

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

**“Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade”**

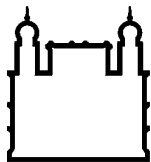
*por*

***Juliana Souza Bravo de Menezes***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes*

*Rio de Janeiro, maio de 2010.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade”***

*apresentada por*

***Juliana Souza Bravo de Menezes***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 04 de maio de 2010.*

Catálogo na fonte

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

M543 Menezes, Juliana Souza Bravo de  
Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de  
limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. /  
Juliana Souza Bravo de Menezes. Rio de Janeiro: s.n., 2010.  
194 f., graf.

Orientador: Moraes, Ilara Hämmerli Sozzi de  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Democracia. 2. Participação Comunitária. 3. Controles Formais da  
Sociedade. 4. Conselhos de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1042

## Agradecimentos

Muitos foram aqueles que, de alguma forma, contribuíram para essa etapa que se encerra, o mestrado em Saúde Pública. O agradecimento a todos torna-se uma tarefa difícil de ser executada, mas tentarei fazer.

Assim, meu agradecimento especial vai para minha mãe, *Maria Inês Souza Bravo*, incansável batalhadora, que luta com garra por seus ideais e contagia a todos com sua generosidade, perseverança, compromisso e coerência. Com carinho e admiração. Te amo!!

Ao meu esposo, *Renato Azevedo Maia de Almeida*, por todo o amor e companherismo ao longo de todo este tempo juntos. Sem o seu apoio esta tarefa seria muito mais árdua. Que o nosso amor seja infinito enquanto dure!

À minha irmã, *Clarissa Souza Bravo de Menezes*, pela nossa bela amizade.

À família do Renatinho, pelo grande afeto: *Cleide, Claudia, José, Ana Luiza, Rodrigo, Luciana, Walter, Lúcia e Maria Helena (Tia Lelé)*.

À minha orientadora, *Ilara Hammerli Sozzi de Moraes*, pelas discussões e pelo aprendizado nessa caminhada.

Aos Professores do Mestrado em Saúde Pública que tiveram importância na minha formação.

À professora *Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna* e ao professor *Marcelo Rasga Moreira* pelas contribuições realizadas na Banca de Qualificação.

Aos meus grandes amigos: *Rebeca, Paulo Cesar, Felipe Raizer, Luciana, Camila, Bruno Bahia, Guilherme, Waldemar, Daniel Bolite e Guilherme Mattos*, mais novo amigo.

Aos amigos, compadres e colegas de profissão, *Maurílio Castro de Matos e Rodriane de Oliveira Souza*, pelo carinho, incentivo, interlocução e apoio na elaboração dessa dissertação.

Ao *Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)*, ao *Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)* e ao *Movimento Nacional de Luta contra a AIDS*, entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde, pelas informações com relação ao objeto de estudo.

Aos meus tios – *Marieta, César, Márcia, Vanda, Teresa Joana, Eugênia, Beth Souza, Carlos Eduardo, Beth Nicola, Dinair, Lucimeri, Paulinho, Cristine e Mario Bolite.*

Quero agradecer ao carinho que me dão: *Ivonete, Ana Vasconcelos, Fátima Masson, Elaine Monteiro, Gabriela, Marcão, Kátia, Andréa (Didi), Dácia, Fábio, Janaína Bilate, Cláudia Gouveia, Mariana Maciel, Márcia Padilha, Tereza, Egberto e meu avô Renato.*

Aos meus “sobrinhos”, *César Augusto, Miguel Gustavo, Luísa, Pedro, Jade e Francisco,* deliciosas convivências.

Agradeço também os amigos do Mestrado, em especial a *Íris Lessa, Marly Salamanca, Maria Christina Pimentel e Suelen Oliveira.*

*Aos companheiros de trabalho do Hospital Geral de Bonsucesso.*

*À todos que compõem o Projeto “Políticas Públicas de Saúde”,* da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: professores, equipe técnica, assistentes sociais e alunos.

*Aos movimentos sociais e conselheiros,* pelo aprendizado fruto do processo de assessoria.

Os últimos agradecimentos cabem ao meu pai, *Antônio Paulo de Menezes Filho;* a minha avó *Maria Eudoxia* e a *Tia Célia,* com saudades.

*À todos, meu carinho e afeto.*

*“A palavra de ordem ‘pessimismo da inteligência, otimismo da vontade’ deve ser a palavra de ordem de todo comunista consciente”.*

Antônio Gramsci

Título: Saúde, Participação e Controle Social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade

Autora: Juliana Souza Bravo de Menezes

## Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no governo Lula, identificando os desafios para o aprofundamento e expansão da participação social em saúde, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária. A proposta com a pesquisa foi identificar as coalizões e as tensões entre os segmentos que compõem o conselho e as estratégias para enfrentar os limites impostos na atualidade. Inicialmente, foi aprofundada a discussão sobre os conselhos de saúde como inovações na formulação de políticas públicas e mecanismos de participação da sociedade nas decisões do Estado. Nesta perspectiva, problematiza-se as concepções de democracia, participação e controle social com o intuito de compreender a importância da constituição de espaços públicos para o processo de democratização da relação Estado e sociedade. Em seguida, foi realizado um breve histórico do Conselho Nacional de Saúde. Para subsidiar o estudo, ressalta-se a necessidade de compreender a trajetória histórica desse mecanismo de controle social, da sua origem até a atualidade. Através de pesquisa documental do material produzido pelo CNS foi possível sinalizar os temas que geram tensões e coalizões entre os segmentos que compõe o conselho e apontar a direção da agenda de proposições dessa instância deliberativa e a atuação deste Conselho frente à política nacional de saúde. Esta dissertação pretende contribuir para a reflexão crítica sobre o papel dos conselhos de saúde, em especial do CNS, na democratização da relação Estado-sociedade, destacando as possibilidades e limites dessa instância de participação do SUS na atual conjuntura.

Palavras-chave: Saúde, Democracia, Participação, Controle Social, Conselho Nacional de Saúde.

Title: Health, Participation and Social Control: a reflection on the limits and challenges of the National Health Council in the news

Authoress: Juliana Souza Bravo de Menezes

## **Abstract**

This paper analyzes the role of the National Health Council (CNS) in the Lula government, identifying the challenges to the development and expansion of social participation in health, taking in consideration the conditions recommended in the Health Reform Project. The proposal with the research was to identify the coalitions and tensions between the segments that compose the Council and the strategies to face the limits imposed nowadays. Initially, the discussion on the health councils as an innovation in public policies and as mechanisms of participation of the community in the state's decisions was deepened. From this perspective, it is discussed the conceptions of democracy, participation and social control in order to understand the importance of setting up public spaces for the democratization process of the state-community relation. Following this, a brief historic of the National Health Council was carried out. To support this study, it is necessary to understand the historical trajectory of this social control mechanism, since its beginnings until the present moment. Through a research of documentary material produced by the CNS it was possible to signalize the issues that create tensions and coalitions between the segments that compose the board and point the direction of the proposition agenda of this deliberative body and the performance of this Council against the national health policy. This thesis aims to contribute to critical reflection on the role of health councils, particularly the CNS, in the democratization of the state-society relation, highlighting the possibilities and limitations of this instance of involvement of SUS in the present conjuncture.

Keywords: Health, Democracy, Participation, Social Control, National Health Council



## Lista de Siglas

ABASD	Associação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFAR	Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico
ABENFISIO	Associação Brasileira em Fisioterapia
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros
ABH	Associação Brasileira de Hospitais
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABPST	Associação Brasileira de Portadores da Síndrome da Talidomida
ABRA	Associação Brasileira de Acessibilidade
ABRA	Associação Brasileira de Autismo
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ABRAM	Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
ABRASTA	Associação Brasileira de Talassemia
ABRATO	Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
ABRAz	Associação Brasileira de Alzheimer
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ACELBRA	Associação dos Celíacos do Brasil
Adin	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADJ	Associação de Diabetes Juvenil
AFB	Associação Franco Baságliã
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMB	Articulação de Mulheres Brasileiras

AMNB	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
ANAPAR	Associação Nacional de Grupos e Pacientes Reumáticos
ANDES	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANPG	Associação Nacional de Pós-Graduando
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSEVS	Associação Nacional dos Servidores das Agencias Nacional de Regulação
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APOINME	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
APREC	Associação Pró Renais Crônicos do Brasil
ARPINSUL	Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
ASSIBGE	Sindicato Nacional dos Trabalhadores em Fundações Públicas Federais de Geografia e Estatística
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPDA	Comissão Permanente para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CEPA	Confederação Espírita Panamericana
CEPAMIGOS	Associação de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Panamericana
CEPIN	Conselho Estadual dos Povos Indígenas
CEPs	Comitês de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFBio	Conselho Federal de Biologia

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFMV	Conselho Federal de Medicina Veterinária
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CGTB	Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
CIAF	Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CIASAJ	Comissão Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Jovem
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CICIS	Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde
CICT	Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia
CIDE	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico Incidente sobre a Importação e a Comercialização de Combustíveis
CIEH	Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase
CIEPCSS	Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPICSUS	Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIPP	Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias
CIPSI	Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso
CIPTV	Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CISAMA	Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente
CISB	Comissão Intersetorial de Saúde Bucal
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CISM	Comissão Intersectorial de Saúde Mental
CISMU	Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher
CISPD	Comissão Intersectorial de Saúde da Pessoa com Deficiência
CISPLGBT	Comissão Intersectorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
CISPN	Comissão Intersectorial de Saúde da População Negra
CIST	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIVSF	Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMB	Confederação das Misericórdias do Brasil
CMB	Confederação das Mulheres do Brasil
CMP	Central de Movimentos Populares
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNA	Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil
CNAB	Congresso Nacional Afro-Brasileiro
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNDC	Conselho Nacional de Defesa do Consumidor
CNESF	Coordenação Nacional das Entidades de Servidores Federais
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Confederação Nacional da Saúde
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
COBAP	Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
COFIN	Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
COIAB	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

CONAM	Conselho Nacional das Associações de Moradores
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDSEF	Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal
CONEN	Coordenação Nacional de Entidades Negras
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONFAZ	Conselho Nacional de Política Fazendária
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CONFETAM	Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal
CONLUTAS	Coordenação Nacional de Lutas
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CONTER	Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPSS	Comissão Permanente de Saúde Suplementar
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CSS	Contribuição Social para a Saúde
CTB	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAMERJ	Federação de Associações de Moradores do Rio de Janeiro
FARBRA	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
FBASD	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down

FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FBH	Federação Brasileira de Hemofilia
FBOMS	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente
FEIFAR	Federação Interestadual dos Farmacêuticos
FENACELBRA	Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil
FENAD	Federação Nacional das Associações de Diabéticos
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde
FENAFAL	Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FENAFITO	Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
FENAJUFE	Federação Nacional dos Trabalhadores do Judiciário Federal e Ministério Público da União
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FENAPAES	Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
FENAPHA	Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial
FENAPSI	Federação Nacional dos Psicólogos
FENAS	Federação Nacional dos Assistentes Sociais
FENASEG	Federação Nacional de Seguros Privados de Capitalização
FENASP	Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi
FENASPS	Federal Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social
FENAVAPE	Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência
FENEIS	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIAM	Facilité Internationale por l Achat de Médicamentes

FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
FNM	Federação Nacional dos Médicos
FOPRECONDISI	Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
FS	Força Sindical
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GEL's	Grupos Executivos Locais
GT	Grupo de Trabalho
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INTERSINDICAL	Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IVA	Imposto de Valor Agregado
LBL	Liga Brasileira de Lésbicas
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MBHV	Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação
MOPEM	Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPS	Ministério da Previdência Social

MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Sem Terra
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NCST	Nova Central Sindical dos Trabalhadores
NOAS	Norma de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OGU	Orçamento Geral da União
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONEDEF	Entidade Nacional de Patologias e Deficiências
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salário
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PLP	Projeto de Lei Complementar
PLS	Projeto de Lei do Senado
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPP	Parceria Público Privado
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROCON	Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores



RJU	Regime Jurídico Único
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBB	Sociedade Brasileira de Bioética
SBO	Sociedade Brasileira de Ostomizados
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SBPPC	Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica
Scielo	Scientific Eletronic Library Online
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
Selic	Sistema Especial de Liquidação e de Custódia
Seplan	Secretaria de Planejamento da Presidência da República
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SINAGENCIAS	Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação
SINASEFE	Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica e Profissional
SINDNAP	Sindicato Nacional dos Aposentados e Pensionistas
Sinmed	Sindicato dos Médicos
SINTAP	Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas -
SINTAPI	Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SOBRAVIME	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBC	União Brasileira de Cegos
UBES	União Brasileira dos Estudantes Secundaristas
UBM	União Brasileira de Mulheres
UCB	União dos Cegos do Brasil
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNAFISCO	Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil
UNASUS	União Nacional dos Auditores do SUS
UnB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNI	União das Nações Indígenas
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNITAIDS	United Against AIDS
USP	Universidade de São Paulo

## **Lista de Gráficos e Quadros**

Gráfico 1: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – fev/2003 a jun/2005 .....	108
Gráfico 2: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – jul/2005 a mar/2006 .....	117
Gráfico 3: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – abr/2006 a mar/2007 .....	123
Gráfico 4: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – abr/2007 a dez/2008 .....	138
Quadro 1: Sistema Único de Saúde e Fundações Estatais de Direito Privado .....	133

## Sumário

Introdução .....	21
Capítulo 1) Democracia, Participação e Controle Social na Saúde: a Proposta dos Conselhos .....	30
1.1. Democracia, Participação e Controle Social na Saúde .....	30
1.1.1. Democracia.....	30
1.1.2. Participação e Controle Social na Saúde.....	36
1.2. Os Conselhos de Saúde.....	43
Capítulo 2) Histórico do Conselho Nacional de Saúde .....	56
2.1. Antecedentes Históricos: do surgimento à década de 1980.....	56
2.2. O “Novo” Conselho Nacional de Saúde: anos 1980 a 2000 .....	65
Capítulo 3) O Conselho Nacional de Saúde no Governo Lula .....	91
3.1. Caracterização Geral das Políticas Sociais no Governo Lula.....	91
3.2. O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde no Governo Lula.....	96
3.2.1. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de Humberto Sérgio Costa Lima .....	97
3.2.2. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de José Saraiva Felipe .....	110
3.2.3. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de José Agenor Álvares da Silva .....	118
3.2.4. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de José Gomes Temporão.....	124
Considerações Finais.....	140
Referência Bibliográfica .....	153
Anexos .....	165
Anexo 1 – Documentos Produzidos pelo CNS (2003-2008).....	166
Anexo 2 – Relação das Atas do CNS Pesquisadas (2003-2008) .....	167
Anexo 3 – Conselheiros CNS (2003-2006) .....	170
Anexo 4 – Conselheiros CNS (2006-2009) .....	175
Anexo 5 – Conselheiros CNS (2009-2012) .....	182
Anexo 6 – Nota Técnica nº 001/2009 – CNS.....	188

## Introdução

A presente dissertação aborda o tema participação social e o controle social na área da saúde<sup>1</sup> e pretende analisar o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no governo Lula, procurando identificar impasses e desafios para o aprofundamento e expansão da participação social em saúde, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária. A proposta com a pesquisa é identificar as coalizões e as tensões entre os segmentos que compõe o conselho e as estratégias para enfrentar os limites impostos na atualidade.

Refletir sobre essas questões tem relação com o estudo realizado no Curso de Especialização em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) que pretendeu caracterizar os conselhos municipais de saúde (CMS) do Estado do Rio de Janeiro, identificando os limites e os desafios para o fortalecimento do controle social<sup>2</sup>. E também com minha inserção profissional, desde dezembro de 2004, no projeto de ensino, pesquisa e extensão “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”<sup>3</sup>, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Os conselhos de saúde são espaços de elaboração, avaliação e fiscalização das políticas públicas, significando uma inovação na gestão, ao inserir novos sujeitos sociais na construção da esfera pública. Estudos realizados por diversos autores<sup>4</sup> apontam que os conselhos de saúde enfrentam grandes desafios desde o processo de implementação na década de 1990.

É um desafio aprofundar o entendimento sobre esses processos procurando extrair subsídios para a construção coletiva de estratégias que fortaleçam a atuação dos conselhos de saúde nos moldes da Reforma Sanitária.

---

<sup>1</sup> Os conceitos de participação social e controle social serão abordados mais adiante.

<sup>2</sup> A monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) intitulada “Participação e Controle Social na Área da Saúde: os limites e desafios dos conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro” foi orientada pelo Professor Marcelo Rasga Moreira.

<sup>3</sup> Este Projeto, coordenado pela Professora Maria Inês Souza Bravo, envolve alunos de graduação e pós-graduação, assistentes sociais e docentes, sendo desenvolvido com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O projeto pretende contribuir para fornecer aportes críticos-teóricos para a análise das políticas de saúde, de maneira a subsidiar o avanço do projeto de Reforma Sanitária brasileiro, principalmente no que se refere ao controle social.

<sup>4</sup> Diversos são os autores que vem discutindo o tema participação, controle social e conselhos, cabendo citar alguns: Bravo (2001c e 2006); Bravo & Souza (2002); Carvalho (1995 e 1997); Correia (2002, 2004, 2005a e 2005b); Côrtes (2002); Dagnino (2002); Escorel & Moreira (2006 e 2008); Gohn (2003); Labra (2005); Tatagiba (2002), Valla (1998), Vianna (2009). No primeiro capítulo será abordado os conselhos de saúde.

A caracterização realizada dos conselhos municipais de saúde do Rio de Janeiro buscou problematizar e sinalizar os limites e possibilidades desses espaços<sup>5</sup>.

O estudo identificou que a maior parte das resoluções deliberadas pelos conselhos municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro não são cumpridas<sup>6</sup>. O poder público não tem respeitado os espaços dos conselhos, não considerando as deliberações aprovadas. Como uma das alternativas, este dado aponta para a necessidade de mobilização e articulação dos conselhos com o legislativo, com o ministério público e com os diversos movimentos sociais que lutam pela defesa da saúde, para ampliar a participação nesses espaços e pressionar para o cumprimento das resoluções.

Com relação à composição e a garantia da paridade nos conselhos, a Resolução n° 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde, determina a seguinte distribuição: 50% representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores da saúde e 25% gestores e prestadores de serviços. Muitos conselhos ainda adotam como referencial para a composição a Lei 8142/90 (50% representantes dos usuários e 50% os demais segmentos).

A questão da representação é um dos maiores desafios hoje para o fortalecimento do controle social e da participação. Existem entidades prestadoras de serviços representando os usuários e trabalhadores de saúde indicados pelos gestores e com cargo comissionado. É fundamental a representação de usuários e trabalhadores de saúde por entidades vinculadas a esses segmentos, para viabilizar a participação nas decisões da política de saúde e garantir a efetivação do controle social, contemplando as demandas e reivindicações desses grupos<sup>7</sup>.

Cabe ressaltar que o espaço dos conselhos tem como perspectiva uma nova cultura política rompendo com o autoritarismo, patrimonialismo e clientelismo que tanto influenciaram na formação sociohistórica do Brasil.

Contudo, no contexto atual, é gestada pelo capital a “cultura política da crise”, marcada pelo avanço da política de ajuste e a constituição do “cidadão-consumidor”

---

<sup>5</sup> Investigação realizada pela autora desse trabalho na monografia de conclusão do Curso de Especialização Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

<sup>6</sup> O caráter deliberativo dos conselhos possibilita a intervenção direta da sociedade nas políticas públicas, pois garante que as discussões tenham como desdobramento uma deliberação, que será homologada pelo chefe do poder da esfera de governo correspondente e cujo cumprimento é assegurado por Lei. Dessa forma, os espaço dos conselhos não é apenas de discussão, mas de tomada de decisões coletivas que podem mudar a direção da política de saúde.

