendo convite que fazem ao CES/RS.

Theodomiro [Xavier, representante do SIMERS] sugeriu que cada conselheiro como quase todos costumam viajar, ao prepararem suas idas façam contato com o CES/RS para ver se há alguma programação para conciliarem ambas atividades e assim o CES/RS estará representado. Gládio reforça sugestão do Cons. Theodomiro dizendo que sempre age assim, pois o Interior do Estado precisa muito de apoio, informações, orientações (CES, 08/08/1991).

O decreto estadual oficializando a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul foi publicado em agosto de 1991<sup>31</sup>. O evento ocorreria dias 03, 04 e 05 de outubro de 1991 na cidade de Passo Fundo, com a presidência do Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente Júlio Roberto Hocsman. O decreto definia que essa conferência era preparatória para a IX Conferência e que a sua coordenação estaria a cargo da SSMA.

Um dos assuntos discutidos nesse evento foi a elaboração da Lei Orgânica Estadual de Saúde, a partir das novas legislações vigentes sobre o SUS (leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). Na plenária do CES/RS posterior ao evento, houve uma avaliação positiva da conferência e foram organizadas as demandas estipuladas pelos participantes do evento, como: a escolha de dois conselheiros para participar do grupo que organizaria o documento final da conferência, a formação de um grupo de trabalho para o acompanhamento e fiscalização do processo de elaboração do plano estadual de saúde e o envio de uma convocação para o Secretário Estadual de Saúde e do Meio Ambiente comparecer a uma plenária do conselho para expor sobre o plano estadual de saúde (CES, 10/10/1991).

Entretanto, as definições aprovadas pela conferência em relação ao Plano Estadual de Saúde e a participação dos conselheiros em sua elaboração não foram consideradas pela SSMA. Uma portaria da SSMA nº 1317/91<sup>32</sup> constituiu uma comissão de onze membros funcionários da SSMA<sup>33</sup> para a elaboração da Lei Orgânica Estadual de Saúde e o Código

<sup>31</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 34.017, de 15 de agosto de 1991. Declara oficial a I Conferência Estadual de Saúde, preparatória da IX Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 158, ano L, 16 ago. 1991, p. 03.

<sup>32</sup> RIO GRANDE DO SUL. Portaria nº 1317/91. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 234, ano L, 02 dez. 1991, p. 48.

<sup>33</sup> Os membros integrantes dessa comissão e suas respectivas funções dentro da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente eram: Livio Sesta (técnico previdenciário do IPERGS e presidente da comissão), Orestes

Sanitário do Rio Grande do Sul, desconsiderando a existência do CES/RS e as entidades que o compunham.

Essa portaria foi discutida na plenária posterior a sua publicação e a decisão da Mesa Diretora do CES/RS que foi aprovada pelos demais conselheiros foi a seguinte:

Considerando a Resolução da 1ª Conferência Estadual de Saúde que determina que no prazo de um mês seja constituída uma Comissão com representantes das Associações, Sindicatos, Conselhos e Entidades competentes das esferas Municipal e Estadual para discutir e debater o Código Estadual de Saúde, e considerando a competência do Conselho Estadual de Saúde em fazer cumprir as determinações da 1ª Conferência Estadual, o Conselheiro presidente [Carlos Pereira da Rosa] submeteu ao Plenário proposta de Resolução sugerida pela Mesa Diretora que determina o reexame da Portaria nº 1317/91 garantindo a participação de representantes das entidades da sociedade civil organizada na discussão, debate e permanente acompanhamento de todas as fases de elaboração dos projetos da Lei Orgânica Estadual de Saúde e Código Sanitário. Após manifestações dos Conselheiros foi aprovada por maioria a proposta da Mesa Diretora (CES/RS 05/12/1991).