<sup>7</sup> Algumas dessas distorções na composição dos conselhos são identificadas no estudo realizado por Bravo, M. I. S.; Menezes, J. S. B. & Moraes, M. R. (2007) sobre o “Perfil dos Conselheiros de Saúde do Estado do Rio de Janeiro”.

(Mota, 1995). Essa estratégia busca adesão dos trabalhadores para viabilizar a contra-reforma do Estado, fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos, limitando, assim, o potencial democratizante dos conselhos.

Dessa forma, os conselheiros acabam reproduzindo no espaço dos conselhos a democracia representativa e não a democracia participativa, isto é, estão desvinculados da entidade e/ou segmento que representam, resultado da cultura política presente ao longo da história brasileira. Valla (1998), não desconsiderando os espaços dos Conselhos Municipais de Saúde, questiona a concepção de democracia representativa vigente nestes fóruns. Nesta direção, como uma das estratégias para enfrentar essa questão ressalta-se a importância do retorno das discussões realizadas nos conselhos para as suas bases e a renovação de quadros.

“A lentidão em agir dos CMS e a sua grande dependência dos Secretários Municipais de Saúde e dos componentes dos profissionais de saúde (gestores e funcionários), juntamente com os graves problemas de saúde que afligem a população brasileira, devem servir como um alerta para a retomada das experiências da democracia direta” (Valla, 1998: 32).

Reforçando a importância da democracia participativa e a função do conselheiro, Moraes et al (2009) ressaltam que

“uma vez adquirido o entendimento em torno do significado político-social do exercício direto da democracia participativa – em sua atuação nos conselhos de saúde-, jamais deixarão de ser cidadãos participativos, sujeitos da construção de uma nova cultura cívica no país” (Moraes et al, 2009: 884-885).

Outro aspecto observado no estudo é que os conselheiros municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro não têm passado por um processo de capacitação continuada e nem tem recebido assessoria. Este dado sinaliza para a hipótese de não existência de um projeto educacional mais amplo de construção de uma consciência cívica. Bravo & Matos (2006) destacam que

“os sujeitos sociais, que passaram pela experiência de assessoria, têm uma visão mais crítica da Política de Saúde e dos Conselhos e procuram estabelecer articulação com as entidades e movimentos sociais. Esse é um processo lento, pois a ação coletiva, na atual conjuntura, tem sido desvalorizada e a ênfase tem sido nos pequenos grupos, no local, na fragmentação. A tirania neoliberal destrói a esperança, as organizações sindicais, populares e os movimentos sociais” (Bravo & Matos, 2006: 178).

Moraes et al (2009), ao abordarem sobre o acesso ao conhecimento e a informação, apontam que

“o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimento e informações, que possibilita, em última instância, maior habilidade argumentativa em espaços conquistados de participação. Portanto, para o fomento do debate democrático na área da saúde, não basta garantir que os atores ‘tenham acesso às informações’. Faz-se necessário, sobretudo, possibilitar a apropriação do potencial informativo intrínseco a uma determinada mensagem, de seu significado para a luta específica a ser empreendida, de sua pertinência e relevância ao objetivo que se pretende” (Moraes et al, 2009: 880).

A falta de dotação orçamentária, infra-estrutura precária e ausência de autonomia gerencial também são aspectos identificados que evidenciam a ausência de políticas públicas, dificultando a execução do papel dos conselhos na avaliação, formulação e fiscalização da política de saúde.

A partir das dificuldades sinalizadas nos conselhos municipais de saúde do Rio de Janeiro avaliamos a necessidade de analisar qual a dimensão nacional desses limites. Os entraves enfrentados pelo Conselho Nacional de Saúde são os mesmos dos conselhos municipais de saúde do Rio de Janeiro? Qual o papel do CNS? Qual a influência do Conselho Nacional de Saúde na formulação e no controle da execução da Política de Saúde? Quais os principais limites do CNS hoje e quais as estratégias para fortalecer a participação social e o controle social na saúde? Quais os temas que geram coalizões e tensões entre os segmentos que compõe o conselho? Qual o protagonismo do CNS no governo Lula? Como avançar na articulação do conselho com os movimentos sociais na defesa da Reforma Sanitária e da participação democrática enquanto um grande desafio e compromisso a ser assumido na atualidade?

São muitos os questionamentos que este tema levanta. Sendo assim, esta investigação enfatiza a discussão a cerca dos limites e possibilidades do exercício do controle social no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, identificando os momentos de coalizões e tensões entre os segmentos que compõe o conselho. Não se pretende esgotar essas reflexões nesse trabalho, tratando-se de uma investigação exploratória.

Existem muitas produções na área dos conselhos e estudos de caso de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, enfocando a participação social, a



descentralização, a representatividade dos conselheiros, entre outras questões. Entretanto, são poucas as pesquisas no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisando artigos no *site* da Scielo/Brazil com o descritor conselhos de saúde identificamos no total treze artigos. Os artigos podem ser classificados em estudos teórico-reflexivos e em estudos de casos. Dentre os estudos de caso, nenhum no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Também pesquisamos o site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portal de bases bibliográficas. O total de referências encontradas foram noventa e oito (98). Dessas noventa e oito (98) referências encontradas, apenas seis produções faziam algum tipo de referência ao Conselho Nacional de Saúde. E dessas seis produções, apenas duas poderiam ser consideradas como estudos no âmbito do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>.

Em levantamento realizado no Banco de Teses pelo *site* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o assunto Conselho Nacional de Saúde, foram localizadas setenta (70) Teses/Dissertações sobre a temática. Entretanto, dessas setenta (70) referências encontradas apenas oito (duas teses de doutorado e seis dissertações de mestrado)<sup>9</sup> poderiam ser consideradas como investigações relacionadas ao Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, dessas oito Teses/Dissertações apenas cinco tinham o CNS como objeto de estudo.

Dessa forma, a relevância desse estudo está relacionada ao papel que tem o Conselho Nacional na política de saúde e aos poucos estudos existentes.

A partir do exposto, tomamos como objeto o Conselho Nacional enquanto mecanismo político formal de controle social que congrega representantes dos setores organizados da sociedade civil, portadores de interesses contraditórios.

---

<sup>8</sup>“A Institucionalidade da Participação Social no Conselho Nacional de Saúde: entre a representação de interesses particulares e a universalização do direito à saúde”, artigo publicado por Lígia Bahia na Revista Saúde em Debate (2008) e “A Programação Pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS”, dissertação de mestrado pela ENSP/FIOCRUZ de Flávio J. F. Oliveira (2004).

<sup>9</sup>“O Conselho Nacional de Saúde como mecanismo de controle social”, dissertação de mestrado pelo programa de pós-graduação em Administração da UnB de Cristina D. G. Vasconcelos (2000); “A Programação Pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS”, dissertação de mestrado pela ENSP/FIOCRUZ de Flávio J. F. Oliveira (2004); “Pesquisa envolvendo seres humanos: fundamentos ético e jurídicos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde”, dissertação de mestrado pela ENSP/FIOCRUZ de Maria Helena M Lino (2007); “O Conselho Nacional de Saúde e o Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos internacionais”, tese de doutorado pelo programa de pós-graduação em Serviço Social da UFPE de Maria Valéria C. Correia (2005); “Por uma construção democrática ao direito à saúde: a Constituição Federal, os instrumentos de participação social e a experiência do Conselho Nacional de Saúde”, dissertação de mestrado pelo programa de pós-graduação em Direito da UnB de Mariana S. De Carvalho (2005); “Análise das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (1995-2005) sob a perspectiva da Bioética”, dissertação de mestrado pelo Centro Universitário São Camilo-Bioética de Mônica H. Messeti (2007); “Regras Institucionais e processo decisório de políticas públicas: uma análise sobre o Conselho Nacional de Saúde (1990-2006)”, dissertação de mestrado pelo programa de pós-graduação em Ciências Políticas da USP de Renata S. Schevisbisk (2007); “Democracia e Conselhos de Controle de Políticas Públicas: uma análise comparativa”, teses de doutorado pelo programa de pós-graduação em Ciências Políticas da UFRS de Rodrigo Stumpf Gonzáles (2000).

Elegemos o referencial teórico de Gramsci e dos neogramscianos para embasar nossa análise. A escolha foi por autores contemporâneos preocupados em analisar a realidade brasileira.

“As categorias de Gramsci podem ajudar a entender o nosso passado, elas também possuem a capacidade de iluminar nosso presente, através do ‘valor brasileiro’ que possuem. Além da noção de ‘revolução passiva’<sup>10</sup>, é particularmente importante para nós o conceito gramsciano de ‘Estado ampliado’<sup>11</sup>, que nos permite compreender a singularidade de algumas das características essenciais da nossa situação presente, o fato de que o Brasil é hoje uma formação social de tipo ‘ocidental’<sup>12</sup>, o que exige uma estratégia gramsciana (‘guerra de posição’<sup>13</sup>) para a construção do socialismo” (Coutinho, 2009: 43).

Isso não significa que não foi realizada a interlocução com outros autores de outras perspectivas teóricas. Compreendemos a importância do pluralismo<sup>14</sup>, mas o pluralismo com hegemonia<sup>15</sup>. Esse foi o caminho teórico para dar suporte ao estudo empírico sobre o exercício do controle social no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.

“O debate teórico acerca da relação entre Estado e sociedade civil com a determinação econômica precisa ser esclarecido e aprofundado na perspectiva de Gramsci, devido às interpretações contemporâneas sobre o seu pensamento que identificam uma dicotomia nesta relação e uma primazia do político sobre o econômico, ou seja, da superestrutura sobre a estrutura. Apresentam-se de um lado, ‘marxistas’ partidários do determinismo econômico que minimizam a importância das lutas políticas

---

<sup>10</sup> A “revolução passiva” é para Gramsci uma “revolução-restauração”, ou seja uma transformação a partir de cima, pela qual as classes dominantes reagem ao subversismo esporádico, elementar, desorganizado, das massas populares, modificando lentamente as relações de força para neutralizar os de baixo (Coutinho, 1999).

<sup>11</sup> Coutinho (1999) entende que o Estado, em sentido amplo, é a ditadura mais hegemonia ou a hegemonia escudada na coerção, é o equilíbrio entre sociedade civil e sociedade política.

<sup>12</sup> Gramsci aduz que “no oriente, o Estado era tudo, a sociedade civil era primordial e gelatinosa; no Ocidente, havia entre o Estado e a sociedade civil uma justa relação e em qualquer abalo do Estado imediatamente descobria-se uma poderosa estrutura da sociedade civil” (Coutinho, 1996: 58)

<sup>13</sup> A “Guerra de Posição”, concebida por Gramsci para a conquista do “Poder no Ocidente”, tem como referência e fundamento a dinâmica das inter-relações dialéticas (ação recíproca) entre a “Sociedade Civil” e a “Sociedade Política” (Estado no sentido estrito), característica essencial das sociedades tipo “Ocidental” (Coutinho, 1999).

<sup>14</sup> O debate do pluralismo envolve diversas questões. Coutinho (1991) teme que a negação do pluralismo leve ao despotismo, mas esclarece que é necessário ter uma direção, ou seja, pluralismo com hegemonia. Para esta afirmativa, utiliza Pietro Ingrao, que formula a ideia de hegemonia no pluralismo, não só como forma de construção de novos valores na sociedade, mas também como forma de governo. O autor afirma que o pluralismo no terreno da teoria do conhecimento é mais complexo. O pluralismo não pode implicar o ecletismo ou o relativismo. O debate de ideias é fundamental, mas não se pode pensar em conciliar pontos de vista inconciliáveis em nome do pluralismo. No pensamento social não existe apenas a ciência há também o mundo dos valores.

<sup>15</sup> Para Gramsci, a hegemonia seria a direção moral e intelectual e domínio político exercido por uma classe, em determinadas condições históricas. O poder de coesão, conectado ao consenso, constituiria o predomínio de uma visão social de mundo e de convívio social. O espaço da hegemonia é a sociedade civil, em que os chamados “aparelhos privados de hegemonia” são os responsáveis pela disseminação do pensamento dominante (Coutinho, 1999).

Segundo Gramsci, “embora a hegemonia seja ético-política, ela deve ser também econômica, baseada necessariamente na função decisiva exercida pelo grupo dominante no núcleo decisivo da atividade econômica” (Gramsci, 1978: 178). A conquista da hegemonia implica uma reforma intelectual e moral. E tal reforma cria o “terreno para um ulterior desenvolvimento da vontade coletiva nacional-popular, em direção à realização de uma forma superior e total de civilização” (Gramsci, 1984: 8-9).

na determinação da realidade social e, por outro lado, existem tendências de interpretação do pensamento de Gramsci que dão primazia excessiva ao político sobre o econômico a ponto de abstrair o nexo entre a estrutura e a superestrutura. Essa cisão tem resultado também em interpretações de uma dicotomia entre Estado e sociedade civil, a partir do pensamento de Gramsci. O estudo teórico da relação Estado e sociedade civil, a partir do pensamento de Gramsci, desmistifica a apropriação do seu pensamento pelas interpretações liberais contemporâneas, que desembocam no politicismo exacerbado e na contraposição entre Estado e sociedade civil” (Correia, 2005b: 8-9).

Portanto, definimos como objetivo geral: aprofundar o entendimento em torno de problemas existentes no exercício do controle social no âmbito do Conselho Nacional de Saúde como parte de um esforço maior de fundamentar propostas na perspectiva de fortalecer a participação social na área da saúde, e seu papel na construção da Reforma Sanitária. E, como objetivos específicos: traçar um breve histórico do Conselho Nacional de Saúde; analisar o papel do Conselho Nacional de Saúde, o seu arcabouço jurídico, a sua composição, os principais temas discutidos e as atividades desempenhadas na atualidade; sinalizar as coalizões e as tensões entre os segmentos que compõe o conselho; problematizar e sinalizar os desafios postos na atualidade para aprofundar e expandir a participação social e o controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para alcançar os objetivos (geral e específicos) definidos, utilizamos como eixos da investigação a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de aprofundamento conceitual de algumas categorias, tais como: Democracia; Participação Social; Controle Social; Conselhos de Saúde; Sistema Único de Saúde, Reforma Sanitária, entre outras. O investimento teórico-metodológico acerca destas categorias não se esgota neste estudo. Para aprofundar a discussão sobre a utilização dessas categorias e construir uma reflexão histórico-conceitual, foi realizado um levantamento dos principais autores e trabalhos que procuram discutir acerca dos conceitos norteadores desta dissertação.

A pesquisa documental é outra etapa fundamental. Para analisar a atuação do Conselho Nacional de Saúde na atualidade foi preciso recorrer aos documentos produzidos por esse conselho como suas Atas, Deliberações, Resoluções,

Recomendações e Moções<sup>16</sup>. O estudo desses documentos aponta a direção da agenda de proposições dessa instância deliberativa.

Definimos como recorte temporal para analisar a documentação produzida pelo CNS, o período de 2003 a 2008, primeiro mandato do governo Lula (2003 a 2006) e parte do segundo mandato (2007 a 2008).

A escolha desse período se justifica por se tratar de um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu um representante da classe trabalhadora. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Para a realização do estudo foi necessária a construção de matrizes analíticas que foram instrumentos para elucidar propostas. A primeira matriz foi construída a partir do levantamento bibliográfico<sup>17</sup>, identificando, não de forma exaustiva, o leque de problemas existentes no exercício do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde e as propostas sinalizadas para enfrentá-los.

A outra matriz analítica foi a partir dos documentos produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde (atas, resoluções, recomendações, deliberações e moções), no período de 2003 a 2008, levantando os temas tratados e os problemas debatidos. Para isso elaboramos uma classificação temática dos assuntos discutidos, com base em tipologia já desenvolvida para analisar atas de reuniões em conselho municipais de saúde (Côrtes, 1999), adaptando às especificidades dos assuntos em debate no Conselho Nacional de Saúde. A classificação utilizada foi a seguinte: Financiamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Controle Social (papel e funcionamento do conselho, conferências, plenárias de conselhos); Políticas Específicas e Programas de Saúde; Gestão em Saúde e Organização dos Serviços de Saúde; Questões Locais/Particulares. A partir desse mapeamento identificamos a relação do Conselho com o Ministro<sup>18</sup>, as principais temáticas discutidas, os momentos em que existem coalizões e, principalmente, tensões entre os segmentos que compõe o conselho, a agenda de proposições e a atuação do CNS frente à política nacional de saúde.

---

<sup>16</sup> Em anexo encontra-se um quadro com o número de Atas, Deliberações, Resoluções, Recomendações e Moções do período de 2003 a 2008.

<sup>17</sup> Foram escolhidos autores com importantes produções na área da participação e do controle social na saúde no campo da Saúde Coletiva e do Serviço Social.

<sup>18</sup> Identificar a relação do CNS com o Ministro da Saúde torna-se necessária, considerando que diversos estudos sobre conselhos de saúde apontam para as tensões políticas que existem entre o segmento do gestor, em especial o Secretário de Saúde, e os demais segmentos.

Diante do estudo bibliográfico e da análise dos referidos documentos, investigamos o papel do Conselho Nacional de Saúde na expectativa de elucidar as indagações sobre as possibilidades e limites dessa instância de participação do SUS na atualidade.

Após essas considerações, cabe apresentar a organização da dissertação, que está estruturada em três capítulos. O *primeiro capítulo* intitulado “*Democracia, Participação e Controle Social na Saúde: a Proposta dos Conselhos*”, tem como preocupação central aprofundar a discussão sobre os conselhos de saúde como inovações na formulação de políticas públicas e mecanismos de participação da sociedade nas decisões do Estado. Dessa forma, problematiza-se a democracia, a participação e o controle social. O intuito é compreender o significado da participação e do controle social na saúde, ressaltando os limites e as possibilidades da constituição de espaços públicos para o processo de democratização da relação Estado e sociedade.

O *segundo capítulo* intitulado “*Histórico do Conselho Nacional de Saúde*”, tem como objetivo traçar um breve histórico do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Destaca-se a importância de compreender a trajetória histórica dessa instância de controle social, da sua origem até a atualidade. A proposta é subsidiar a pesquisa, suscitando o debate e contribuindo na elucidação das indagações sobre as possibilidades e limites desse espaço de controle democrático.

No *último capítulo* intitulado “*O Conselho Nacional de Saúde no Governo Lula*”, apresenta-se o resultado do estudo a partir da análise do papel do Conselho Nacional de Saúde no governo Lula, identificando os impasses e desafios para o aprofundamento e expansão da participação social em saúde. Através de pesquisa documental do material produzido pelo CNS foi possível sinalizar os temas que geram tensões e coalizões entre os segmentos que compõe o conselho e apontar a direção da agenda de proposições dessa instância deliberativa e a atuação deste Conselho frente à política nacional de saúde.

Nas considerações finais são problematizadas questões abordadas no decorrer deste trabalho e algumas ações desenvolvidas pelo Conselho Nacional de Saúde no ano de 2009. Desta forma, considera-se que os conselhos de saúde são espaços com potencial para contribuir para a democratização da esfera pública, ao ressaltar como aspecto importante a participação da sociedade na elaboração da Política de Saúde e tendo por objetivo democratizar o Estado.

# Capítulo 1) Democracia, Participação e Controle Social na Saúde: a Proposta dos Conselhos

Este capítulo tem como preocupação central problematizar as categorias de análise: democracia, participação e controle social. A ênfase é discutir o significado da participação e do controle social na saúde, na atualidade, ressaltando a importância da constituição de espaços públicos para o processo de democratização da relação Estado e sociedade. Nessa direção, aprofunda-se a discussão sobre os conselhos de saúde como inovações na formulação de políticas públicas e mecanismos importantes de participação da sociedade nas decisões do Estado.

O capítulo está estruturado em dois itens: o primeiro realiza um breve levantamento bibliográfico sobre os conceitos de democracia, participação e controle social e o segundo aborda os conselhos de saúde identificando as suas dificuldades e possibilidades.

## **1.1. Democracia, Participação e Controle Social na Saúde**

### **1.1.1. Democracia**

A democracia é resultado de um processo histórico e está relacionada à soberania popular, à participação e à igualdade. Entretanto, cabe ressaltar que existem diversos sentidos e concepções de democracia.

Fleury (1997), recuperando Bobbio (1994), apresenta dois sentidos básicos para o conceito de democracia: a *democracia formal* e a *democracia substancial*.

A democracia formal está relacionada ao princípio da liberdade, isto é, definindo os direitos individuais como liberdades individuais que limitam a ação do Estado.

“O mecanismo de representação e as regras de eleição daqueles que tomam decisões que afetam à toda coletividade – o governo representativo – passa a ser o foco central do debate sobre a democracia liberal” (Bobbio, 1994: 29 *apud* Fleury, 1997).

A democracia substancial, por outro lado, busca assegurar uma participação mais ampla, tanto no exercício do poder político como na distribuição da riqueza socialmente produzida.

Os autores Santos & Avritzer (2002) ressaltam duas propostas de democracia: a *democracia de baixo impacto* e a *democracia de alto impacto*.

A democracia de baixo impacto torna-se hegemônica ao final das duas guerras mundiais, restringindo as formas de participação em favor de um consenso em torno de um procedimento eleitoral para a formação de governos.

“O modelo de democracia liberal foi se impondo como modelo único e universal, e a sua consagração foi consumada pelo Banco Mundial e o FMI ao transformá-lo em condição política para a concessão de empréstimo e ajuda financeira. Com isso perdeu-se ‘demodiversidade’, entendida como a coexistência (pacífica ou conflituosa) de diferentes modelos e práticas democráticas” (Santos & Avritzer, 2002: 72).

A democracia de alto impacto, contra-hegemônica, baseia-se na

“possibilidade de inovação entendida como participação ampliada de atores sociais de diversos tipos em processo de tomada de decisão. Em geral, estes processos implicam a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a redefinição de identidades e vínculos e o aumento da participação, especialmente em nível local” (Santos & Avritzer, 2002: 51).

Chauí (2000) destaca que a tradição democrática institui três direitos fundamentais: a igualdade, a liberdade e a participação no poder<sup>19</sup>. E ao abordar a democracia como ideologia sustenta a crítica realizada por Marx ao referir-se ao formalismo jurídico que preside a ideia de direitos do cidadão.

Dessa forma, aponta que a democracia declara os direitos universais, mas a sociedade capitalista está estruturada de tal forma que tais direitos não podem ser garantidos para a maioria da população. A democracia não é concreta, é formal. “No capitalismo, são imensos os obstáculos à democracia, pois o conflito dos interesses é posto pela exploração de uma classe social por outra, mesmo que a ideologia

---

<sup>19</sup> A **Igualdade** significava que todos os cidadãos, perante as leis, possuem os mesmos direitos e devem ser tratados da mesma maneira. Dessa forma, Aristóteles afirmava que era preciso igualar os desiguais, seja pela redistribuição da riqueza social, seja pela garantia de participação no governo. Pelo mesmo motivo, Marx ressaltava que a igualdade só se tornaria um direito concreto quando não houvesse escravos, servos e assalariados explorados. A **Liberdade** significava que todo cidadão tem o direito de expor em público seus interesses e suas opiniões, vê-los debatidos pelos demais e aprovados ou rejeitados pela maioria, devendo acatar a decisão tomada publicamente. Para os socialistas, a liberdade é o direito de lutar contra todas as formas de tirania, censura e tortura e contra todas as formas de exploração e dominação social, econômica, cultural e política. A **Participação no poder** significava que todos os cidadãos têm o direito de participar das discussões e deliberações públicas, votando ou revogando decisões. Todos têm competência para opinar e decidir, pois a política é uma ação coletiva, ou seja, decisão coletiva quanto aos interesses e direitos (Chauí, 2000).

afirme que todos são livres e iguais” (Chauí, 2000). A autora sinaliza que são as lutas sociais que transformam a simples declaração de um direito em direito real. Nesta direção, os conselhos de saúde podem ser um dos espaços dessa luta.

Ao analisar os modelos alternativos de democracia, dentro da teoria política liberal, Fleury (1997) destaca as propostas de Schumpeter - de *democracia representativa* - e de Macpherson – de *democracia participativa*.

Para Schumpeter “o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelo voto da população” (Schumpeter, 1984: 337 *apud* Fleury, 1997: 30).

Esta concepção de democracia representativa, segundo Coutinho (2000) é minimalista “como se democracia fosse apenas o respeito a algumas regras formais que permitem uma rotatividade das elites no poder por meio dos processos eleitorais” (2000: 129). Essa concepção minimalista de democracia, o chamado “modelo elitista”, é uma corrente hegemônica no e a partir do pós-guerra, que supõe a existência de uma contradição ineliminável entre a governabilidade democrática e participação política. Essa teoria restrita da democracia, o chamado “elitismo democrático”, foi inaugurada por Schumpeter e encontra-se reatualizada pelo neoliberalismo (Duriguetto, 2007).

Macpherson vai além da proposta de democracia representativa, procurando formular um modelo de democracia participativa enfatizando os movimentos sociais e a ampliação do espaço político pela sociedade civil. Este modelo “busca combinar os mecanismos da democracia representativa com aqueles experimentados como modelo piramidal de participação direta e indireta dos cidadãos, através de conselhos” (Macpherson, 1978 *apud* Fleury, 1997: 31). É importante destacar que o autor considera que o modelo de democracia participativa é compatível com a democracia liberal.

Ocupando uma posição intermediária entre esses dois campos teóricos da democracia no liberalismo contemporâneo, encontramos a concepção pluralista da democracia, na qual um dos seus principais pensadores é Robert Dahl. Segundo as formulações dos pluralistas liberais,

“o processo democrático refere-se à existência de igualdade de oportunidades de acesso dos grupos de interesse aos canais de influência sobre os governantes e à possibilidade da formação, por meio das ‘regras do jogo’, de consensos plurais na esfera pública. Por



consequente, a função da participação, segundo essa tradição, é de proteção dos indivíduos contra as decisões arbitrárias dos líderes eleitos, assim como a de proteção de seus interesses privados ou de grupo” (Duriguetto, 2007:104).

A concepção de democracia para os autores marxistas contemporâneos<sup>20</sup> é mais ampla que a democracia liberal, pois admite as conquistas liberais, considerando-as imprescindíveis – como a democracia política e social -, mas incorpora também a democracia econômica, ou seja, a democratização da riqueza socialmente produzida.

“Para tanto, devemos imaginar formas institucionais que combinem a democracia representativa tradicional com a democracia participativa, de base, mas que incorporem também os chamados direitos sociais, que são direitos indiscutíveis da cidadania moderna: o direito à previdência, à educação, à saúde e, no limite, o direito social a propriedade, o que implica a socialização dos meios de produção” (Coutinho, 2000: 130).

Coutinho (2000) ressalta como equívoco no pensamento de esquerda, explicitado em uma ideia de Lênin, a dicotomia entre democracia burguesa (representativa) e democracia proletária (de base).

“A verdadeira alternativa é entre uma democracia limitada, uma democracia puramente liberal, elitista e oligárquica, ou uma democracia de massas, conseqüente, profunda e radical, que incorpore elementos da democracia liberal, mas que vá além deles” (Coutinho, 2000: 130).

O autor afirma ainda que mesmo a democracia liberal já foi uma conquista das classes trabalhadoras, através de lutas. Considera também, pautado em Gramsci, que a plena democracia (social, econômica e política) só se efetiva no socialismo.

Nesta perspectiva, Wood (2003) destaca que o capitalismo é, na sua essência, incompatível com a democracia.

“Não existe um capitalismo governado pelo poder popular, não há capitalismo em que a vontade do povo tenha precedência sobre os imperativos do lucro e da acumulação, não há capitalismo em que as exigências de maximização do lucro não definam as condições básicas da vida” (Wood, 2003: 8).

---

<sup>20</sup> Entre os autores marxistas contemporâneos destacam-se: Gramsci, Lukács, Pietro Ingrao, Togliati, Poulantzas, Alan Wolfe. Entre os autores brasileiros: José Paulo Netto, Carlos Nelson Coutinho e Marco Aurélio Nogueira. Cabe ressaltar que essa discussão de democracia é mais enfatizada entre os autores gramscianos.

A autora afirma também que

“um capitalismo humano, ‘social’, verdadeiramente democrático e equitativo é mais irreal e utópico que o socialismo. O capitalismo é estruturalmente antitético à democracia não somente pela razão óbvia de que nunca houve uma sociedade capitalista em que a riqueza não tivesse acesso privilegiado ao poder, mas também, e principalmente, porque a condição insuperável de existência do capitalismo é o fato de a mais básica das condições de vida, as exigências mais básicas de reprodução social, ter de se submeter aos ditames da acumulação de capital e às ‘leis’ do mercado. Isso que dizer que o capitalismo coloca necessariamente mais e mais esferas da vida fora do alcance da responsabilidade democrática. Toda prática humana que é transformada em mercadoria deixa de ser acessível ao poder democrático. Isso significa que a democratização deve seguir *pari passu* com a ‘destransformação em mercadoria’. Mas tal destransformação significa o fim do capitalismo” (Wood, 2003: 8).

Outros autores, segundo Bravo (2001c), também destacam a importância da democracia no socialismo. Lukács ao abordar a concepção de democracia utiliza o termo “democratização”, pois o autor entende que se trata de um processo e não de um estado (Lukács, 1987 *apud* Bravo, 2001c). Para Ingrao existe a necessidade de ampliação da democracia, articulando a democracia representativa à democracia direta, de base, para viabilizar a democracia progressiva, isto é, a democracia de massas (Ingrao, 1980 *apud* Bravo, 2001c). E Netto afirma que

“a democracia de massas com ampla participação social deve conjugar as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos” (Netto, 1990 *apud* Bravo, 2001c: 46).

Ao analisar a questão democrática na saúde, Fleury (1997) destaca diferentes concepções e estratégias: a *democracia como conflito*, a *democracia como movimento* e a *democracia como institucionalidade*.

A democracia como conflito seria a estratégia para desmontar as estruturas de dominação, produzindo a desalienação do sujeito que se constitui por meio de sua participação. Esta perspectiva vai perdendo espaço dentro do movimento sanitário, influenciando apenas a reforma psiquiátrica que tem como questão central o resgate do sujeito.

A democracia como movimento tem como orientação a mobilização da comunidade e a socialização política vivenciando “a contradição crescente de tomar

o Estado como alvo de suas críticas e de suas demandas, ao mesmo tempo em que pretendia que sua luta pelo poder se circunscrevesse ao âmbito societário” (Fleury, 1997: 27).

A democracia como institucionalidade passa a predominar no debate do movimento sanitário, a partir dos anos 1980. Recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária<sup>21</sup> como forma de articulação entre o corpo biológico e o corpo produtivo (corpo socialmente investido).

“A articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e, sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais. Em outros termos, assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador” (Idem: 27-28).

De acordo com o exposto, o conceito de democracia está entre os mais polissêmicos do pensamento social contemporâneo, sendo concebido pelas tradições liberal e marxista. Cabe destacar que a similaridade do termo não deve ocultar a profunda diversidade de conteúdo nas duas diferentes e antagônicas tradições.

Para finalizar este item, é importante destacar que nas últimas décadas, identifica-se formas diferenciadas de gestão das Políticas Sociais, norteadas pelos projetos societários em confronto: liberal-corporativo X democracia de massas (Coutinho, 2000) ou democracia restrita X democracia de massas (Netto, 1990).

As Políticas Sociais e a Política de Saúde, segundo o projeto liberal-corporativo ou democracia restrita, hegemônico na atualidade, expressa o projeto ideo-político neoliberal das classes dominantes, buscando atribuir ao mercado a tarefa de regular conflitos de interesses e de satisfazer as demandas sociais. Este projeto tem como principais estratégias: parceria entre setor público e setor privado; transformação de instituições públicas em Organizações Sociais; ênfase nos modelos gerenciais; terceirização dos recursos humanos e substituição dos Conselhos Paritários por Conselhos Curadores (Coutinho, 2000; Bravo, 2001b).

---

<sup>21</sup> Conceito utilizado por Giovanni Berlinguer (1987) que amplia o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.

O projeto democracia de massas, por outro lado, busca a construção de amplos consensos majoritários através da construção de um espaço público em que se combinem hegemonia e pluralismo. Dessa forma, é a partir do consenso majoritário que podem ser implementadas profundas reformas estruturais cujo resultado pode abrir caminho para a progressiva construção do socialismo. Este projeto democracia de massas tem como pressupostos: a defesa da cultura do público; a proliferação da participação política organizada das classes subalternas na sociedade civil via movimentos sociais; o sindicalismo combativo; a democratização da gestão; o controle social das políticas públicas, cuja experiência significativa são os Conselhos de Saúde (Coutinho, 2000; Bravo, 2001b).

O debate da democracia é fundamental para o aprofundamento da participação e do controle social na saúde. Diante dessas concepções, a análise da participação, do controle social e dos conselhos também serão diferentes. Esses temas serão abordados no próximo item.

### **1.1.2. Participação e Controle Social na Saúde**

Carvalho (1995) destaca que os termos participação e controle social são historicamente referenciados e dizem respeito a distintos contextos sócio-econômico-culturais.

A participação tem uma longa tradição nas políticas de saúde, assumindo significados diferentes de acordo com o contexto histórico. E o conceito de controle social foi historicamente interpretado pela sociologia clássica como “processo pelo qual uma sociedade ou grupo procura assegurar a obediência de seus membros por meio dos padrões de comportamento existentes” (Dicionário de Sociologia, 1961)<sup>22</sup>. Entretanto, a concepção recente e inscrita da Constituição Federal de 1988, é a da sociedade participando e interferindo nas decisões do Estado (Carvalho, 1995; Bravo, 2001c).

---

<sup>22</sup> Segundo o Dicionário de Sociologia (1961), o controle social pode ser classificado em controle social interno e controle social externo. “Controle social interno é a coerção que emana da própria organização mental da pessoa. (...) Controle social externo é toda coerção que emana da organização social de determinados grupos, com exceção da coerção meramente física. É possível distinguir formas coativas e persuasivas de controle externo. Ambas podem ser institucionais ou não institucionais. Família, Igreja e Estado exercem controle institucionalizado. Mas há também instituições especializadas no exercício do controle coativo, como leis, tribunais, organizações policiais, casas de correção, etc. Em todas essas instituições o controle pode ser coativo ou persuasivo, servindo-se de sanções reprovativas ou aprovativas” (Dicionário de Sociologia, 1961: 82-83).

Com relação à participação, Gohn (2003) destaca algumas concepções: a liberal, a autoritária e a revolucionária.

A concepção liberal propõe a constituição de uma ordem social que garanta liberdade individual. “A interpretação liberal objetiva sempre reformar a estrutura da democracia representativa e melhorar a qualidade da democracia nos marcos das relações capitalistas” (Gohn, 2003: 15).

As participações corporativa e comunitária derivam da concepção liberal: a corporativa busca a articulação entre o processo participativo e a existência de organizações na sociedade e a comunitária a integração entre os órgãos representativos da sociedade aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado. Em síntese, a participação na concepção liberal não coloca questões como diferenças de classe, raça, etnia, etc.

A concepção autoritária é voltada para a integração e o controle social da sociedade e da política, e acontece, geralmente, em regimes políticos autoritários. A autora destaca que também ocorre em regimes democráticos e se expressa pela participação de natureza cooptativa. Como exemplo, pode-se citar o estímulo a programas que visam apenas reduzir os conflitos sociais.

Por fim, Gohn (2003) ressalta as participações denominadas democráticas, revolucionárias e democráticas radicais. A participação democrática tem como princípio a soberania popular, sendo concebida como um fenômeno que ocorre tanto na sociedade civil quanto no plano institucional. A revolucionária propõe a organização para lutar contra as formas de dominação e divisão do poder político. E a participação democrática radical propõe a substituição da democracia representativa pela democracia participativa, pois implica em uma redistribuição total do poder (Cori, 1990 *apud* Gohn, 2003). Essa concepção aponta para uma nova ordem social sem exploração e discriminação.

Carvalho (1995) apresenta três concepções sobre a participação em saúde, presentes na história da sociedade política brasileira: a *participação comunitária*, a *participação popular* e a *participação social*.

A *participação comunitária* surge no início do século XX nos centros comunitários de saúde norte-americanos, representando uma nova relação Estado-sociedade. Essa proposta aparece no momento em que as ações em saúde dependem do consentimento da população para sua implementação.

“A população deixa de ser alvo inerte de uma ação controlista e normativa no campo sanitário, e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente no esforço de busca de saúde pública. A ação sanitária não poderia depender mais apenas da coerção, mas deveria conquistar o assentimento da população” (Carvalho, 1995:14).

No Brasil a participação comunitária teve que lidar com as práticas dominantes do modelo sanitarista campanhista e o aumento da oferta de assistência médica pela previdência. Nos anos 1950, aparece a proposta do desenvolvimento de comunidade e como exemplo dessa visão foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) onde se desenvolviam ações de saúde e práticas educativas no interior do país voltadas para a comunidade com o intuito de seu desenvolvimento sócio-sanitário. Sendo assim, a participação comunitária na saúde era entendida como a sociedade completando o Estado, por meio do incentivo da colaboração da sociedade na execução das políticas sociais, do voluntariado e do apelo à solidariedade dos cidadãos.

Carvalho (1995), recuperando Donnangelo (1979), afirma que a Medicina Comunitária aparece como programas experimentais de prestação de serviços com o objetivo de desenvolver modelos de assistência garantindo a extensão do cuidado à saúde para as populações pobres.

“No caso brasileiro, esse modelo se introduziu claramente como uma proposta de extensão da cobertura da assistência médica que, naquele momento, meados dos anos 70, não alcançava 50% da população. A impossibilidade técnica e financeira de expandir as ações médico-assistenciais previdenciárias a toda população e a imperiosa necessidade política de manter ou ampliar bases de sustentação de um modelo, cuja perversidade social se fazia manifesta, criaram as condições para o advento de programas de extensão de cobertura com base nos preceitos da medicina comunitária” (Carvalho, 1995: 19).

A *participação popular* inicia-se com o questionamento aos poucos resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária. Essa proposta aprofunda as críticas ao sistema dominante.

“O lócus da participação deixa de ser o serviço de saúde, ultrapassa os limites do setor e alcança o conjunto da sociedade e do Estado. E é nesse plano que se definem seus novos objetivos: a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também pelo acesso ao poder” (Idem: 22).

Dessa forma, a concepção de participação popular, tendo como referência os movimentos sociais urbanos, defende o confronto com o Estado, pois este é compreendido, em sentido restrito, enquanto instrumento da classe dominante e com a função de manter o *status quo*. “Do Estado não se pode esperar senão migalhas e paliativos; o sentido da participação é o de acumular forças para a batalha permanente pela mudança geral do modelo” (Carvalho, 1995: 23)<sup>23</sup>.

Com o processo de democratização do país, novos sujeitos coletivos entram em cena estabelecendo nova relação Estado-sociedade qualificando o processo de participação. É nesse contexto que surge a *participação social* que tem como questões centrais a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a nova compreensão do papel do Estado.

Vianna (2009) ao mapear a produção acadêmica recente no Brasil sobre o tema da participação em saúde, sinaliza que maior parte dos estudos analisados compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado.