A Resolução do CES/RS<sup>34</sup> aprovada como resposta a portaria da SSMA foi publicada no DOE/RS dia 20/12/1991. O seu texto começava reafirmando as atribuições legais do conselho (conferidas pelo decreto estadual nº 33.612/90) e das conferências de saúde. A resolução argumentava que uma das prerrogativas do CES/RS era zelar pela aplicação das resoluções do documento final da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Dessa forma, a portaria nº 1317/91 da SSMA não correspondia às deliberações apresentadas pela conferência estadual. A solução apresentada pelo conselho nesta resolução era a revisão da portaria de acordo com as resoluções definidas pela conferência, garantindo a participação de representantes da sociedade civil organizada nos debates para a constituição do Código Sanitário e da Lei Orgânica Estadual de Saúde.

Nem todos os conselheiros e entidades que elaboraram e executaram a 1ª Conferência Estadual de Saúde em outubro de 1991 permaneceram atuando no conselho no ano seguinte. No começo do ano de 1992 um novo decreto de reestruturação do conselho foi publicado e muitas entidades deixaram de participar das decisões do CES/RS.

---

Rodrigues Borges (técnico em assuntos econômicos e sociais), Luiz Carlos Rocha Moreira (assessor administrativo), Ana Cecília Bastos Stenzel (médica), Luiz Roberto da Silva Klassmann (farmacêutico e diretor do LAFERGS), Luiz Carlos José Schmidt (farmacêutico), Berenice Amabile Pereira Vicentin (médica de saúde pública), Silvia Beatriz Costa Czermainski (farmacêutica), Luciano Teodoro Marques (diretor presidente da FEPAM) e os estagiários de Ciências Jurídicas e Sociais: Mauren Xavier Seeling e Paulo Eduardo Simon Schmitz. (SSMA, 02/12/1991).

<sup>34</sup> RIO GRANDE DO SUL. Resolução 02/91. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 247, ano L, 20 dez. 1991, p. 36.

#### 4.2. Decreto Estadual nº 34.213/92: reorganizações para o SUS e denúncias de inconstitucionalidade.

O último decreto estadual que regulamentava as atribuições e a composição do CES/RS tinha sido publicado julho de 1990, alguns meses antes das leis nacionais sobre o SUS. Sendo assim, o conselho necessitava de uma nova reestruturação para se adequar às atribuições que os conselhos possuíam dentro do novo sistema de saúde. O decreto estadual nº 34.213<sup>35</sup>, de onze de março de 1992, procurou reorganizar o CES/RS a partir das legislações existentes sobre o SUS.

A composição do plenário foi modificada. Nos decretos estaduais de 1989 e 1990, a composição do CES/RS era dividida em duas representações: “instituições públicas” e “sociedade civil organizada”. A partir desse decreto, os conselheiros estão divididos em quatro áreas distintas, de acordo com a lei nº 8.142/90: área governamental, área dos prestadores de serviços de saúde, área dos profissionais de saúde e área da sociedade civil organizada. Os representantes da sociedade civil organizada possuíam metade da representação de todo o conselho (25 representantes), restando a outra parte a ser dividida entre as três áreas restantes. A quantidade de conselheiros aumentou, passando de quarenta pessoas em 1989 e 1990 para cinquenta, sendo que seus mandatos agora passavam a ser de dois anos.

A tabela a seguir apresenta a nova composição:

**TABELA 2 – Composição do CES/RS de acordo com o decreto nº 34.213/92**

<b>Área Governamental</b>	
<b>Representação</b>	<b>Quantidade</b>
Secretaria da Saúde e Meio Ambiente	2
Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico INAMPS/RS	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	1
Federação das Associações dos Municípios do Estado do RS (FAMURS)	1
Associação de Secretários Municipais de Saúde (ASEDISA)	1
Secretaria da Educação	1
Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN)	1
Secretaria do Planejamento e da Administração	2
Secretaria da Justiça, do Trabalho e da Cidadania	1
<b>TOTAL: 11 representantes</b>	
<b>Área dos Prestadores de Serviços de Saúde</b>	
<b>Representação</b>	<b>Quantidade</b>
Federação das Misericórdias RS	1
Associação dos Hospitais do RS	1
Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviços de	1

<sup>35</sup> RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 34.213, de 11 de março de 1992. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde e do Meio Ambiente e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 48, ano L, 11 mar. 1992, p. 05.