“Por definição, a idéia da participação social impõem a presença explícita e formal no interior do aparato estatal dos vários segmentos sociais, de modo a tornar visível e legitimada a diversidade de interesses e projetos. Esses referencial é que presidiu o aparecimento progressivo na área de saúde e ao longo dos anos 80, de órgãos colegiados no âmbito do aparelho estatal compostos por representações mistas de segmentos da sociedade e de repartições estatais” (Carvalho, 1995: 26).

A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, através da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. A fiscalização – ideia tão presente na participação social e no controle social na saúde – nasce mais com o intuito de impedir o Estado transgredir do que induzi-lo a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido, corrigido em suas práticas habituais (Carvalho, 1995).

---

<sup>23</sup> Esta perspectiva de Estado foi superada pela concepção de Estado ampliado de Gramsci. “Gramsci é o precursor dessa concepção, com a elaboração da teoria marxista ampliada do Estado. Diversos autores, a partir de suas elaborações, têm contribuído para o debate e produção dessa perspectiva, analisando as sociedades capitalistas avançadas em que se evidenciou a maior complexidade do fenômeno estatal, podendo-se destacar: Poulantzas (1980), Ingrao (1977/79) e Wolfe (1977)” (Bravo, 1996: 23).

De modo geral, Vianna (2009) afirma como participação a capacidade de os indivíduos influenciarem as decisões políticas que dizem respeito à sociedade em que vivem.

“Esse é o marco que inspira o advento recente dos Conselhos de Saúde na sociedade brasileira. A idéia de que tais órgãos colegiados, com a presença dos diversos segmentos sociais (...) pudessem ‘controlar’ o Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (Carvalho, 1995: 28).

Concordamos com Vianna (2009) que apesar de não garantir, por si só, a participação plena e efetiva, inicialmente idealizada pelo movimento sanitário, a definição legal da participação social via conselhos e conferências de saúde representa uma conquista na construção e ampliação da cidadania. É nesta direção que pretende-se analisar o Conselho Nacional de Saúde. De que forma, essa instância vem contribuindo para a garantia do direito à saúde?

Ao problematizar a participação da sociedade civil nas instâncias de decisão, Moroni (2009) cita quatro mitos que dificultam a participação:

- *A participação por si só muda a realidade* – este é um mito que despolitiza a participação, pois não percebe a correlação de forças.
- *A sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas* – “este mito baseia-se no preconceito do saber, em que a burocracia ou o político detém o saber e a delegação para decidir. Tal mito se justifica a tutela do estado sobre a sociedade civil, o que leva, por exemplo, o Estado não criar espaços institucionalizados de participação ou a indicar, escolher e determinar quem são os representantes da sociedade nos espaços criados, assim como não disponibilizar as informações” (Moroni, 2009: 254 - 255).
- *A sociedade não pode compartilhar da construção das condições políticas para tomar e implementar decisões* – este mito considera que o momento de participação da sociedade e dos cidadãos é pelo voto, questionando a democracia participativa defendendo apenas a democracia representativa.
- *A sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisões* – “seja pela questão do tempo (demora em decidir, obrigatoriedade de convocar



reuniões, etc.), seja pela questão de posicionamento crítico diante das propostas ou da ausência delas por parte do Estado” (Idem: 255).

Para o autor esses mitos são disfarces ideológicos utilizados por aqueles que detêm o poder político no Brasil. Neste sentido, tais mitos necessitam ser desconstruídos com base em uma concepção ampliada de democracia e da politização da participação.

Com relação a expressão controle social, segundo Correia (2004), tem sido utilizada com significados diferentes a partir da

“concepção de Estado e sociedade civil adotada e da interpretação diferenciada da relação entre essas esferas. O controle social tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado” (2004: 149).

Correia (2004) estuda diversos pensadores que discutem a relação Estado-sociedade. Apresenta dois pensadores que se situam, de forma diferente, com relação à primeira concepção de controle social – Estado controlando a sociedade.

Para a autora, Hobbes defende a submissão dos membros da sociedade, com o intuito de garantir a vida, a propriedade e manter a ordem. E Marx, na sua época, observou o domínio político da burguesia sob o Estado, ou seja, o Estado tinha o papel de atender aos interesses da classe dominante, estendendo o domínio sobre toda a sociedade. Neste sentido, “o controle social é da classe dominante sobre as instituições estatais e sobre o conjunto da sociedade” (2004: 171).

Quanto à segunda concepção de controle social – controle da sociedade sobre as ações do Estado –, Correia (2004) cita outros pensadores que se posicionam de forma diferente.

Locke defende a liberdade do indivíduo, a liberdade de mercado e a não intervenção do Estado. Para Correia (2004), o pensador dentro do primado do liberalismo

“defende a subordinação do Estado aos interesses do indivíduo. O controle social é do ‘povo’ sobre o Estado, impondo limites ao poder político no sentido deste não interferir na liberdade da posse individual, ou seja, na liberdade de expansão do poder econômico” (2004: 171).

Em Rousseau, segundo a autora, encontram-se as origens do conceito de controle social na perspectiva democrática contemporânea, isto é, a sociedade

controlando as ações do Estado, defendendo o interesse público sobre o interesse privado. Nesta perspectiva, Moraes aponta que para Rousseau a “vontade geral tem de ser construída com a participação efetiva dos cidadãos, de modo autônomo e solidário, sem delegações que retirem transparência à relação entre ‘soberania’ e ‘governo’ ” (2002: 75). Dessa forma, a relação política se dá horizontalmente, podendo fundar uma associação política participativa (Santos, 1996 apud Moraes, 2002).

De acordo com o referencial teórico de Gramsci, o Estado é um espaço de disputa entre classes pelo poder. Na concepção de Gramsci, o controle social envolve disputa entre as classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado.

“Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses desta classe tendo em vista a construção de sua hegemonia” (Correia, 2004: 172).

Correia (2004) ressalta como desafio atual o controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado, para que se resista à redução dos gastos sociais, à privatização e mercantilização das políticas sociais<sup>24</sup>.

A perspectiva de controle social utilizada neste trabalho é a do controle da sociedade sobre o Estado, democratizando e ampliando a esfera pública.

Atualmente, o controle social na saúde é um direito conquistado na Constituição Federal de 1988, e as duas instâncias formais de efetivação da participação da sociedade são: as conferências e os conselhos.

É importante destacar que, apesar de serem os mecanismos fundamentais, visto estarem previstos em Lei Federal, os conselhos e conferências não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social (Barros, 1994). Existem outras instâncias que se acionadas podem ser consideradas enquanto espaços de exercício do controle social, tais como:

- O *Ministério Público* que é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbida da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. O Ministério Público se configuraria num “advogado da sociedade” (Barros, 1994).

---

<sup>24</sup> A autora propõe essa agenda de luta diante da longa tradição do Estado brasileiro de privatizar a coisa pública.

- Os *órgãos de defesa do consumidor*, como por exemplo as Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor (PROCON) que não apenas se dedicam ao consumidor de bens e objetos, mas também a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nas unidades de saúde, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde podem e devem ser notificados ao PROCON (Barros, 1994).
- Os *meios de comunicação* oficiais apesar da dificuldade de acesso e os alternativos (mídia alternativa, rádios comunitárias e jornais populares, de partidos, sindicatos e movimentos sociais). Utilizar instrumentos alternativos e buscar transformar a denúncia pública em um fato político é uma tarefa urgente e constitutiva do processo de democratização da sociedade e do Estado (Souza, 2008).
- Os *Conselhos Profissionais* constituem um recurso utilizado em situações de descaso ou irresponsabilidade de profissionais, pois essas entidades são as responsáveis pela fiscalização do exercício profissional. São espaços onde é possível que qualquer pessoa denuncie um mau atendimento, no conselho respectivo (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, etc.) (Souza, 2008).

Para Barros (1994), essas são instâncias parceiras no exercício do controle social. São instituições que podem orientar os defensores do projeto da reforma democrática do Estado brasileiro na defesa da qualidade dos serviços públicos.

## **1.2. Os Conselhos de Saúde**

A existência de conselhos no Brasil não é uma experiência recente, conforme ressaltam diversos autores (Raichelis, 1998; Gohn, 1990). Destaca-se as práticas operárias do início do século XX e as comissões de fábrica, estimuladas pelas oposições sindicais nos anos 1970 e 1980, como também a ampliação dos movimentos sociais nesse período e sua luta contra o autoritarismo, implantado no país após 1964.

Gohn (2003) destaca três tipos de conselhos no cenário nacional do século XX. Os *conselhos comunitários*, comuns nas décadas de 1970 e 1980, foram criados pelo poder executivo com o intuito de mediar as relações entre os movimentos e

organizações populares e o governo e com responsabilidades exclusivamente consultivas e opinativas. Os *conselhos populares* são formados pelos movimentos e organizações da sociedade civil com o objetivo de negociar com o poder público e têm como características, segundo Tatagiba (2002), um nível menor de formalização e o não-envolvimento institucional. E o terceiro são os *conselhos institucionalizados* inscritos na Constituição Federal de 1988, no princípio da “participação da comunidade”, que são os conselhos gestores de políticas públicas ou conselhos de políticas sociais e de direitos. Cabe ressaltar que o objeto de reflexão deste estudo são os conselhos de saúde.

Carvalho (1995) cita dois exemplos de experiências de órgãos colegiados vinculados ao executivo. O primeiro no âmbito do Estado Populista, no período antes de 1964, que tinha como característica a participação de segmentos da sociedade nos órgãos de gestão da Previdência Social (exemplo: as Comissões de Gestão dos IAPs). A segunda experiência foi no período autoritário do pós-1964, com existência de conselhos intragovernamentais com o objetivo de mediar os interesses do grupo que tinha acesso à decisão.

Na área da saúde, o autor aponta como primeira experiência a criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>25</sup>, em 1937, no primeiro governo Vargas<sup>26</sup>. Este conselho tinha como objetivo junto com o Conselho Nacional de Educação auxiliar o Ministério da Educação e Saúde.

Segundo Labra (2005), a origem dos movimentos populares em saúde ocorre na década de 1960, com protestos e reivindicações formais no plano da assistência à saúde. Entretanto, é nos anos 1970 e 1980, contexto de redemocratização do país, que esse movimento social se amplia, devido ao quadro sociopolítico da época. O movimento popular contrário ao autoritarismo do regime militar lutava pela

“aplicação dos recursos públicos em infra-estrutura de água e esgoto, construção de moradias, equivalência salarial na prestação da casa própria, regularização e urbanização dos loteamentos, saúde pública e liberdade política” (Porto, 1995: 59 *apud* Bravo et al., 2006: 14).

---

<sup>25</sup> O Conselho Nacional de Saúde, objeto deste estudo, será aprofundado posteriormente.

<sup>26</sup> Uma breve contextualização do período histórico e da política de saúde será realizada no próximo capítulo.

Em São Paulo, a partir da fundação da Associação Popular de Saúde, no ano de 1975, iniciam-se debates sobre a saúde. E, a partir de 1979, foram criados os primeiros Conselhos Populares de Saúde<sup>27</sup> (Labra, 2005).

Em outros pontos do país também surgiram iniciativas semelhantes de debates e encontros com a participação de associações de moradores, movimentos sociais e sindicatos. No Rio de Janeiro, o marco foi o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado em 1980, na Cidade de Deus, organizado pela Federação de Associações de Moradores do Rio de Janeiro (FAMERJ), em articulação com o Sindicato dos Médicos (Sinmed), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e outras entidades. Em 1984, inicia-se no Rio de Janeiro uma experiência de gestão descentralizada através dos Grupos Executivos Locais (GEL's), embriões dos conselhos distritais do Rio de Janeiro (Bravo et al., 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, colocou como proposta a gestão democrática com a inserção da participação da sociedade civil nas decisões sobre as políticas públicas de saúde.

A Constituição Federal de 1988 institui duas formas de participação<sup>28</sup>:

“a participação ‘direta’, mediante sufrágio, para escolha dos representantes do povo a cargos eletivos e para fins de plebiscito e referendo; e ‘indireta’, através de ação popular e da participação da comunidade na gestão da Seguridade Social” (Labra, 2005: 363).

Na saúde, como já sinalizado, esta participação ocorre através de duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

“A legislação criou os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, mas eles não foram instituídos a partir de um vazio institucional. Na maior parte dos casos, os conselhos originaram-se da adaptação das comissões interinstitucionais<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> “Os Conselhos Populares de Saúde surgiram a partir da unificação de movimentos reivindicatórios na área da saúde e do saneamento, atuantes desde a década de 1970. (...) Apesar da representatividade dos conselhos de saúde, eles eram desprovidos de autonomia na gestão dos seus recursos e não tinham poder deliberativo, dificultando o desempenho de uma de suas tarefas básicas e elementares: a fiscalização” (Gohn, 2003:77).

<sup>28</sup> Além da participação em conselhos gestores, instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados setores das políticas sociais, a Constituição Federal de 1988 garantiu a participação social também por meio de algumas instâncias: “Eleições Diretas para presidente, governadores, prefeitos, deputados federais e estaduais e vereadores por meio do sufrágio universal direto, secreto – o voto tem igual valor para todos, sendo obrigatório para aqueles entre 18 e 70 anos, e opcional para os que têm entre 16 e 18 anos incompletos e os maiores de 70 anos (...); Plebiscito quando a população é chamada a decidir sobre algo que ainda não foi transformado em ato legal (...); Referendo nos casos em que a população é chamada a decidir sobre a confirmação ou desaprovação de um ato legislativo (...); Iniciativa Popular quando 1% dos eleitores do país, distribuídos em pelo menos cinco estados da federação, encaminham projeto de lei ao Congresso Nacional, que tem de apreciá-lo. Este arranjo participativo foi estabelecido pelo artigo 14 da Constituição de 1988” (Escorel & Moreira, 2008: 993-994).

<sup>29</sup> “Para facilitar comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local da administração pública. Essas comissões foram denominadas, respectivamente, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional

existentes, desde a segunda metade da década de oitenta, às novas exigências legais. A realização de conferências era tradição no setor, desde o início do século; a principal diferença introduzida foi o regramento em relação à periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil” (Côrtes, 2002: 35).

Os atuais Conselhos de Saúde, inscritos na Constituição de 1988, foram regulamentados em 1990, com a promulgação da Lei 8.142, que junto com a Lei 8.080 conforma Lei Orgânica da Saúde. Os conselhos são espaços decisórios (deliberativos), de caráter permanente e paritários. São compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, de gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários. E tem como objetivo discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo (Bravo, 2001b). Cabe destacar que os Conselhos de Saúde “não governam, mas estabelecem os parâmetros do interesse público para o governo. Definem o que deve ser feito e verificam/avaliam o que foi feito” (Carvalho, 1997:105).

“A norma legal estabeleceu um fluxo decisório e operacional no qual as conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde, os conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde) implementam as políticas e homologam as deliberações dos conselhos” (Escorel & Moreira, 2008: 1005).

Segundo Bravo (2001c), os Conselhos de Saúde são uma inovação na gestão e apontam para uma democratização da relação Estado-Sociedade a partir da inserção de novos sujeitos sociais na construção da esfera pública.

As concepções presentes sobre os Conselhos de Saúde têm sido problematizadas por diversos autores. Gohn ressalta que os conselhos como instrumento da democracia esteve e está presente no debate entre setores liberais e de esquerda. “A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração pelos liberais; e como vias ou possibilidades de mudanças sociais, no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda” (2003:107).

---

Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, ao contrário das duas últimas que previam o envolvimento *de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local* (Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social e outros, 1984: 8). À exceção das comissões regionais, as demais foram se institucionalizando como importantes fóruns de debate no setor. Além de auxiliarem a integração interinstitucional, os novos fóruns foram gradativamente se transformando em canais de representação política dentro da organização estatal” (Côrtes, 2002: 31).

Bravo & Souza (2002) destacam quatro posições teóricas e políticas sobre os conselhos de saúde em discussão na atualidade. A primeira compreende os conselhos como espaços tensos, contraditórios, em que diferentes interesses estão em disputa. Esta concepção, que entende os conselhos enquanto uma “arena de conflitos”, pauta-se em Gramsci<sup>30</sup> e nos neogramscianos.

Gramsci percebe que a partir de 1870 há uma crescente "socialização da política", ou seja, o ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos políticos individuais e coletivos. Os conselhos podem ser considerados como um dos novos institutos democráticos, resultado da auto-organização e que compõe a sociedade civil além dos partidos de massa, sindicatos, associações profissionais, comitês de empresa e de bairro. São espaços em que as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir das classes, constituindo os sujeitos políticos coletivos (Coutinho, 2000).

“A dialética de Gramsci (...) é a dialética do sujeito, isto é, uma dialética que fundamenta a passagem das formas parciais e econômico-corporativa dos interesses de classes para a consciência política, com a qual a classe se põe como capaz de projetar interesses universais e já não se deixa influenciar pelas idéias dominantes. Gramsci não é um idealista, pois preocupa-se sempre em ressaltar os elementos de identidade/distinção que fazem com que a estrutura e a super-estrutura (sociedade civil e a sociedade política) possam ser vistas como partes de um mesmo ‘bloco histórico’<sup>31</sup>” (Nogueira, 2000 *apud* Bravo & Souza, 2002:69).

As autoras sinalizam que esta concepção que tem como referência Gramsci não é hegemônica nas pesquisas existentes na área da saúde. Por outro lado, um número significativo de estudos tem interpretado os conselhos como um espaço de consenso, de pacto, isto é, onde os diferentes interesses convergem em um interesse comum.

---

<sup>30</sup> Antonio Gramsci foi um político, cientista político, comunista e antifascista italiano. A influência póstuma de Gramsci encontra-se associada, principalmente, aos mais de trinta cadernos de análise que escreveu durante o período em que esteve na prisão. Estes trabalhos contêm seu pensamento sobre a história da Itália e nacionalismo, bem como ideias sobre teoria crítica e educacional que são frequentemente associadas com o seu nome, tais como: Hegemonia cultural; A ampliação da concepção Marxista de Estado; A necessidade de educar os trabalhadores e da formação de intelectuais provenientes da classe trabalhadora, que ele denomina “intelectuais orgânicos”; A distinção entre a sociedade política e a civil; O historicismo absoluto; A crítica do determinismo econômico; A crítica do materialismo filosófico (Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Antonio\\_Gramsci](http://pt.wikipedia.org/wiki/Antonio_Gramsci)).

<sup>31</sup>Portelli (1977:15-16) apresenta o conceito de bloco histórico formulado por Gramsci sob um triplo aspecto: o estudo das relações entre estrutura e superestrutura – essencial da noção de bloco histórico; articulação entre a sociedade política (aparelho do Estado) e a sociedade civil (direção cultural e moral) e a edificação da hegemonia para sustentar e dirigir o bloco histórico.

Esta concepção, para Bravo & Souza (2002), baseia-se em Habermas<sup>32</sup> e nos neohermesianos que não leva em consideração a correlação de forças.

“A concepção de consenso de Habermas é diferente da proposição gramsciana. Para Gramsci, o socialismo deve se implantar com base no consenso e não na simples coerção. O consenso, para o autor, entretanto, baseia-se na hegemonia, ou seja, na conquista da direção política e intelectual pelas classes subalternas. O consenso implica em dissenso, em contradição, em luta social e política” (Bravo & Souza, 2002: 69).

Habermas afirma que a democracia está ligada ao ato argumentativo, considerando a teoria da ação comunicativa. Para esse teórico a proposta “é a de substituir a ‘utopia do trabalho’ pela da racionalidade comunicativa, único meio que visualiza como capaz para afirmar os valores da solidariedade contra o poder e o dinheiro” (Duriguetto, 2007: 113). Este propõe a substituição da centralidade da emancipação humana pela erradicação do trabalho alienado por uma nova centralidade emancipadora que emerge da esfera comunicacional e discursiva<sup>33</sup> (Idem). Habermas também influenciou o conceito de “democracia deliberativa” que começa a ser utilizado na metade dos anos oitenta. A “democracia deliberativa” busca o consenso, através do diálogo entre partes abertas para ouvir os argumentos dos demais e mudar suas posições (Gonzáles, 2000).