Saúde Ambulatoriais (AGPSSA)	
Sindicato dos Laboratórios	1
Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS)	1
<b>TOTAL: 5 representantes</b>	
<b>Área dos Profissionais de Saúde</b>	
<b>Representação</b>	<b>Quantidade</b>
Representação dos Médicos	1
Representação dos Odontólogos	1
Representação dos Enfermeiros	1
Sindicato dos Empregados em Hospitais e Casas de Saúde	1
Representação dos Assistentes Sociais	1
Representação dos Nutricionistas	1
Representação dos Psicólogos	1
Representação dos Farmecêuticos-Bioquímicos	1
Representação dos Veterinários	1
<b>TOTAL: 9 representantes</b>	
<b>Área da Sociedade Civil Organizada</b>	
<b>Representação</b>	<b>Quantidade</b>
Federação Rio-Grandense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros (FRACAB)	2
Federação dos Trabalhadores da Agricultura no Rio Grande do Sul (FETAG/RS)	2
Central Única dos Trabalhadores (CUT/RS)	2
Central Geral dos Trabalhadores (CGT)	2
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	1
Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul (FETAPERGS)	1
Representação dos Portadores de Doenças <sup>36</sup>	1
Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (FIERGS)	1
Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul (FEDERASUL)	1
Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul (FARSUL)	1
Federação das Cooperativas de Trigo e Soja do Rio Grande do Sul (FECOTRIGO)	1
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural (AGAPAN)	1
Associação Democrática Feminina Gaúcha – Amigos da Terra (ADFG – Amigos da Terra)	1
Conselhos Regionais de Saúde	8
<b>TOTAL: 25 representantes</b>	

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 34.213, de 11 de março de 1992. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde e do Meio Ambiente e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 48, ano L, 11 mar. 1992, p. 05.

As competências do conselho foram estipuladas a partir da lei nº 8.142/90: “[...] caráter deliberativo e permanente [...] atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, em âmbito estadual, inclusive nos aspectos econômico-financeiro e de gestão do SUS-RS [...]” (RIO GRANDE DO SUL, 1992). A SSMA teria que fornecer os apoios administrativos, operacionais, econômico-financeiros e de recursos humanos para que o funcionamento do conselho acontecesse. Os conselheiros seriam

<sup>36</sup> O Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS - GAPA/RS foi a entidade que representou os portadores de doenças.

nomeados pelo governador mediante indicação dos órgãos públicos ou das entidades que representavam. A presidência do CES/RS continuava sendo do Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente.

Em relação às representações dos profissionais da área da saúde, os únicos representantes que acompanhavam as reuniões do conselho e que estavam mencionados nos decretos de composição do plenário anteriores, era o SIMERS e a AMRIGS. Entretanto, a partir da determinação de apenas um representante para a categoria profissional dos médicos, o SIMERS saiu do conselho e quem ocupou esse espaço foi a AMRIGS. Para as outras representações de profissionais que passaram a fazer parte do conselho, a plenária do dia 13/04/1992 recomendou a escolha entre as diferentes entidades de apenas um representante de cada profissão:

[...] sobre as Representações na Área dos Profissionais de Saúde, respectivamente, os Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Psicólogos, Farmacêuticos Bioquímicos e Veterinários, ficando esclarecido que as entidades participantes das referidas representações devem fazer um entendimento entre os vários segmentos para a escolha de um único representante, em documento de apresentação com a ciência de todos os segmentos no prazo de dez dias para esta finalidade. Foi comunicado aos Conselheiros enquanto não houver uma decisão por parte destas entidades envolvidas, não haverá a assinatura de Posse dos Conselheiros por parte do Governador do Estado. Foi sugerido pelo Conselheiro Carlos C. de Albuquerque [representante da FARSUL] que fossem nomeados somente as entidades já organizadas (CES, 13/04/1992).

A nomeação pelo governador do estado dos novos conselheiros foi publicada somente em junho de 1992<sup>37</sup>, sendo que a posse ocorreu na plenária do dia 23/06/1992. De todas as trinta e nove atas analisadas para esse capítulo, somente nessa sessão houve o comparecimento do presidente do CES/RS e Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente Julio Roberto Hocsman, para empossar os 38 conselheiros nomeados<sup>38</sup>.

Esse decreto de reestruturação do conselho foi continuamente debatido ao longo dos anos de 1992 e 1993. Na reunião do dia 30/07/1992, houve uma discussão sobre a paridade do conselho e o não cumprimento da porcentagem de representação dos usuários, que dessa forma ficavam com menos da metade:

A conselheira Cláudia levantou a questão da paridade do CES/RS. O conselheiro Carlos Rosa, esclareceu que com o plenário e o Presidente do Conselho, o CES/RS fica com cinquenta e uma pessoas. A conselheira Iolanda colocou que a SSMA entende que o Secretário (Presidente do Conselho) é voto de desempate. O conselheiro Carlos Rosa sugeriu um entendimento do plenário do CES/RS com o Sr. Secretário sobre a paridade. O conselheiro Nei Lima sugeriu que a Mesa Diretora discuta a paridade do CES/RS com o Secretário. A conselheira Marília, solicitou que além da paridade fosse revisto o Decreto num todo. O conselheiro Odil lembrou que o CES/RS é espelho para os Conselhos Municipais. O conselheiro Ernesto disse que

<sup>37</sup> RIO GRANDE DO SUL. Nomeação dos Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, n. 105, ano L, 03 jun. 1992, p. 08.

<sup>38</sup> Foram nomeados 38 conselheiros, pois foram deixadas de fora 12 representações: 8 representantes dos conselheiros regionais de saúde, 2 representantes da CUT e 2 representantes da CGT. Não sabemos o motivo dessa falta, se as entidades deixaram de enviar a SSMA os nomes de seus representantes ou se o governo do estado dificultou a sua participação.

a Mesa Diretora vai rever o decreto e marcar uma data para votação e discussão de todos os itens [...] (CES, 30/07/1992).

Essas discussões foram retomadas no ano de 1993, com propostas de anteprojeto que modificavam a paridade, a questão da presidência do conselho e a questão da publicação do regimento interno. Na última ata do ano de 1993, dia 25/11/1993, estava presente ainda a questão das medidas a serem tomadas sobre a inconstitucionalidade do decreto que naquela semana havia sido divulgada em uma pequena reportagem no jornal Zero Hora<sup>39</sup>:

O 1º Coordenador, Dr. Ernesto [representante da ADFG] fez a leitura do artigo publicado em 23/11/1993 na Zero Hora, com a notícia da Inconstitucionalidade do Decreto Estadual nº 34.213/93 que cria o Conselho Estadual de Saúde, por ferir o parágrafo único do artigo 243 da Constituição Estadual, que determina que o Conselho seja criado através de lei [...].

[...]

Após ampla discussão por parte dos participantes do Plenário foram formuladas quatro propostas, são elas: 1) Marcar uma audiência com o Governador do estado, para sensibilizá-lo da urgência do envio do Projeto de Lei do CES/RS à Assembleia Legislativa; 2) Formação de um grupo para denunciar à imprensa local a atual situação do Conselho e os riscos de seu não funcionamento; 3) Proposta de um grupo de trabalho formado pelas entidades integrantes do CES e representantes da SSMA, para formulação de texto e solicitação ao Secretário da SSMA, para uma Portaria que assegurará o funcionamento provisório do CES/RS até a aprovação de Lei; 4) Elaboração de uma nota à imprensa, pelas entidades participantes do CES/RS, apresentando os riscos do não funcionamento do Conselho, para mobilizar o apoio do Governo e Sociedade, na breve aprovação da Lei do CES/RS (CES, 25/11/1993).