Bravo & Souza (2002) ressaltam como ideias centrais do pensamento habermasiano:

“dicotomia entre Estado e sociedade civil; não têm como perspectiva a conquista do poder pelas classes subalternas; não considera as classes sociais e o trabalho como categorias centrais; defende a redução do papel do Estado e a ampliação das atribuições da sociedade civil” (Idem: 69-70).

A terceira concepção que as autoras trabalham é a que compreende os conselhos como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do Estado. Essa visão é pautada em um estruturalismo marxista, cuja principal referência é

---

<sup>32</sup> Jürgen Habermas é um filósofo e sociólogo Alemão. Considerado como o principal herdeiro das discussões da Escola de Frankfurt, Habermas procurou, no entanto, superar o pessimismo dos fundadores da Escola, quanto às possibilidades de realização do projeto moderno, tal como formulado pelos iluministas. Concebe a razão comunicativa - e a ação comunicativa ou seja, a comunicação livre, racional e crítica - como alternativa à razão instrumental e superação da razão iluminista - "aprisionada" pela lógica instrumental, que encobre a dominação. Para o autor, duas esferas coexistem na sociedade: o *sistema* e o *mundo da vida*. O sistema refere-se à 'reprodução material', regida pela lógica instrumental (adequação de meios a fins), incorporada nas relações hierárquicas (poder político) e de intercâmbio (economia). O mundo da vida é a esfera de 'reprodução simbólica', da linguagem, das redes de significados que compõem determinada visão de mundo, sejam eles referentes aos fatos objetivos, às normas sociais ou aos conteúdos subjetivos. Sobre sua teoria discursiva, aplicada também à filosofia jurídica, pode ser considerada em prol da integração social. Tal teoria coloca a possibilidade de resolução dos conflitos vigentes na sociedade não com uma simples solução, mas a melhor solução - aquela que resulta do consenso de todos os concernidos. Sua maior relevância está em pretender o fim da arbitrariedade e da coerção nas questões que circundam toda a comunidade, propondo uma participação mais ativa e igualitária de todos os cidadãos. Essa forma defendida por Habermas é o agir comunicativo que se ramifica no discurso (Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Jürgen\\_Habermas](http://pt.wikipedia.org/wiki/Jürgen_Habermas)).

<sup>33</sup> Antunes (1999) desenvolve uma análise, com base no pensamento marxista, questionando a crítica de Habermas ao paradigma do trabalho.



Althusser<sup>34</sup>. Ao analisar o Estado e as instituições apenas como aparelhos repressivos, não visualizam as contradições que podem emergir nos espaços dos conselhos a partir dos interesses divergentes. Essa concepção, segundo Bravo & Souza (2002), expressa uma visão maniqueísta da relação Estado e sociedade, nega a historicidade e a dimensão objetiva do real.

Quanto ao potencial político dos conselhos, as três concepções teóricas analisam de forma diferenciada. A primeira concepção faz uma análise realista desses espaços; a segunda considera possível uma pauta consensual entre todos os participantes do conselho, sendo otimista e utópica; a terceira não acredita no potencial dos conselhos, o que é considerada como pessimista.

Por fim, a quarta posição tem como referência a tendência neoconservadora que não aceita os espaços dos conselhos, pois questiona a democracia participativa defendendo apenas a democracia representativa.

É com base na concepção pautada em Gramsci que este trabalho propõe analisar o Conselho Nacional de Saúde. Entendendo o espaço dos conselhos como arena de lutas é possível evidenciar que parte dos conflitos se dão pelas diferentes concepções de conselhos: pacto, cooptação, boicote.

Os Conselhos de Saúde foram idealizados, nos anos setenta e oitenta, numa conjuntura de resistência à ditadura militar, de mobilização da sociedade civil, de redemocratização da sociedade brasileira e de transformações no setor. E a singularidade desses conselhos “como espaço e fórmula específica de interlocução Estado-Sociedade, certamente tem raízes na própria singularidade do Movimento Sanitário” (Carvalho, 1995: 50).

No início dos anos noventa, com o processo de descentralização, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da união para estados e municípios<sup>35</sup>, caracterizando como uma conquista. No período entre 1991 e 1993, a proliferação de Conselhos por todo país foi rápida, tendo sido constituídos aproximadamente dois mil Conselhos de Saúde (Carvalho, 1995).

---

<sup>34</sup> Louis Althusser foi um filósofo francês de origem argelina. É considerado um dos principais nomes do estruturalismo francês dos anos 1960, juntamente com Claude Lévi-Strauss, Jacques Lacan, Michel Foucault ou Jacques Derrida, apesar de seu cuidado em criticar o estruturalismo como espécie de ideologia burguesa. Marxista, filiou-se ao Partido Comunista Francês em 1948. No mesmo ano, tornou-se professor da École Normale Supérieure. Sua principal tese é o anti-humanismo teórico que consiste em afirmar a primazia da luta de classes e criticar a individualidade como produto da ideologia burguesa. Sua fama se deve também ao fato de ter cunhado o termo "aparelhos ideológicos de Estado" e analisado a ideologia como espécie de prática em toda e qualquer sociedade e não somente como erro ou engano que o suposto iluminismo eliminaria (Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Louis\\_Althusser](http://pt.wikipedia.org/wiki/Louis_Althusser)).

<sup>35</sup> Para receber recursos financeiros federais, as Secretarias de Saúde estaduais e municipais deveriam ter: fundo de saúde; **conselho de saúde**; plano de saúde; relatório de gestão; considerável contrapartida de recursos financeiros oriundos dos orçamentos próprios destinados à função saúde e plano de carreira, cargos e salários.

Em 1996, 65% dos municípios brasileiros tinham Conselhos de Saúde, correspondendo a mais de 80% da população do país. Esses dados apontam para existência de milhares de conselheiros, número equivalente ao de vereadores (Carvalho, 1997). Em 2005, todos os municípios do Brasil tinham criado seus conselhos municipais de saúde<sup>36</sup>, totalizando um contingente de aproximadamente 70.000 conselheiros, sendo que 35.000 participam como representantes dos usuários do SUS, tornando o conselho a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (Escorel & Moreira, 2008).

Cabe ressaltar que a maior parte dos conselhos foram implementados na década de 1990, período de avanço do projeto neoliberal, que aponta para a regressão dos direitos sociais, diminuição dos gastos públicos, desresponsabilização da função pública do Estado, incentivo às privatizações e focalização das políticas sociais.

Nessa conjuntura de enxugamento do Estado e desmonte das políticas sociais, Correia (2005a) ressaltava como aspecto determinante o controle dos recursos públicos pelos conselhos.

Tatagiba (2002) destaca que

“os conselhos estão na contramão de um processo histórico-conjuntural marcado pela ação deliberada de redução da esfera pública, com as grandes decisões nacionais sendo tomadas a partir de acordos, em geral, não publicizáveis. (...) Para além disso, conspiram contra essas experiências os processos de ajuste, que vêm reduzindo drasticamente os investimentos nas áreas sociais, e o fortalecimento de práticas e posturas profundamente antidemocráticas de resolução dos conflitos (...). Esse é um contexto que conspira contra o sucesso e a efetividade dessas experiências, apontando o risco de, nesse contexto tão adverso, sob o pretexto de fortalecimento da sociedade civil, a atuação dos conselhos reforçar as práticas em curso de desresponsabilização do Estado” (2002: 98-99).

Estas questões colocadas para os conselhos em relação à conjuntura mais ampla e às dificuldades de funcionamento desses espaços na prática têm apontado para análises que colocam em discussão a contraposição entre a luta institucional *versus* ação mobilizatória.

Para Tatagiba (2002), apesar da riqueza deste debate, esta polarização traz como consequência a secundarização das estratégias de luta, quando o desafio atual é justamente fortalecê-las e articulá-las na direção de um projeto político mais

---

<sup>36</sup> Em 2005, o conselho de saúde do município de Cedral no Maranhão foi o último a ser criado (Moreira & Escorel, 2006).

amplo de democratização da relação Estado-Sociedade. Sendo assim, ações de natureza mobilizatória e de natureza institucional não são excludentes e sim complementares.

De acordo com o exposto, Duriguetto (2007) afirma que as demandas pela ampliação da participação da sociedade civil nas instâncias de discussão das políticas públicas podem estar orientadas por pontos de vista distintos, dentro de uma perspectiva que envolve tanto aqueles que defendem a privatização dos serviços públicos quanto os que lutam pela expansão da esfera pública, das políticas sociais e da maior responsabilização do Estado na sua implementação.

Neste contexto, limites e possibilidades são colocados para os conselhos de saúde. Diversos autores que consideram os conselhos como um dos mecanismos de democratização da relação Estado e sociedade problematizam aspectos que precisam ser enfrentados pelos conselhos.

Bravo (2001c e 2006) ressalta que os conselhos não podem ser nem super valorizados, nem sub-valorizados, destacando como dificuldades: desrespeito por parte do poder público das deliberações dos conselhos e conferências; descumprimento das leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos; burocratização das ações e dinâmica dos conselhos que não viabiliza a participação dos representantes; ausência de divulgação prévia da pauta das reuniões dos conselhos; infra-estrutura precária; ausência de definição orçamentária; falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os conselhos; falta de articulação mais efetiva dos conselheiros com suas bases; dificuldade dos conselheiros interferirem na dinâmica dos conselhos; chantagem institucional do Poder Executivo, alegando que caso as propostas apresentadas sejam questionadas pelos conselheiros, irá trazer prejuízos para a população; ausência de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de se defrontar com o executivo; contribuição ainda incipiente dos conselhos para a democratização da esfera pública.

A autora apresenta algumas propostas para o fortalecimento do controle social na saúde:

“Articulação entre os diferentes sujeitos que atuam nos Conselhos e Fóruns, visando o fortalecimento dos mesmos, através de Fóruns de Políticas Sociais nos Estados e Municípios; Aperfeiçoamento da cooperação regional e estímulo a gestão participativa em saúde; Retorno constante e permanente dos conselheiros às suas bases; Estabelecimento de canais de interlocução dos Conselhos com a Sociedade, através de boletins informativos, jornais, entre outros;

Discussão dos consórcios de saúde existentes, uma vez que o controle social não está presente na maioria das deliberações regionalmente implementadas; (...) Cumprimento das deliberações das conferências (...) com definição de prioridades; Criação de conselhos gestores de unidades em todas as Instituições de Saúde, com vista a democratização das mesmas; Cumprimento da Resolução n° 333, de 2003, do CNS, garantindo a paridade nos conselhos e evitando distorções; Constituição de assessoria aos Conselhos, escolhida pelos conselheiros<sup>37</sup>; Realização de Cursos de Capacitação Política para Conselheiros da Sociedade Civil na perspectiva crítica e propositiva; Estabelecimento de código de ética para os conselheiros a fim de por em pauta o debate dos valores e compromissos que movem a atuação dos mesmos, reforçando a importância da defesa de interesses coletivos” (Bravo, 2006: 96-97).

Stotz (2006) destaca que a ênfase do controle social a ser exercido pelos conselhos de saúde sobre o SUS deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde. O autor aponta como desafio

“deslocar a ênfase da atuação dos conselhos de saúde, em todos os níveis de organização, do âmbito da gestão para o da formulação da política e, logo, do planejamento em saúde. Deslocar o âmbito da atuação dos conselhos para o da formulação da política significa dar ênfase à dinâmica da vida social e política, com a identificação dos problemas de saúde, de seus determinantes e dos meios mais adequados para enfrentá-los pelos próprios interessados. Esse deslocamento implica na ampla mobilização popular e a garantia da participação democrática nas conferências de saúde” (2006: 158).

Gohn (2003) afirma que os conselhos poderão ser espaços que fortaleçam a gestão democrática e participativa, bem como estruturas burocráticas de aprovação de políticas sociais elaboradas por cúpulas, ou, ainda, instrumentos que amenizam conflitos. A autora destaca alguns temas relevantes no debate atual dos conselhos, tais como:

“a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos sociais, territoriais e de forças políticas organizadas em sua composição; o percentual quantitativo, em termos de paridade, entre membros do governo e membros da sociedade civil organizadas que o compõe; o problema da capacitação dos conselheiros (...); o acesso às informações (e à sua decodificação) tornando públicas as ações dos conselhos; a fiscalização e controle sobre os próprios atos dos conselheiros; o poder e os mecanismos de aplicabilidade das decisões do conselho pelo executivo e outros etc.” (Gohn, 2003:91).

Correia (2005a) coloca que os conselhos de saúde podem se constituir em espaços de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais

---

<sup>37</sup> A Universidade, através de seus Projetos de Extensão, tem um grande campo de trabalho para desenvolver assessorias aos conselhos.

ou ser mecanismos de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia. Neste sentido, a autora apresenta alguns limites presentes no cotidiano dos conselhos:

“a ingerência política na escolha dos conselheiros; falta de informação dos conselheiros; desarticulação com suas bases; pouca força de mobilização das entidades representadas, que por sua vez é reflexo da desmobilização da sociedade; cooptação de lideranças em troca de favores; pouca transparência dos gestores no uso dos recursos; manipulação dos conselhos/conselheiros para legitimar gestões; pouca visibilidade social das ações dos conselhos; descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores” (Correia, 2002: 132)

Apesar desses limites, esses mecanismos democráticos têm o potencial para se afirmarem como instâncias que impulsionam a participação da sociedade organizada no ciclo de políticas públicas de saúde, contribuindo para a reforma da estrutura político-institucional do país (Escorel & Moreira, 2008).

Dessa forma, Correia (2005a) sinaliza alguns desafios gerais para o exercício do controle social e outros no âmbito do Conselho de Saúde. Como desafios gerais, a autora cita uma agenda de lutas: desprivatizar o que é público; posicionamento contrário a mercantilização e privatização da saúde; regulamentar a Emenda Constitucional n° 29/2000<sup>38</sup>; transformar a resolução n° 333, do Conselho Nacional de Saúde, em lei federal; discutir a mudança do artigo 2° da Lei 8.142/90 com relação a limitação do poder de decisão do conselho, na perspectiva de ampliar o poder deliberativo do conselho.

Correia (2005a) enfatiza as seguintes estratégias no âmbito dos conselhos: articular as lutas locais com as nacionais; articular as ações de saúde com as outras políticas sociais; defesa da política de saúde, pública, universal e de qualidade; articulação entre os conselhos de saúde municipais, com os estaduais e com o nacional; fortalecer a relação entre os conselhos e a sociedade na perspectiva de ampliar a participação e evitar a cooptação pela burocracia estatal; estabelecer parcerias com o Ministério Público, as Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas e das Câmaras de Vereadores e com o Procon; definir a alocação dos

---

<sup>38</sup> A Emenda Constitucional n° 29/2000 fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. Trata-se de uma regra transitória, que deveria ter vigorado até 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. A EC 29 significou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor saúde enfrentou a partir da Constituição Federal de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade. Fonte: <http://conselho.saude.gov.br>

recursos segundo as necessidades e os interesses coletivos; exigir a democratização das informações e a transparência na gestão; estabelecer mecanismos de capacitação permanente dos conselheiros com formação crítica sobre a realidade social, política e econômica na qual estão inseridos; incentivar a criação e/ou fortalecimentos dos conselhos locais em unidades de saúde para democratizar a gestão; “limitar o poder das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite que não são instâncias deliberativas, mas de negociação e pactuação entre gestores, reafirmando o poder deliberativo dos Conselhos” (Idem: 75).

Côrtes (2002) tem salientado que os conselhos têm contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde. Segundo a autora, esses espaços podem auxiliar a democratização das instituições, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político. Através dos conselhos esses setores, por meio dos seus representantes, podem influir na decisão sobre os recursos públicos na saúde, obter informações, fiscalizar a qualidade dos serviços e influenciar na formulação de políticas.

Dagnino ressalta como aspecto importante não “atribuir indiscriminadamente aos espaços de participação da sociedade civil o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade” (2002: 296).

Nesta perspectiva, a autora afirma que

“os espaços de formulação de políticas constituem uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica, numa guerra de posições onde ações pontuais, de menor escopo e significado mais imediato, podem vir a se acumular molecularmente na direção de minar a ordem social desigual e significar a expansão gradual de um projeto hegemônico alternativo (...). Para que esses espaços possam constituir uma arena desse tipo, é preciso que eles sejam efetivamente *públicos*, no seu formato e no seu resultado. Daí a importância, por um lado, de resgatar a ênfase no caráter propriamente *público* que devem ter as políticas *públicas*, reconhecendo que a constituição do interesse público é um processo radicalmente inovador na sociedade brasileira que enfrenta, por isso mesmo, enormes resistências e dificuldades” (Dagnino, 2002: 300).

Enfim, os Conselhos de Saúde como estratégia de publicização<sup>39</sup>, são espaços potenciais de democracia participativa, mas a organização e mobilização da

---

<sup>39</sup> “As concepções de publicização e de público comportam variadas e divergentes leituras, com conseqüências teóricas e políticas ponderáveis que incidem no debate e nos projetos de reforma do Estado. Por exemplo, a noção de público não estatal que informa o projeto de reforma do Estado brasileiro elaborado por Bresser Pereira, reduz consideravelmente seu alcance e conteúdo quando deriva daí a necessidade de implantar no Brasil um Estado-gerencial. Para ele, a esfera pública não estatal não se situa no campo da representação de interesses da sociedade, mas é composta pelas organizações sem fins lucrativos, definidas pelo autor como uma terceira forma de propriedade estratégica no capitalismo contemporâneo, ao lado da propriedade privada e da estatal. Esta concepção caminha na direção oposta da posição que estamos adotando acerca da esfera pública como espaço de explicitação de interesses em conflito, de confronto entre projetos sociais e de luta pela hegemonia. Para nós, um elemento constitutivo e inerente à esfera pública é a sua ocupação por sujeitos sociais investidos de representação, que será tanto mais legítima quanto forem capazes de exercê-la com autonomia e a partir dos interesses sociais que se propõem a representar” (Raichelis, 2000: 62).

luta contra-hegemônica só poderá ocorrer para além destes espaços. Dessa forma, destacamos a importância da articulação dos conselhos com os movimentos sociais na defesa da Reforma Sanitária e da participação democrática enquanto um grande desafio e compromisso a ser assumido na atualidade. É nessa direção que os Conselhos de Saúde, enquanto “criaturas da Reforma Sanitária”, podem ser seus potenciais (re) criadores (Carvalho, 1995).

É preciso, na atual conjuntura de despolitização da política, resgatar o papel político dos conselhos e da participação<sup>40</sup>. A despolitização da política cria obstáculos concretos aos projetos societais contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político (Neves, 2008). A repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares (Fontes, 2006) e da valorização da participação popular colaboracionista (Neves, 2008).

Diante da contemporânea hegemonia neoliberal, coloca-se como questão central a defesa da manutenção e ampliação dos direitos e a necessidade de refundar a política e a democracia como seu espaço de criação, universalização e de formação de um novo projeto societário que se contraponha ao capital (Duriguetto, 2007).

Os conselhos, conforme já sinalizado, não são os espaços únicos ou exclusivos, mas importantes para serem ocupados pela sociedade civil organizada e comprometida com as transformações políticas, econômicas e sociais. Esses mecanismos de participação democrática são limitados para operar essas transformações, mas são estratégicos e podem provocar mudanças substantivas na relação Estado-sociedade. Os conselhos podem contribuir com a construção de uma cultura política contra-hegemônica ao impor a socialização da política e a democratização social como agendas permanentes e prioritárias de luta.