O argumento presente na reportagem do jornal sobre a inconstitucionalidade do decreto não estava relacionado à paridade dos representantes dos usuários, porém pela falta de uma lei complementar que regulamentassem o SUS no estado e o CES/RS. O artigo 243 da Constituição estadual<sup>40</sup>, mencionado na ata, aborda questões referentes ao SUS detalhando as atribuições desse sistema dentro do âmbito estadual. São quinze itens estabelecidos, desde controle e fiscalização de insumos farmacêuticos, vigilância sanitária, até promover a fiscalização das ações que favorecessem a saúde do trabalhador urbano e rural. Esse artigo possui um parágrafo único que estipula a publicação de uma lei complementar que "[...] *disporá sobre a organização, financiamento, controle e gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado, bem como do Sistema Estadual de Informações em Saúde*" (RIO GRANDE DO SUL, 1989). De acordo com a reportagem do jornal Zero Hora, esse parágrafo único invalida o decreto nº 34.213/93, por não estar aprovada essa lei complementar determinada pela Constituição estadual.

Em meio as discussões sobre esse decreto estadual, havia a formulação de uma nova lei para o conselho. Em 31/01/1994 foi publicada a lei nº 10.097 que regulamentava o CES/RS no âmbito do SUS, sendo atualmente válida para o CES/RS, e conquistando várias

<sup>39</sup> **Zero Hora**, Porto Alegre, 23 nov. 1993, p. 10.

<sup>40</sup> RIO GRANDE DO SUL. Constituição (1989). **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS, 03 de out. de 1989. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/prop/legislacao/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 mai. 2012

reivindicações presentes ao longo do tempo no conselho, por exemplo: o presidente do conselho eleito pelo plenário, a paridade entre os conselheiros e entre a Mesa Diretora, acompanhamento e fiscalização do SUS no estado, entre outros.

### **4.3. Conflitos referentes ao Regimento Interno do CES/RS.**

Os conflitos envolvendo o regimento interno do CES/RS decorrem da disputa de poder nas decisões sobre as políticas de saúde dentro do estado entre o conselho, a SSMA, o Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente e o governador do estado. Desde 1988 estão presentes nas atas discussões em plenário sobre a formulação ou aprovação de uma proposta de regimento interno. As propostas previamente aprovadas pelos conselheiros seguiam para apreciação da SSMA e suas proposições iam de encontro com os objetivos do governo estadual, sendo descartadas. A demora na resposta da SSMA e a dificuldade de contato com o Secretário (que mesmo presidente do CES/RS não comparecia às reuniões) desfavoreciam o conselho, conjuntamente com as mudanças nacionais nas legislações sobre saúde que alteravam as demandas para o CES/RS.

Em relação ao período analisado por esse capítulo, após a aprovação do decreto nº 34.213/92 foi discutida a elaboração do novo regimento interno para o CES/RS. No dia 30/07/1992 houve uma plenária extraordinária com o objetivo de discutir a proposta de regimento interno. Nesse dia os conselheiros encaminharam suas contribuições, que foram colocadas em votação na sessão do dia 20/08/1992. A leitura e discussão foram feitas item por item da proposta e as principais mudanças foram:

Seção II - Da Mesa Diretora Artº 14º - Manifestaram-se os conselheiros Carlos Brasil (SSMA), Iolanda (SSMA), Jorge (FAMURS) e Ivo (FRACAB). A cons. Iolanda colocou a posição da SSMA de manter o Secretário como Presidente do Conselho, e sobre a paridade do Conselho, será mantida com a retirada de um (01) representante da área Governamental, foi apresentada proposta de alteração da redação do termo “anualmente” para “de dois em dois anos” e ainda foi proposto o Parágrafo Único sobre o princípio da paridade. Colocado em votação a alteração do texto, foi aprovado por maioria, com um voto contra. Colocado em votação o Parágrafo Único sobre a paridade, também aprovado por maioria com uma abstenção.