No próximo capítulo, o Conselho Nacional de Saúde será abordado.

---

<sup>40</sup> Na atualidade, destaca-se a criação dos Conselhos de Gestão Participativa dos Hospitais Federais e Institutos; das Ouvidorias e as propostas de Conselhos das Fundações Estatais de Direito Privado. Esses espaços têm como características: possibilitar uma ilusão da participação, considerando que são espaços não deliberativos; apontar para a fragilização dos conselhos de política e de direitos, flexibilizando o controle democrático existente e tem relação com o fortalecimento do gerencialismo como fio condutor das agendas da contra-reforma no país.

## Capítulo 2) Histórico do Conselho Nacional de Saúde

Este capítulo pretende traçar um breve histórico do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Destaca-se a importância de compreender a trajetória histórica dessa instância de controle social, da sua origem até a atualidade. A proposta é subsidiar a pesquisa, suscitando o debate e contribuindo na elucidação das indagações sobre as possibilidades e limites desse espaço de controle democrático.

O capítulo está estruturado em dois itens. O primeiro item realiza uma caracterização dos antecedentes históricos do Conselho Nacional de Saúde, isto é, do seu surgimento até os anos 1980. O segundo aborda o processo de formação do “novo” conselho, sua “recriação”, em 1990, até a atualidade. Ao caracterizar o Conselho Nacional de Saúde é realizada uma breve contextualização da política de saúde no período.

### ***2.1. Antecedentes Históricos: do surgimento à década de 1980***

O Conselho Nacional de Saúde foi instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que tinha como objetivo - junto com o Conselho Nacional de Educação - auxiliar o Ministério da Educação e Saúde. O CNS somente seria regulamentado, quanto a sua composição, funcionamento e competência, dezessete anos mais tarde, por meio do Decreto nº 34.347, de 08/04/1954. Desde então, vários decretos foram promulgados com a finalidade de reestruturar o Conselho. As principais alterações, no entanto, ocorreram em sua composição (Schevisbiski, 2007 ; Silva & Abreu, 2002<sup>41</sup>).

É nessa conjuntura dos anos 1930 que a intervenção estatal ocorre no Brasil e a saúde emerge como “questão social”. Segundo Lamamoto,

“a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (...) A questão social expressa portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes

---

<sup>41</sup> O artigo de Silva & Abreu (2002) aponta as diversas alterações na composição do Conselho Nacional de Saúde ao longo do tempo.



sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (...) Tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho- consubstanciados em serviços e políticas sociais -, o que, nos países centrais, expressou-se no Welfare State, Estado Providência ou Estado Social” (Iamamoto, 2001: 16-17).

Na década de 1930, as alterações ocorridas no Brasil têm como aspectos mais relevantes o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais.

Nesta época, no governo de Getúlio Vargas, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) estruturados por categorias profissionais, sob a doutrina do seguro e com orientações de redução de gastos. Enquanto as CAP tinham como atribuição central, permanente e obrigatória a assistência médica, os IAP colocavam a assistência médica como função provisória e secundária. Outro aspecto que difere os IAPs das CAPs era a natureza do financiamento, onde a contribuição passou a ser tripartite (Empregadores, Trabalhadores e Estado) (Mendes, 1994)

A política de saúde, nesse período, era dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública predominou até meados dos anos 1960.

De acordo com Bravo (2001a), a legislação a partir dos anos trinta procurou demarcar a diferença existente entre “previdência” e “assistência social”, que antes não existia. No período que antecede a 1930, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal.

As principais medidas adotadas para a saúde pública, de 1930 a 1945, foram: a ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, incorporando

serviços de combate às endemias e assumindo o controle da formação de técnicos em saúde pública (Braga e Paula, 1986).

Cabe destacar também que foi nesse período da década de 1930, em 1937, que foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde<sup>42</sup>, antes mesmo da criação do Ministério da Saúde, período do Estado Novo, caracterizado como autoritário e sob o comando de Getúlio Vargas. A Lei 378 de 13/01/1937, criou o Ministério da Educação e da Saúde Pública e em seu Artigo 90, as Conferências Nacionais de Saúde e de Educação. De acordo com a Lei que instituiu as Conferências Nacionais de Saúde, seus participantes eram as autoridades que representavam o Ministério da Saúde, o governo dos estados, território e Distrito Federal e os convidados especiais do Ministério da Saúde. Essas conferências se destinavam a facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde realizadas em todo país e a orientar a execução dos serviços locais (História das Conferências Nacionais de Saúde, 2002 *apud* Krüger, 2005).

Em 1941, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde que debateu temas relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção ao grupo materno-infantil (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998 *apud* Escorel e Bloch, 2005).

Entre 1945 a 1950, foi consolidada a Política Nacional de Saúde que se esboçava desde 1930. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. A partir dos anos cinquenta, com as transformações da estrutura urbano-industrial do país, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e apontava na direção da formação das empresas médicas. (Bravo, 2001a).

Em 1950, nove anos depois, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde que debateu as condições de higiene e segurança no trabalho, a prestação de

---

<sup>42</sup> As Conferências Nacionais de Saúde foram criadas em 1937 e sofreram transformações ao longo dos anos. Estas Conferências podem ser caracterizadas em cinco momentos: Sanitarismo Clássico (1941–1962): 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde; Transição (1963-1974): 3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde; A Modernização Conservadora e o Planejamento Estatal (1975-1985): 5ª a 7ª Conferências Nacionais de Saúde; Reforma Sanitária (1986-1992): 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde e Consolidação do SUS (1996-2003): 10ª a 12ª Conferências Nacionais de Saúde (Sayd, Vieira Jr. E Velandia, 1998 *apud* Escorel e Bloch, 2005). Em 2007, ocorreu a 13ª Conferência Nacional de Saúde “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”.

assistência médica sanitária e preventiva e a questão da malária. (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998 *apud* Escorel e Bloch, 2005).

Em 1953, quando o Ministério da Saúde foi criado, com a separação das áreas da Saúde e da Educação em dois ministérios, o Conselho Nacional de Saúde passou a compor o organograma do novo ministério. O CNS foi regulamentado pelo Decreto n° 34.347, de 8 de abril de 1954, com a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. Era composto por 17 membros<sup>43</sup> e as funções de secretaria exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n° 45.913 aumentou o número de conselheiros para 24<sup>44</sup>.

Uma nova mudança foi arbitrada em 1960 pelo Decreto n.º 47.793/60. Passaram a fazer parte, como membros natos do CNS, os ex-ministros de Estado dos Negócios da Saúde e a função de secretário geral era exercida pelo chefe de gabinete do Ministro. Em 1962, com o Decreto nº 847, de 05/04/1962, a composição do Conselho passou a ser de 26 membros<sup>45</sup> e as suas atividades tornaram-se mais complexas. Dois aspectos novos surgem com esse Decreto: o Conselho ganhou a possibilidade de propor mudanças no orçamento anual da saúde e foram estabelecidas regras para suas reuniões e votações (Silva & Abreu, 2002).

“A criação do cargo de secretário-geral indica que atividades executivas de preparação e acompanhamento das atividades do fórum precisavam ser desempenhadas fora do horário exclusivo das reuniões. A inclusão de conselheiros que não tratavam de assuntos exclusivamente médicos sugere ainda que os gestores de então concebiam os problemas de saúde como também decorrentes das condições de saneamento, de modo como eram produzidos e distribuídos os alimentos e da maneira como eram formados os profissionais de saúde” (Côrtes et al, 2009: 44).

---

<sup>43</sup> Os 17 membros do CNS eram distribuídos da seguinte forma: 3 membros natos (o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde, o diretor geral do Departamento Nacional da Criança e o ministro da Saúde, que presidia o Conselho) e 14 indicados pelo ministro e designados pelo presidente da República (oito pessoas de notório saber na área e seis escolhidos dentre os titulares dos principais cargos de chefia do ministério) (Brasil, 1954, art. 2º).

<sup>44</sup> Os 24 membros do CNS eram distribuídos: 10 membros natos (o ministro da Saúde, que presidia o Conselho; o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde; o diretor geral do Departamento de Endemias Rurais; o diretor geral do Departamento Nacional da Criança; o diretor do Instituto Oswaldo Cruz; o presidente da Academia Nacional de Medicina; o presidente da Associação Médica Brasileira; o diretor geral de Saúde do Exército; o diretor geral de Saúde da Marinha e o diretor geral da Aeronáutica) e 14 indicados pelo ministro e designados pelo presidente da República (8 pessoas de notório saber na área e seis escolhidos dentre os titulares dos principais cargos de chefia do ministério) (Brasil, 1959, art. 2º).

<sup>45</sup> Os 26 membros do CNS eram distribuídos da seguinte forma: 14 membros natos (o ministro da Saúde, que presidia o Conselho; os diretores gerais do Departamento Nacional de Saúde, do Departamento de Endemias Rurais e do Departamento Nacional da Criança; o diretor do Instituto Oswaldo Cruz; o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública; o superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; os diretores gerais de Saúde do Exército, da Marinha e da Aeronáutica; o titular da Diretoria do Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura; o diretor geral do Departamento Nacional de Obras de Saneamento do Ministério da Viação e Obras Públicas; o diretor da Divisão de Defesa Sanitária e Animal do Ministério da Agricultura; o presidente do Conselho de Medicina da Previdência Social do Ministério do Trabalho), 8 conselheiros indicados pelo ministro e designados pelo presidente da República e 4 conselheiros representantes de associações técnico-científicas (os presidentes da Academia Nacional de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Sociedade Brasileira de Higiene e da Seção Brasileira da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária) (Brasil, 1962, art. 2º).

Essa conjuntura foi marcada pela ideologia do desenvolvimentismo onde associavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza.

Destaca-se como marcos institucionais importantes: a criação do Ministério da Saúde, em 1953, já sinalizado; a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956; a campanha nacional contra a lepra; as campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964; e a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde objetivava examinar a situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do país. Os quatro temas da Conferência foram: situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e fixação de um Plano Nacional de Saúde (Scorel e Bloch, 2005). Cabe destacar que esta foi a primeira Conferência que tratou da descentralização.

Nessa perspectiva, ressalta-se a permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase na primeira; o foco das ações sobre doenças específicas e o deslocamento do processo de discussão e decisão para arenas fora da burocracia pública, tais como: o Congresso Nacional e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Nota-se, portanto, que a situação da saúde da população, de 1945 a 1964, não conseguiu alterar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (Bravo, 2001a).

Com a inauguração da ditadura militar, os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados. O processo que forjou esse país foi global, e nele imbricaram e colidiram vetores econômicos, sociais, políticos, culturais e ideológicos, através de mecanismos basicamente coercitivos, no quadro de uma estratégia de classe implicando alianças e dissensões. A emergência da ditadura brasileira se inscreveu no cenário internacional, que apresentou uma sucessão de golpes de Estado patrocinados no curso dos anos 1960 pelos centros imperialistas, sob hegemonia norte-americana (Netto, 1991). Segundo o autor, essa estratégia tinha como finalidade: internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sócio-

políticos habilitados a resistir a esse processo e mobilizar as tendências contrárias à revolução e ao socialismo. A ditadura militar significou a derrota das forças democráticas, inviabilizando uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político via reformas democráticas e nacionais (Bravo, 1996).

O golpe de 1964, trouxe mudanças na composição do Conselho reduzindo os seus membros para 13 conselheiros<sup>46</sup>. O Decreto nº 55.242, de 18/12/1964, revogou o Decreto nº 847, de 5/4/1962, e reestruturou o Conselho. Eliminou a relação com a Previdência e perdeu poder em questões orçamentárias (Silva & Abreu, 2002).

“O Conselho tornara-se menor, reconstituíra-se a predominância da categoria médica – provavelmente devido a uma concepção de saúde que acentuava a necessidade de intervenções médicas – e fortalecera-se a presença militar, em consonância com o que ocorria em diversas esferas da vida pública do país” (Côrtes et al, 2009: 45).

Com a instauração do modelo burocrático-autoritário do pós-64, as conferências nacionais de saúde passaram a ter, aparentemente, um caráter técnico. Em 1967, ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde que tratou setorialmente dos recursos humanos para as atividades de saúde e do combate à malária (Gadelha e Martins, 1988 *apud* Escorel e Bloch, 2005).

Em 1970, o Conselho Nacional de Saúde, através do Decreto nº 67.300, de 30/09/1970, amplia de 13 para 16 membros<sup>47</sup> e passa a ter atribuições mais detalhadas: “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que se submetida à sua apreciação” (Carvalho, 1995: 32).

Na saúde, a ditadura instaurou, segundo Oliveira & Teixeira (1986), o modelo de privilegiamento do produtor privado, com cinco características consideradas marcantes: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase

---

<sup>46</sup> Os 13 membros do CNS eram distribuídos da seguinte forma: o ministro da Saúde, que o presidia; 4 membros natos, dirigentes de órgãos do Ministério da Saúde; 4 pessoas de notório saber em saúde; representantes da Academia Nacional de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Sociedade Brasileira de Higiene, da Associação Brasileira de Medicina Militar e do Estado Maior das Forças Armadas (Brasil, 1964, art. 1º e 3º; Brasil, 1965, art. 1º).

<sup>47</sup> Os 16 membros do CNS eram distribuídos da seguinte forma: o ministro da Saúde, que o presidia; 5 membros natos, dirigentes de órgãos do Ministério da Saúde; 5 pessoas de notório saber em saúde; representantes da Academia Nacional de Medicina, da Academia Nacional de Farmácia, da Academia Brasileira de Administração Hospitalar, da Associação Brasileira de Medicina Militar e do Estado Maior das Forças Armadas (Brasil, 1970, art. 1º). Esta composição do Conselho com a inclusão de representantes da área farmacêutica e de administração hospitalar pode estar relacionada com a intenção do regime fomentar a indústria de medicamentos, levando a criação, em 1971, da Central de Medicamentos (CEME), e ao incentivo ao setor privado hospitalar, que viriam a ser pilares da política de saúde promovida pelos governos militares (Côrtes et al, 2009).

totalidade da população urbana e ainda parte da população rural; orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; criação de um complexo médico-industrial; interferência estatal na Previdência Social, através da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde; organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços. É importante ressaltar que o sistema de saúde era dividido, conforme anteriormente explicitado, em dois subsetores: o de saúde pública e de assistência médica (previdenciário), sendo que este último detinha maior parte dos recursos financeiros nesse período, dando pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população.

Em 1974, um decreto presidencial atribuiu ao Conselho Nacional de Saúde objetivos, funções e estrutura mais definidas, procurando compatibilizá-lo ao processo de modernização conservadora em andamento. “O CNS é um órgão de consulta que deve examinar o que lhe for submetido pelo Ministério da Saúde bem como opinar sobre matéria que por força de lei tenha que ser submetida à sua apreciação”. Manteve o seu perfil técnico e normativo, sendo composto pelo Ministro da Saúde, presidente nato e 15 conselheiros, “em um arranjo organizacional em que se verifica a ausência de representantes da sociedade, a proeminência da elite médica, a sobre-representação de instituições militares e o exercício do papel legitimador da política predominante” (Escorel & Moreira, 2008: 999).

No início da distensão do regime autoritário, realizou-se a 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, que teve como tema central o Sistema Nacional de Saúde e a elaboração de uma política nacional de saúde. A partir dessa Conferência, o ministério procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupados basicamente com as áreas rurais e os seus programas tradicionais, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil (Escorel e Bloch, 2005).

No ano de 1976, o CNS foi definido, a partir do Decreto nº 79.056, de 30/12/1976, que reestruturou o Ministério da Saúde, como um “órgão colegiado” pertencendo à “estrutura básica” do Ministério. Ao Conselho competiria “examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação

da saúde e elaborar normas por meio de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do ministro de Estado” (art. 8, Decreto nº 79.056, de 30/12/1976). Nesse período, a composição do Conselho foi alterada passando a ser composto por 23 membros<sup>48</sup>. Cabe destacar que a estrutura de apoio administrativo tornou-se mais complexa, sendo composta por: Secretaria Executiva; Setor de Apoio Administrativo; Setor de Documentação; Setor Financeiro e seis Câmaras Técnicas. Esta estrutura de apoio desempenhavam funções semelhantes às Comissões Permanentes, Grupos de Trabalho e a Secretaria Executiva que existem atualmente no Conselho.

Em 1977, ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde que discutiu a situação das grandes endemias, a operacionalização das novas leis básicas aprovadas pelo governo federal no campo da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor (Escorel e Bloch, 2005).

A crise econômica e de legitimação do regime, na metade da década de 1970, obrigou o governo ter como estratégia priorizar a questão social, por meio da implementação de políticas de redução da pobreza e expansão da cobertura previdenciária. Esse período foi considerado por alguns autores como o momento derradeiro da ditadura iniciada em 1964, marcado pelo aprofundamento da crise do “milagre” e por uma estratégia de sobrevivência implementada pelo alto núcleo militar do regime, autodenominada “processo de distensão” (Bravo, 1996).

Outras medidas tomadas no pós 1974 visaram corrigir as distorções e normatizar as ações de saúde, destacando-se o Plano de Pronto Ação e a Lei do Sistema Nacional de Saúde. O Plano de Pronto Ação, criado em 1974, teve como objetivo disciplinar e organizar as modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, universalizando o atendimento de emergência. E o Sistema Nacional de Saúde, fixado em 1975, tinha a intenção de articular os órgãos atuantes do setor saúde. Criticava a filosofia liberal que impedia o governo de assumir sua responsabilidade, propondo como solução a formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal (Bravo, 1996).

No final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, iniciou-se um processo de abertura política lenta e gradual. Neste período, algumas foram as medidas

---

<sup>48</sup> Os 23 membros do CNS eram distribuídos da seguinte forma: 7 membros natos (o ministro da Saúde e os presidentes das seis recém-criadas Câmaras Técnicas do Conselho – Entorpecentes e Tóxicos; Hemoterapia; Alimentos; Saneantes Domissanitários; Cosméticos e Medicamentos), 5 representantes ministeriais (ministérios da Educação e Cultura, Interior, Previdência e Assistência Social, Agricultura e Trabalho), 6 membros de instituições relacionadas com a saúde e com a segurança nacional e 5 técnicos de notória capacidade e experiência em assuntos de interesse da saúde (Brasil, 1977, art. 2º, 3º, 4º).

liberalizantes importantes: a Lei de Anistia (1979), o surgimento e organização de partidos políticos e as eleições para o executivo e legislativo (1982).

Embora a criação do Sistema Nacional de Saúde integrado não tenha tido sucesso, segundo Oliveira & Teixeira (1986) a proposta contribuiu para o processo de reforma que ocorreria durante os anos 1980.

Em síntese, o período dos anos 1930 ao final dos anos 1970 foi marcado por transformações na política de saúde. A partir da década de 1930 a saúde passou a ser tratada como questão política com a intervenção estatal. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores, conforme sinalizado: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 1960 e se centralizou na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só veio sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. A partir dessa conjuntura foi implantado no país o modelo privilegiamento do produtor privado, já citado. Em meados dos anos 1970, a política de saúde passa a enfrentar permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário<sup>49</sup> (Bravo, 1996).

Com relação ao Conselho Nacional de Saúde, no período do seu surgimento até os anos 1980, este era um órgão com caráter consultivo e normativo do Ministério da Saúde, ou seja, estabelecia normas e diretrizes técnicas assim como emitia pareceres sempre que convocado, cujos membros eram especialistas em assuntos de saúde pública e indicados pelo Ministro de Estado.