[...]

Ficando o artº 14º com a seguinte redação: “As atividades do CES/RS serão administradas por uma Mesa Diretora, eleita de dois em dois anos, pelo plenário através do voto direto de seus integrantes e por maioria simples. Parágrafo Único: Na eleição dos membros da Mesa Diretora será obedecido o princípio da paridade buscando reproduzir, na indicação dos componentes, a mesma representatividade dos distintos segmentos que compõe o CES/RS”

[...] ficando com a seguinte redação [para o artigo 15º]: “Parágrafo 1º - O Presidente do CES/RS será o Presidente da Mesa Diretora. Parágrafo 2º - O mandato da Mesa Diretora do CES/RS, será de dois anos, podendo ser renovado por igual período no máximo por uma vez” (CES, 20/08/1992).

A principal questão conflituosa que impedia a aprovação do documento pelo governador do estado envolvia a presidência do conselho. Os conselheiros desejavam que o presidente fosse eleito por votação pelo plenário, retirando o Secretário Estadual de Saúde e do Meio Ambiente da presidência e favorecendo uma autonomia e empoderamento do Conselho em relação a SSMA.

A não aprovação do regimento interno atrapalhava as atividades e deliberações do conselho, porque não havia legitimação a partir de seu decreto de criação e de seu regimento interno. Essa situação favorecia o governo estadual, pois quanto mais demorasse a aprovação e publicação das legislações referentes ao CES/RS, menos poder de decisão e gestão ele teria. Um exemplo desse entrave está no processo eleitoral da Mesa Diretora do CES/RS em 1992 que não ocorreu porque a publicação do regimento interno não havia sido feita e a eleição, dessa forma, não teria validade.

O Sr. Rosa lembrou que o Regimento Interno do CES/RS tem que ser publicado no Diário Oficial do Estado para que o processo eleitoral da Mesa Diretora tenha validade. O Dr. Albuquerque [representante FARSUL] ressaltou que o ritual da legislação a ser cumprida, com a publicação do Regimento Interno - CES/RS, e que torna válida a homologação. O Sr. Carlos Rosa fez uma proposta de que a Coordenação ou o Plenário escolhesse uma Comissão para o acompanhamento do processo burocrático da Publicação do Regimento Interno - CES/RS. A cons. Terezinha propôs que a Comissão Eleitoral fosse responsável pela publicação do Regimento Interno e que convocasse uma Plenária Extraordinária após a publicação para dar validade as deliberações de hoje. Após ampla discussão ficou decidido que na Plenária de hoje será constituída uma “Comissão Especial para Elaboração do RI para o processo Eleitoral”, que ficará incumbida da organização do processo eleitoral baseando-se no antigo Regimento Eleitoral do CES/RS para a elaboração do novo (CES, 10/09/1992).

Em relação à demora do documento para aprovação da SSMA que impede a realização do processo eleitoral, a conselheira da própria Secretaria argumentou em plenária:

A Cons. Iolanda (SSMA) justificou a demora do trâmite do processo, explicando que o mesmo é apreciado pelo setor jurídico SSMA e enviado a Casa Civil também para avaliação, para após retornar a SSMA. Citou também a demora das instituições para nomeação de conselheiros, havendo instituições que até a presente data, ainda não enviaram nomeação de seus conselheiros. O Regimento Interno - CES/RS, continua em apreciação na Ass. Jurídica SSMA, estando em desacordo com o Decreto, o que acarretou estudo jurídico, portanto exigindo um tempo maior no andamento do referido processo (CES, 15/10/1992).