---

<sup>49</sup> “As origens do Movimento Sanitário (...) remontam aos primeiros anos da ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob recomendação da Organização Panamericana de Saúde, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais aglutina-se e difunde-se o pensamento crítico na saúde. Através da incorporação das disciplinas sociais, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde buscando compreender processos como a ‘determinação social da doença’ e a ‘organização social da prática médica’. Apesar de sua origem acadêmica, o Movimento Sanitário não se limitou à vertente de produção de um novo saber; ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. Mesmo dentro do âmbito universitário foram criadas alternativas à prática dominante nos serviços de saúde, através do desenvolvimento de projetos de ‘Medicina Comunitária’. Na mesma linha, desenvolveram-se projetos experimentais em regiões mais pobres, por meio de convênios das Secretarias de Saúde com organismos internacionais. Todos esses projetos caracterizaram-se pelo seu caráter experimental e localizado, sempre permanecendo à margem do sistema de saúde onde predominava a política de privatização (...). No entanto, foi através deles que o Movimento Sanitário pôde experimentar na prática uma política alternativa para o setor saúde, na qual buscava-se desenvolver um sistema mais racional e adequado tanto ao quadro nosológico existente como aos recursos disponíveis no país. A partir de 1975, com os primeiros sinais de esgotamento do modelo econômico dos governos militares refletindo-se no processo político – vitória do partido oposicionista nas eleições de 74 -, a sociedade passou a viver um clima de crescente mobilização e organização na luta pela redemocratização. (...) Na sua vertente político-ideológica, o Movimento Sanitário buscou, inspirado na experiência italiana, mecanismos capazes de difundir uma nova consciência sanitária, ao mesmo tempo que construir uma rede organizadora e canalizadora das diferentes manifestações de oposição à política de saúde” (Teixeira & Mendonça, 1989:204-206).



Alterações ocorreram na composição do Conselho ampliando os seus membros nos anos 1950 e início dos anos 1960. Com o golpe militar, houve uma redução dos seus membros e um aprofundamento do seu perfil técnico e normativo. As mudanças do CNS na ditadura refletia o que ocorria nas diversas esferas da vida pública do país.

A mudança significativa que ocorreu neste período foram as reformulações de 1976/1977. Ampliou-se a composição do Conselho para 23 membros e foram criadas a Secretaria Executiva e as câmaras técnicas, antecessoras das comissões e dos grupos de trabalho constituídos na década de 1990 com o “novo” conselho. Entretanto, os participantes do conselho continuaram sendo indicados pelo Ministro, sendo especialistas na área da saúde. Dessa forma, o CNS era, neste período, caracterizado como uma participação ainda muito restrita e passiva, constituindo-se em um órgão de cooperação do Ministério da Saúde e não de participação social e popular.

## ***2.2. O “Novo” Conselho Nacional de Saúde: anos 1980 a 2000***

### ***Anos 1980***

Durante os anos oitenta, a sociedade brasileira passou por um processo de democratização política e de ampliação das lutas por direitos sociais, superando o regime autoritário instaurado em 1964, que se desenvolveu em concomitância com uma profunda crise econômica.

“A participação social como elemento estruturante do sistema nacional de saúde esteve presente desde o início da proposta do movimento da Reforma Sanitária, que já nos anos 70, compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (Escorel & Moreira, 2008: 997-998).

O início da década de 1980 foi marcado por uma profunda crise financeira da previdência social, principal fonte de financiamento do setor saúde. Oliveira e Teixeira (1986), destacam que esta crise refletiu-se em três momentos principais: a crise ideológica – o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-

SAÚDE) -, a crise financeira e a crise político-institucional - o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

O Ministério da Saúde convocou, em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Extensão das ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Esta conferência teve como objetivo coordenar as ações de diferentes ministérios, através da Comissão Interministerial de Planejamento, a CIPLAN.

Com base técnica no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) e respaldo político da 7ª Conferência de Saúde, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV- SAÚDE) que tinha como objetivo a universalização dos cuidados básicos de saúde em todo território nacional através de uma articulação interinstitucional entre o setor público e o privado (Mendes, 1994). Para Cohn (1989):

“O PREV-SAÚDE propõe a reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Trata-se de converter a rede básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, revertendo assim a característica hospitalar do atendimento” (Cohn,1989:127).

Anunciada a crise da previdência, em 1981, o governo apresentou o Plano CONASP, formulado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Plano CONASP teve como principais diretrizes: prioridade às ações primárias; integração das instituições das três esferas de governo num sistema regionalizado e hierarquizado, com aproveitamento dos recursos públicos através de acordos no setor hospitalar; racionalização na prestação de serviços de valor elevado; estabelecimento de níveis e limites orçamentários etc. Dessa forma, o CONASP foi uma proposta do governo de criar uma instância reguladora da saúde previdenciária (Mendes, 1994; Cohn, 1989).

Nota-se, portanto, que o CONASP sinalizou que o governo estava assumindo a crítica ao sistema de saúde vigente. Neste sentido, ocorreram mudanças no procedimento de pagamento por unidade e serviço para o pagamento por procedimentos; na limitação de convênios com hospitais e empresas e na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Segundo Mendes (1994), as Ações Integradas de Saúde (AIS) podem ser reconhecidas em dois momentos: um anterior a Nova República de 1983-1985 e

outro posterior a Nova República de 1985-1987. As AIS, em seu primeiro momento, se caracterizou como um programa de atenção médica como tantos outros que as Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente, vinham executando na área de saúde pública. No segundo momento (início do Governo Sarney até a implantação do SUDS em 1987) o que caracterizou as AIS foi a presença de atores do movimento sanitário em instituições federais relevantes - Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) -, em postos políticos de importância estratégica.

Para Paim (1986), as AIS foram consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. Segundo o autor, essa proposta poderia evitar a não continuidade na prestação de serviços à população e promover aperfeiçoamentos nas políticas, pois as mudanças derivadas da Constituinte e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde requeriam tempo político para a viabilização.

O discurso presente na Nova República mantém uma concepção doutrinária, sobre as questões de saúde, que se enuncia em dois níveis: o nível político institucional e o nível operacional. No nível político institucional, apontava-se para o direito universal à saúde e o dever do Estado em sua garantia, para a modificação do modelo médico hegemônico, para a instituição do controle único em cada instância federativa e para a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte. “No nível operacional, propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário” (Mendes, 1994: 39). O que se propunha era transitar das AIS para a busca de um Sistema Unificado de Saúde.

As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no mesmo período da Assembléia Nacional Constituinte. As AIS, apesar dos avanços, não conseguiram alcançar os dois objetivos centrais: superar o caráter de política social compensatória e constituir-se em um instrumento de mudança do Sistema Nacional de Saúde.

Antes de focar o SUDS, é importante retornar ao ano de 1986 quando aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país.

Esta Conferência foi a primeira que contou com presença ampla de diversos segmentos não-governamentais e da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, até representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e titulares e representantes de vários ministérios. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil delegados -, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou “o momento apical de formatação político-ideológica do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final” (Mendes, 1994: 42).

Nesse período, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena, num movimento postulando a democratização da saúde, em um período de luta contra a ditadura, foram: os estudantes; os professores universitários; os trabalhadores da saúde, defendendo questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário<sup>50</sup>, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (Bravo, 2001a ; Paim, 2008).

As principais propostas defendidas por esses sujeitos coletivos foram amplamente discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tais como: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, a partir de uma análise sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório; o financiamento efetivo e a participação social através de novos arranjos institucionais para a condução da política - os *Conselhos e as Conferências de Saúde*.

Esta Conferência foi considerada uma pré-constituente da saúde, sendo o seu relatório final debatido e aprimorado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária

---

<sup>50</sup> Para uma análise sobre o movimento sanitário, desde a sua emergência até o início da década de 1990, ver Escorel (1998).

(CNRS), que elaborou o texto incorporado no capítulo da Saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988 e o conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde. Para Paim (2008) esse conjunto de proposições políticas apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. Esse processo de democratização da saúde foi denominado de Reforma Sanitária, sendo compreendida da seguinte maneira:

“Discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que (...) estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil” (Arouca, 1989).

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/08/1986, viria a ser, de certo modo, a precursora do “novo” Conselho Nacional de Saúde. Esta Comissão, com composição paritária de representantes governamentais e da sociedade civil<sup>51</sup>, tinha como objetivo analisar as dificuldades no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e propor uma nova estrutura organizacional do sistema.

Para Rodriguez Neto (2003), os objetivos e a composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária ficaram aquém do esperado pelo movimento sanitário.

No ano de 1986 foi criada uma comissão interministerial, composta por representantes dos ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Planejamento, com o objetivo de propor a reformulação do Conselho Nacional de Saúde. Esta Comissão concluiu os seus trabalhos, em 1987, e entregou a proposta de reformulação do Conselho ao ministro da Saúde (Brasil, 1986b).

“O Conselho foi reformulado tanto em suas funções como em sua composição. Pela primeira vez desde a criação, teve como função administrativa principal a de ‘deliberação coletiva de segundo grau’ no âmbito do Ministério da Saúde (...). Ou seja, passou a ser um órgão ministerial de deliberação superior, o que indica que os idealizadores da

---

<sup>51</sup> A Composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária era da seguinte forma: metade representantes do Estado (Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério da Educação e Cultura; Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente; Ministério da Ciência e Tecnologia; Secretaria de Planejamento da Presidência da República; Secretarias Estaduais de Saúde – representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde; Senado Federal – Comissão de Saúde) e a outra metade representantes da Sociedade (Confederação das Misericórdias do Brasil – CMB; Federação Brasileira de Hospitais – FBH; Federação Nacional dos Médicos – FNM; Confederação Nacional da Indústria – CNI; Confederação Nacional do Comércio – CNC; Confederação Nacional da Agricultura – CNA; Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Contag; Central Geral dos Trabalhadores – CGT; Central Única dos Trabalhadores – CUT; Conselho Nacional das Associações de Moradores – Conam) (Brasil, 1986a).

mudança propunham um novo papel para o Conselho na área da saúde. O fórum era integrado por 14 conselheiros: o ministro da Saúde, que o presidia; três representantes de outros ministérios (...); um representante da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan); um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), um representante do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CNDIC); e sete personalidades de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde, estas indicadas pelo ministro da Saúde (...). No entanto, mesmo com a diversificação de seus integrantes, o Conselho não participou ativamente do intenso debate sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro. Até sua reformulação, em 1990, ele continuou atuando como um 'conselho de notáveis' ” (Côrtes et al, 2009: 50-52).

Apesar do novo papel do Conselho Nacional de Saúde, este foi reformulado pelo Decreto n.º 93.933 de 1987, segundo Rodriguez Neto (2003), num contexto de esvaziamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Para o autor, a CNRS foi instalada após o impasse criado pelos titulares dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social e Assistência Social que não se mostravam empenhados em implementar as conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os setores conservadores, cada vez mais alojados no governo, pretendiam desqualificar e impedir as reformas pretendidas e postergar a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde. A reabilitação do CNS e sua conformação foi feita de maneira a se contrapor ao movimento pela Reforma Sanitária. Apesar de o Conselho passar a ser órgão deliberativo, mudando sua função legal na área da saúde, este pouco se envolveu nos debates sobre a reforma do sistema de saúde em curso.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde constituiu-se no mecanismo político-ideológico que viria influenciar os dois processos que se iniciaram, no ano de 1987: um, no executivo, a implantação dos SUDS e, outro, no legislativo, a elaboração da nova Constituição Federal brasileira (Mendes, 1994).

O SUDS incorporou os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, a saber: universalização, integralidade da atenção, descentralização do processo decisório, hierarquização, regionalização e participação popular.

Com a implantação do SUDS, as principais ações executadas procuravam: agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS contribuindo para a ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e dar prioridade ao filantrópico. O SUDS teve um importante papel na reforma administrativa na saúde e um papel político central, desmontando a máquina previdenciária e propondo a descentralização,

sendo decisivo para a alteração constitucional necessária à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o SUDS não conseguiu dar eficácia e eficiência ao sistema público de saúde (Mendes, 1994)<sup>52</sup>.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram, no plano jurídico, a extensão dos direitos sociais. Dessa forma, esta Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais, incapazes de universalizar direitos, em função da longa tradição de privatizar a coisa pública<sup>53</sup>. Dentre os seus avanços assegura a inscrição de um Sistema de Seguridade Social<sup>54</sup> e amplia o modelo hegemônico de democracia – a *democracia representativa* -, que apresenta seus limites frente à sua capacidade de representação com a inclusão de novos sujeitos políticos no processo de tomada de decisão. A proposta é fortalecer uma *democracia participativa* que, “ao lado de algumas instituições formais básicas da democracia representativa, possui nova forma de conceber a relação entre o Estado e a sociedade, com a participação ativa dos cidadãos na esfera pública” (Monteiro & Fleury, 2006: 220).

O texto constitucional, com relação à Saúde, atende em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário. Os principais pontos aprovados na Constituição de 1988, no capítulo da saúde, foram: o direito universal à saúde e o dever do Estado; as ações e Serviços de Saúde de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde; participação do setor privado no sistema de saúde de forma complementar (Teixeira, 1989).

As conquistas com relação à saúde foram fruto de vários acordos políticos e pressão popular. No processo constituinte, foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um capitaneado pela FBH - Federação Brasileira de Hospitais - e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), que

---

<sup>52</sup> As Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde podem ser considerados como as fundações sobre as quais o Sistema Único de Saúde (SUS) foi erigido (Côrtes et al, 2009).

<sup>53</sup> Um amplo processo de privatização da coisa pública significa “um Estado cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário internacional e nacional, renunciando a dimensões importantes da soberania da nação, em nome dos interesses do grande capital financeiro de honrar os compromissos morais com as dívidas interna e externa” (Iamamoto, 2001: 20). Neste sentido, diversos autores, entre eles Correia (2005a), apontam para a necessidade de ‘desprivatizar’ o que é público.

<sup>54</sup> A Seguridade Social brasileira inscrita na Constituição de 1988, no Título VIII “Da Ordem Social”, “tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem estar e a justiça social” (Constituição Federal, 1988 - Art. 193). É composta pelo tripé saúde, assistência social e previdência social, se constituindo em “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade” (Constituição Federal, 1988 - Art. 194). A Seguridade Social expressa a ideia de superação do conceito de seguro social ao garantir a segurança das pessoas em situação adversa, isto é, a sociedade se solidariza com o indivíduo no momento de dificuldades que o mercado o coloca. Significa que o risco que qualquer um está sujeito, deixa de ser um problema individual e passa a ser responsabilidade social, pública (Vianna, 2001).

defendia a privatização dos serviços de saúde; outro, denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária (Bravo, 1996).

No final dos anos 1980, enquanto se discutia o projeto de lei orgânica do setor, aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, encontrando o Projeto de Reforma Sanitária algumas incertezas com relação a sua implementação, podendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; os conflitos com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular em face da ausência de resultados concretos e a reorganização dos setores conservadores contrários a reforma. A burocratização da Reforma Sanitária afastou a população da cena política, despotilizando o processo (Teixeira, 1989).

“O recuo dos movimentos sociais, a disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde, ensejaram o aparecimento de uma ‘operação descrédito’ contra o SUS, seja por parte das classes dirigentes e mídia, seja pelas ações políticas predominantemente corporativas dos trabalhadores de saúde” (Paim, 2008: 179-180).

Ao fazer um balanço dos anos 1980, cabe ressaltar que esse período teve como aspecto central a perspectiva de superação da política de saúde privatizante, muito forte na ditadura militar, e o fortalecimento do setor público. Teixeira (1989) aponta como características marcantes: a *politização da questão saúde* que teve como objetivo ampliar o nível de consciência sanitária; a *alteração da norma constitucional* que ocorreu no processo constituinte com toda articulação e mobilização realizada, tendo como resultado a incorporação no texto constitucional das demandas do movimento sanitário; e a *mudança do arcabouço e das práticas institucionais* que se deu por meio de algumas ações que tinham como intenção o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local.

Cabe ressaltar que foi nesse período que se ampliou a participação social. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde iniciou a participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, nos moldes que existem hoje, e a proposição dos mecanismos conselhos e conferências de saúde como novos arranjos institucionais para a condução da política.



Esse processo de ampliação da participação se dá com alguns impasses. A formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com o objetivo de elaborar propostas de texto constitucional para a saúde, ampliou a participação para os movimentos sociais e sindicais mas ainda numa proporção pequena. A composição da Comissão era de dez representantes estatais e dez representantes da sociedade. Desses representantes da sociedade: três eram de Centrais Patronais (Confederação Nacional da Indústria-CNI; Confederação Nacional do Comércio-CNC; Confederação Nacional da Agricultura-CNA); duas entidades de Prestadores Privados (Confederação das Misericórdias do Brasil-CMB e Federação Brasileira de Hospitais-FBH); três de Centrais Sindicais (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura-Contag; Central Geral dos Trabalhadores-CGT e Central Única dos Trabalhadores-CUT); uma entidade de Profissionais de Saúde (Federação Nacional dos Médicos-FNM) e uma entidade de associação comunitária (Conselho Nacional das Associações de Moradores-Conam). Em 1987, o Conselho Nacional de Saúde foi reformulado e reabilitado com uma composição que retrocede em relação a proposta do movimento sanitário, isto é, sete representantes do governo e sete personalidades de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde, indicadas pelo ministro da Saúde. É importante destacar que o CNS, no período, não participou ativamente dos debates sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro, sendo um “conselho de notáveis” até a sua reformulação, em 1990.

### ***Anos 1990 e 2000***

A partir da década de 1990, com a nova Constituição Federal Brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das leis complementares da área da saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990<sup>55</sup>) ocorreu a normatização da implementação dos princípios de democratização da saúde.

Entretanto, os fundamentos constitucionais relativos à criação de mecanismos político-democráticos de controle social ocorreram em uma conjuntura de crise e emergência do projeto neoliberal. A lógica neoliberal reduz a ação do Estado ante a

---

<sup>55</sup> A lei n. 8.142 criou conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal, com caráter permanente e deliberativo, atuando na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 1990b, art. 1º).

questão social com restrição nos gastos sociais, em decorrência da crise fiscal do Estado. Em síntese, isso significa um “Estado mínimo” para os trabalhadores e para as políticas sociais e um “Estado máximo” para o capital (Netto, 1993).

Segundo Coutinho (2007), estamos diante da tentativa de supressão radical daquilo que, Marx chamou de “vitória da economia política do trabalho” e, por conseguinte, de restauração plena da economia política do capital. É por isso que o autor considera mais adequado, para uma descrição dos traços essenciais da época contemporânea, utilizar não o conceito de *revolução passiva*, mas sim o de *contra-reforma*<sup>56</sup>.

Nesta direção, os anos 1990 foram marcados pelo avanço das políticas de ajuste neoliberal pautadas na seguinte ideia: a “satanização” do Estado responsável por todas as desgraças e infortúnios que afetam a sociedade e, por outro lado, a “santificação” do mercado e da iniciativa privada (Borón, 1995). Os eixos centrais do projeto neoliberal são: “redução do Estado e primazia do mercado através das políticas de abertura comercial e financeira ao capital internacional, desregulamentação e privatização, redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais” (Duriguetto, 2007: 171).

Dessa forma, Tavares & Fiori ressaltam que

“em oposição ao ‘pacto social’ que deu lugar à Constituição de 88, consolidou-se, nos anos 1990, um amplo consenso liberal (filial ao Consenso de Washington<sup>57</sup>) favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais, apoiado e promovido pelos governos nacionais e pelas agências financeiras internacionais: programa de privatizações; redução de tarifas alfandegárias para importação; liberalização dos preços; redução de isenções fiscais, subsídios e linhas de crédito, corte dos gastos públicos” (Tavares & Fiori, 1993:153).