E as possíveis atitudes sugeridas pelos demais conselheiros:

A cons. Jaqueline (Representante Assistentes Sociais) ressaltou haver grandes ações de implantação da Política de Saúde no Estado, estando o CES sustado, pela falta da publicação do Regimento Interno e propôs: a) ação do CES/RS junto ao Ministério Público; b) tornar pública a situação do CES/RS em relação ao Gestor Estadual, para que haja uma urgente definição

[...]

O Cons. Guilherme (AGAPAN) sugeriu levar ao Governador o impasse do CES/RS. A cons. Juracema (EMATER) propôs uma coletiva a imprensa do CES/RS

[...]

A Cons. Jaqueline apresentou quatro propostas, que foram amplamente discutidos pelo Plenário e colocadas em votação. As propostas são as seguintes: 1) Continuar as negociações com o gestor, os conselheiros continuam dando vida ao Conselho, mesmo sem respaldo jurídico. [...] 2) Encaminhar subsídios jurídicos junto ao

Ministério Público sobre o Decreto [...] 3) O plenário solicita que o Secretário da Saúde assuma efetivamente a Presidência do CES/RS [...] 4) Abertura para a imprensa do CES/RS [todas propostas aprovadas] (CES, 15/10/1992).

A demora da publicação do regimento interno se estendeu por todo o ano de 1993. A indignação dos conselheiros referente a essa atitude da SSMA e do Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente tornou-se evidente na plenária do dia 20/05/1993, que contava com a participação do diretor da Assessoria de Planejamento da SSMA, Pedro Paulo de Andrade:

Após a leitura e comentários da Conselheira [Arita Bergman, representante da ASEDISA], foi colocada a palavra a disposição dos Conselheiros para comentários sobre o parecer [sobre as Leis e Diretrizes Orçamentárias de 1994]. Após várias manifestações de conselheiros, favoráveis ao Parecer elaborado pelas conselheiras do CES, foi amplamente discutida a posição do CES/RS como órgão apreciador de documentos e não como normatizador. Foi cobrado da representação da SSMA, a posição sobre a publicação do Regimento Interno do CES/RS, e as condições administrativas necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos do Conselho.

O regimento interno do Conselho Estadual de Saúde não foi publicado em 1993. Somente em maio de 1994<sup>41</sup>, após a publicação da lei nº 10.097 sobre o CES/RS, o documento foi publicado. O seu texto abordou as finalidades do conselho, as competências dentro do SUS em relação ao estado do Rio Grande do Sul, sua composição e organização, questões sobre as reuniões e deliberações, além dos representantes já definidos pela lei.

Este trabalho considera que as reformulações do conselho para se adequar ao novo sistema de saúde nacional encerram-se em 1993. Apesar do SUS ser um sistema em contínua reorganização, o CES/RS consegue até o presente momento gerenciar suas demandas dentro do SUS com as normatizações publicadas em 1994.

---

<sup>41</sup> RIO GRANDE DO SUL. Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, RS, 06 mai. 1994, p. 32-34.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs-se a refletir sobre a complexidade do processo de descentralização da política de saúde no Brasil ocorrido entre as décadas de 1980 e 1990. A institucionalização do Sistema Único de Saúde acarretou transformações nacionais na forma de compreender a saúde e seu atendimento. A defesa de um sistema de saúde universal, igualitário, preventivo, participativo e constituído como direito de todos e dever do Estado teve como percalços a resistência de setores profissionais e governamentais fortes em suas posições contrárias ao SUS.

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul foi o objeto de análise desse trabalho e pode ser considerado um pequeno exemplo diante das demandas, dificuldades e conquistas realizadas por todo o país para que o Sistema Único de Saúde fosse implantado e funcionasse da melhor maneira possível.

As dificuldades para o reconhecimento, por parte do governo estadual, do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul como um conselho gestor, com poderes legitimados por lei federal, foi apenas um exemplo dos entraves encontrados para a descentralização do sistema de saúde. A demora nas respostas aos pedidos e aos encaminhamentos por parte da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente corrobora a argumentação de Marta Arretche (1998) sobre a posição política contrária do governo estadual do Rio Grande do Sul diante das demandas nacionais por descentralização da saúde para os municípios.

Sobre os conselheiros, os representantes da “sociedade civil organizada”, para utilizar a expressão presente nos decretos, foram os mais atuantes e presentes nas reuniões, tendo a presidência do CES/RS por todo o período analisado. A atuação da ASEDISA e FAMURS, como argumenta Maria Rabelo (1998) foi importante tanto para o conselho como para incentivar a municipalização da saúde.

Todo esse processo de reformulação da política de saúde, institucionalização de um novo sistema com propostas inéditas e buscando congregar a todos os brasileiros em seu atendimento, organização e deliberação ocorreu há poucas décadas. As transformações conquistadas em cada estado brasileiro, os espaços de participação defendidos, as modificações de contextos políticos e econômicos (como a proposta neoliberal do governo Collor), a defesa de uma saúde gratuita para todos os brasileiros com o dever do Estado em fornecê-la são momentos muito recentes na história brasileira que merecem ser estudados.

## REFERÊNCIAS:

- ALVES, Maria Helena Moreira. *Estado e Oposição no Brasil: 1964-1984*. Bauru: Edusc, 2005.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. *O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil e seus Determinantes*. Tese (Doutorado de Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, 1998.
- AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil: além da dicotomia Estado-mercado. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Sociedade Civil e Democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994, p. 23-40.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E et all (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Editora Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm) Acesso: 15 ago 2012.
- CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebes.pdf> Acesso: 04 abr 2012.
- CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: um longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- COHN, Amélia. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde: descentralização ou desconcentração? *Revista São Paulo em Perspectiva*, v. 1, n. 3, p. 55-58, out./dez. 1987. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/Osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/Osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf). Acesso: 18 set. 2012.
- CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde, *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan/jun 2002, p. 18-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf>. Acesso: 03 out. 2012
- CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia & LOBATO, Lenaura V. C. (org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
- GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GOHN, Maria da Glória. Conselho gestores na política social urbana e participação popular. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, n. 7, pp. 9-31, 1º sem. 2002. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/9257/6867>. Acesso em: 25 jul 2012.
- GOHN, M. G. M. O Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Urbana In: RIBEIRO, Ana Clara Torres (org.). *Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores* ed. Buenos Aires, CLACSO, 2000. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/urbano/prologo.pdf>. Acesso: 25 mai 2012.



GOMES, Angela Quintanilha. *Conselhos Municipais em Porto Alegre - 1937/2008: quem participa?* Tese (Doutorado de Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, Porto Alegre, 2011.

GUGLIANO, Alfredo. Democracia, Participação e Deliberação. Contribuições ao debate sobre possíveis transformações na esfera democrática, *Civitas*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, jul-dez 2004. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/14/1616>. Acesso em: 20 mai 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf). Acesso: 06 ago. 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf). Acesso em: 21 abr. 2012.

OLIVEIRA, Jaime A. A. & TEIXEIRA, Sonia M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

PINTO, Céli Regina Jardim. As ONGs e a política no Brasil: presença de novos atores, *Revista Dados*, v. 49, n. 3, 2006.

RABELO, Maria Mercedes. *O Processo de Descentralização da Saúde no RS: um estudo enfocando os municípios*, 1995. Dissertação (Mestrado de Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, Porto Alegre, 1998.

RAMOS, Célia Leitão. Conselhos de Saúde e Controle Social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 329-344.

TATAGIBA, Luciana. *Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil*. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TELLES, Vera da Silva. *Pobreza e cidadania*. São Paulo: Editora 34, 2001.