Nos anos 1990, foram quatro as gestões do executivo no Brasil. No governo do Presidente, Fernando Collor de Mello, dá-se início ao avanço das medidas neoliberais. “Nesse período, não houve uma apresentação sobre o projeto de

---

<sup>56</sup> “Gramsci caracteriza a contra-reforma como uma pura e simples ‘restauração’, diferentemente do que faz no caso da revolução passiva, quando fala em uma ‘revolução-restauração’. Apesar disso, porém, ele admite que até mesmo neste caso tem lugar uma ‘combinação entre o velho e o novo’. Podemos supor assim que a diferença essencial entre uma revolução passiva e uma contra-reforma reside no fato de que, enquanto na primeira certamente existem ‘restaurações’, mas que ‘acolheram uma certa parte das exigências que vinham de baixo’, como diz Gramsci, na segunda é preponderante não o momento do novo, mas precisamente o do velho. Trata-se de uma diferença talvez sutil, mas que tem um significado histórico que não pode ser subestimado” (Coutinho, 2007).

<sup>57</sup> Denominação dada a um plano de medidas de ajustamento das economias periféricas imposto pelas agências financeiras internacionais (FMI, BM, BIRD) e pelo governo norte-americano em reunião ocorrida em Washington no ano de 1989 (Fiori, 1995; Soares, 2000).

política de saúde do governo federal, ocorrendo, no entanto, um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS” (Bravo & Matos, 2001: 201).

É importante destacar que a saúde tem duas Leis (Lei 8.080 e Lei 8.142), pois na primeira lei os artigos que se referiam ao controle social e ao financiamento foram vetados pelo Presidente Collor e foi a partir da mobilização do movimento sanitário que se conseguiu aprovar a Lei 8.142/90.

“Contudo, as negociações que resultaram na promulgação da Lei nº 8142 em 28/12/1990 não foram capazes de impedir que, dias depois, o presidente do INAMPS publicasse a NOB 01/91<sup>58</sup>, subvertendo as definições da referida lei. Apesar das manifestações contrárias do movimento sanitário, essa norma foi aparentemente bem recebida por gestores municipais” (Paim, 2008: 188).

O Conselho Nacional de Saúde, a partir de 1990, constituiu-se como um espaço político no qual interesses sociais organizados eram representados e discutiam-se os rumos da política nacional de saúde (Côrtes et al, 2009).

O decreto 99.438/90, de 07/07/1990, antes mesmo da promulgação da lei n. 8.142, configurou o novo Conselho Nacional de Saúde com ampla representação social e com caráter permanente e deliberativo<sup>59</sup>, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde. Este decreto regulamentou as novas atribuições e competências do CNS e definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros<sup>60</sup>. Dessa forma, a legislação fixou quatro segmentos na composição do Conselho Nacional de Saúde: usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde

---

<sup>58</sup> A NOB SUS 01/91 implementada pela Resolução INAMPS n.º 258, de 07/01/91; promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. Posteriormente retificada e publicada como Resolução nº 273, de 17/07/91 (<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>).

<sup>59</sup> De acordo com o Regimento Interno do CNS, as deliberações, observado o quórum estabelecido, são consubstanciadas em: Resolução; Recomendação e Moção. A *Resolução* é ato geral, de caráter normativo. A *Recomendação* é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou oportunidade de se adotar determinada providência. A *Moção* é uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato.

<sup>60</sup> O CNS, presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, tinha a seguinte composição: Ministério da Educação; Ministério do Trabalho e da Previdência Social; Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento; Ministério da Ação Social; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Confederação Nacional da Agricultura (CNA); Confederação Nacional do Comércio (CNC); Confederação Nacional da Indústria (CNI); Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); dois representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM); um representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FNM); dois representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde; dois representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área da saúde: Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil; cinco representantes de entidades representativas de portadores de patologias; e três representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.

(público e privado). Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. Esta composição foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde. É importante destacar que o CNS tinha o ministro da Saúde como presidente nato do Conselho.

A aprovação da Resolução n.º 33 do Conselho Nacional de Saúde, em 1992, reafirmando a paridade na composição dos Conselhos de Saúde, trouxe aos conselheiros nacionais a convicção de que essa legislação também deveria orientar a composição do CNS.

Outro aspecto que cabe ressaltar foi a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1992, dois anos depois do previsto. Ao tomar posse, o novo ministro da saúde, Adib Jatene, comprometeu-se com a realização da Conferência. A 9ª Conferência com o tema central “Saúde: Municipalização é o Caminho” e com os sub-temas: “A implementação do SUS”, “Controle Social no Sistema”, “Democratizar as informações” e “Financiamento” teve como características principais: a defesa do SUS e do impeachment do Presidente da República (Bravo & Matos, 2001; Escorel & Bloch, 2005).

O governo Itamar Franco (1992-1994), após o impeachment de Collor, significou um intervalo no avanço do projeto neoliberal. Na saúde, esta gestão teve dois momentos: o primeiro com proposições de fortalecimento do SUS e o segundo com ausência de iniciativas de avanço para o setor saúde. Cabe destacar, neste período, a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a promulgação da Norma Operacional Básica - NOB/ 93<sup>61</sup> (Bravo & Matos, 2001).

Rodriguez Netto (1997) sinaliza o caráter contraditório da composição de forças do governo Itamar:

“No Governo Itamar, se por um lado o Ministério da Saúde tentou retomar a doutrina original do SUS, inclusive extinguindo o INAMPS, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas (...), implodiu olímpica e impunemente o conceito de Seguridade Social e remeteu novamente o Ministério da Saúde à condição de pedinte” (Rodriguez Neto, 1997: 89).

---

<sup>61</sup> A NOB SUS 01/93 estimula o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e conseqüentemente do próprio Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semi-Plena e duas para os estados: Parcial e Semi-Plena, além das Comissões Intergestores Bipartite - CIB e Tripartite - CIT, como foros permanentes de negociação e deliberações (<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>).

Fernando Henrique Cardoso venceu as eleições de 1994 e foi reeleito em 1998 iniciando um novo ciclo de radicalização das medidas neoliberais. Os dois grandes projetos do governo FHC foram o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado. Neste período, destacaram-se as seguintes ações: diminuição do papel do Estado na economia; redução dos custos com o funcionalismo público, aposentados e serviços considerados não essenciais; ampliação das privatizações, sob pretexto de diminuir os gastos no orçamento público.

Na saúde, a gestão Cardoso pode ser analisada em duas fases. Na primeira (1995-1996) foi possível perceber que o governo não teve uma intervenção efetiva na política de saúde. Observou-se o esforço do ministro Adib Jatene para aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que foi discutida na 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Segundo Paim (2008), os avanços em relação a Reforma Sanitária consistiram na institucionalização de formas de participação, com a ampliação dos conselhos de saúde e das plenárias. De acordo com Faleiros et al. (2006), até a Plenária Nacional de Saúde - que significava um espaço de possibilidades para o exercício da contra-hegemonia - interrompeu as suas atividades em 1995, sendo substituída pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, criada no Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 25 de abril do mesmo ano, em Salvador.

Na perspectiva de articular os representantes dos trabalhadores no Conselho Nacional de Saúde foi criado, em 1994, o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS). O FENTAS é um fórum de articulação e deliberação política em defesa do Sistema Único de Saúde e de discussão democrática sobre questões pautadas no Conselho Nacional de Saúde no sentido de subsidiar e defender a posição do fórum no CNS. Neste fórum nacional participam entidades<sup>62</sup> representativas de trabalhadores de saúde, nas diversas formas de organização: associações e federações nacionais de categoria, conselhos

---

<sup>62</sup> As entidades que compõem o FENTAS são: ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem; ABENFAR - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico; ABENFISIO - Associação Brasileira em Fisioterapia; ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; ABO - Associação Brasileira de Odontologia; ABRATO - Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais; ANSEVS - Associação Nacional dos Servidores das Agências Nacional de Regulação; ASBRAN - Associação Brasileira de Nutrição; CFBio - Conselho Federal de Biologia; CFESS - Conselho Federal de Serviço Social; CFF - Conselho Federal de Farmácia; CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia; CFMV - Conselho Federal de Medicina Veterinária; CFN - Conselho Federal de Nutrição; CFO - Conselho Federal de Odontologia; CFP - Conselho Federal de Psicologia; CNTS - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde; CNTSS - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; CONFED - Conselho Federal de Educação Física; CONFETAM - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal; CONTER - Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia; FASUBRA - Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das universidades Públicas Federais; FEIFAR - Federação Interestadual dos Farmacêuticos; FENAFAR - Federação Nacional dos Farmacêuticos; FENAFITO - Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais; FENAPSI - Federação Nacional dos Psicólogos; FENAS - Federação Nacional dos Assistentes Sociais; FIO - Federação Interestadual dos Odontologistas; FNE - Federação Nacional dos Enfermeiros; UNASUS - União Nacional dos Auditores do SUS (Relatório de Atividade CFESS - 2009 - <http://www.cfess.org.br>).

federais de fiscalização do exercício profissional e confederações nacionais de trabalhadores. Este fórum atua através de participação em audiências, frentes de lutas, eventos relacionados a saúde e reuniões mensais, que antecedem as reuniões do CNS para análise dos pontos de discussão colocados no Conselho, nas suas Comissões, Conferências, e debate dos participantes.

Observa-se o protagonismo político de representantes do FENTAS no sentido de assumir a direção política do Conselho. O SUS e seus princípios continuam integrando o conjunto de suas propostas, acrescentando a eles a defesa da provisão exclusivamente pública de serviços e dos interesses de categorias de profissionais e de trabalhadores da saúde, não médicos, em oposição a entidades que integram o Fentas que lutam pelos interesses da categoria médica<sup>63</sup> (Côrtes et al, 2009).

Em 1996, foi realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” e seis sub-temas: “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”; “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”; “Controle Social na Saúde”; “Financiamento da Saúde”; “Recursos Humanos para a Saúde” e “Atenção Integral à Saúde”. Esta Conferência apesar da ampla participação da sociedade civil só contou com a presença do Ministro da Saúde, pois os demais representantes do governo convidados não participaram da Conferência. O Relatório Final da 10ª Conferência apresentou um anexo com as deliberações sobre a Norma Operacional Básica (NOB) 96<sup>64</sup> (Escorel & Bloch, 2005).

“A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, representou uma oportunidade para as entidades e 1.400 delegados, reunidos na Plenária denunciarem o desmonte da máquina pública e exigirem a manutenção da Seguridade Social” (Paim, 2008: 208).

Na segunda fase (1996-2002) do governo FHC, há a elaboração de propostas para a saúde contrárias ao SUS. Este período compreendeu a gestão dos seguintes ministros: José Carlos Seixas, Carlos César Albuquerque e José Serra. A entrada do

---

<sup>63</sup> Em maio de 2009, as entidades médicas comunicaram a sua saída do FENTAS em função da discordância do fórum em acatar a proposta governamental de vaga cativa para as entidades médicas no CNS. A título de registro, eram três as entidades médicas filiadas ao FENTAS: AMB - Associação Médica Brasileira; CFM - Conselho Federal de Medicina e FENAM - Federação Nacional dos Médicos (Relatório de Atividade CFESS – 2009 - <http://www.cfess.org.br>).

<sup>64</sup> “Esta NOB foi ponto de discussão e polêmica durante a conferência. A principal crítica foi ao fato de ter sido publicada às vésperas da conferência, impossibilitando que suas propostas fossem incorporadas. Desse modo, a 10ª CNS determinou um prazo de sessenta dias para que a NOB fosse revista e as deliberações da 10ª CNS fossem a ela incorporadas. A nova versão da NOB 96 foi então republicada em novembro de 1996 no Diário Oficial, entretanto em vigor em maio de 1997” (Correia, 2000 *apud* Escorel e Bloch, 2005:106).

ministro Serra teve como objetivo ajustar a política de saúde à proposta de Reforma do Estado<sup>65</sup>.

A “contra-reforma”<sup>66</sup> do Estado defendida pelo governo FHC, segundo o próprio discurso, teve como objetivo

“um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a superar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado, a redução do grau de interferência do mesmo, o aumento da governança e da governabilidade” (Bravo & Matos, 2001: 206).

Sendo assim, de acordo com a Reforma Administrativa Gerencial

“o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que possam ser controladas pelo mercado. Consiste na generalização da privatização, publicização dos serviços de saúde, educação e cultura, tornando possível ao Estado abandonar o papel executor desses serviços” (Bravo, 1999: 33).

O Ministro da Administração e Reforma do Estado, Bresser Pereira, defendia a “flexibilização do SUS”, isto é, a descentralização do SUS e a “competição administrada” entre os fornecedores de serviços de saúde com o seguinte argumento:

“Com a implantação desse novo sistema de administração do SUS ficará demonstrada mais uma vez uma idéia fundamental: para melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro, sem dúvida, os recursos são escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de gerir. (...) O aumento da autonomia dos administradores hospitalares, no caso dos hospitais estatais, só será viável através do projeto que prevê

---

<sup>65</sup> O termo reforma está sendo empregado face a sua utilização por diversos autores e por órgãos oficiais. Entretanto, considera-se que a denominação mais adequada é “contra-reforma”, pois as mesmas vão na direção de supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas. Para maior aprofundamento, vide Behring (2003).

<sup>66</sup> A “contra-reforma” do Estado pretende modernizar e racionalizar as atividades estatais, redefinidas e distribuídas em quatro setores: o *núcleo estratégico*, composto pelo legislativo, presidência e cúpula dos ministérios; as *atividades exclusivas do Estado* que são as ações de regulamentar, fiscalizar, regular, policiar, fomentar e definir políticas; a *produção de bens e serviços para o mercado*, que é composto por empresas que não cumprem papel estratégico e, portanto, devem ser privatizadas; os *serviços não-exclusivos ou competitivos do Estado*, isto é, aqueles que podem ser realizados por instituições não-estatais (organizações não-governamentais - ONGs), na qualidade de prestadoras de serviço. O Estado pode prover tais serviços, mas não os executa diretamente, nem executa uma política reguladora dessa prestação. Nesses serviços estão incluídas a educação, a saúde, a cultura e as utilidades públicas, entendidas como “organizações sociais” prestadoras de serviço que celebram “contratos de gestão” com o Estado (Bresser Pereira, 1996). Essa reforma atinge o setor saúde no quarto item relativo aos *serviços não-exclusivos ou competitivos do Estado*. A proposta de reforma para este setor está voltada para a assistência ambulatorial e hospitalar, destacando-se três ações: descentralização mais rápida, mantendo as três modalidades de municipalização da saúde-incipiente, parcial e simplena; “a montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas. O primeiro denominado subsistema de entrada e controle, em que a porta de entrada seriam os postos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF) (...) O segundo, intitulado subsistema de referência ambulatorial e especializada, seria formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais - futuramente Organizações Sociais -, públicos não-estatais e privados). As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto”; “montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS, que controlará despesas, avaliará qualidade, irá gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos. Pretende-se que esses dados fiquem disponíveis em rede, possibilitando, assim, o controle da execução dos recursos” (Bravo & Matos, 2001: 208-209). Os pontos importantes da “contra-reforma” do Estado para o setor saúde estão presentes na Norma Operacional Básica (NOB/96), ao propor a divisão do SUS em dois subsistemas (o básico e o hospitalar) rompendo com o conceito de integralidade na saúde e enfatizando a criação de programas que tendem a focalização (ex: os Programas de Saúde da Família- PSF e Agentes Comunitários de Saúde (PACS)).

sua transformação em organizações públicas não estatais (organizações sociais)” (Bresser Pereira, 1997: 19).

O Ministro da Saúde, José Serra, nomeado em 1998, foi um dos principais protagonistas do avanço do projeto privatista na saúde. Com a nomeação do Ministro as funções da regulamentação de responsabilidade da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda, passa para o Ministério da Saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde se transformou em um setor combativo capaz de enfrentar a poderosa indústria farmacêutica, com a normatização dos medicamentos genéricos, e as empresas de planos e seguros de saúde, adquirindo o apoio da mídia e da opinião pública. Em 1999, como previsto no Plano Diretor da Reforma do Estado, foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituições dotadas de autonomia orçamentária e decisória, expressando a ampliação das ações do Ministério da Saúde da esfera pública para o mercado (Bravo & Matos, 2001).

Quanto ao Conselho Nacional de Saúde, em 1998, foi aprovada uma recomposição, que ainda não atendia a todos os anseios dos membros do Conselho, mas ampliava significativamente a participação dos trabalhadores de saúde a fim de cumprir a Resolução nº 33. A proposta ficou paralisada por esboçar divergências e não foi reaberta a discussão.

Em 2000, aconteceu a 11ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. Esta Conferência em função da abrangência temática, da metodologia adotada, entre outras questões, “produziu um relatório de difícil consolidação e sem que qualquer aspecto ou deliberações preponderasse sobre os demais como idéias-síntese da 11ª CNS” (Escorel e Bloch, 2005: 109).

Em 2002, o Conselho Nacional de Saúde tinha como composição 32 conselheiros titulares: seis representantes do governo federal, dois dos gestores estaduais e municipais, representantes da categoria médica e de outros profissionais de saúde, os prestadores de serviços de saúde tinham três vagas e os usuários ocupavam a metade das vagas (16 vagas) (Escorel & Moreira, 2008).

Em termos de balanço da política de saúde, nos anos 1990 e início dos anos 2000, aponta-se que



“apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde/ Lei 8.080/ 90 e 8.142/ 90), (...) passa por momentos distintos em relação à reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionadas pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatização visando consolidar uma contra-reforma na saúde” (Bravo & Matos, 2001: 197-198).

Com relação ao Conselho Nacional de Saúde, nesse período, este foi “recriado” com ampla representação social, com caráter permanente e deliberativo.

A partir da década de 1990, Gonzáles (2000) aponta os seguintes aspectos de inovação do conselho: o poder deliberativo e a autonomia na representação. Com relação ao poder deliberativo, isto significa que as decisões teriam força para vincular os chefes do poder executivo. Entretanto, o autor destaca a limitação da prática concreta do poder de deliberação. Quanto a autonomia na representação, ou seja, a representação externa ao Estado seria constituída de entidades não-governamentais, possuidoras de mandato por tempo determinado, sendo a substituição dos membros de competência das respectivas instituições, e não por indicação do executivo.

O estudo realizado por Correia (2005b) sobre esta instância de controle social, no referido contexto, destaca que o sentido predominante do CNS foi de defesa do SUS e de seus princípios. A atuação do Conselho contribuiu para inibir, ou mesmo evitar a implementação de recomendações contrárias a política nacional de saúde, tais como: a quebra do caráter universal do acesso aos serviços de saúde na forma de lei; a propagação das experiências de flexibilização administrativas com o repasse da gestão da saúde para Organizações Sociais ou Cooperativas que tendem à privatização deste setor; o duplo acesso aos hospitais públicos (público e privado); o co-pagamento quebrando o caráter público dos serviços de saúde estatais; a transformação da FUNASA em Agência Executiva Autônoma, que caracterizaria o repasse das funções executoras do Ministério da Saúde para uma esfera não estatal. Estes posicionamentos foram impulsionados e apoiados pelas Conferências Nacionais de Saúde e pelos Encontros e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, nos quais o Conselho Nacional de Saúde esteve presente na mobilização e na organização. A autora destaca, por outro lado, que apesar da importante atuação do CNS, este teve limites, pois não conseguiu influenciar de

forma incisiva no modelo de assistência à saúde implementado<sup>67</sup>, nem tão pouco influenciou na determinação do montante de recursos destinados à saúde.

A partir de 2003, no contexto do governo Lula<sup>68</sup>, algumas mudanças significativas ocorrem no Conselho Nacional de Saúde. Segundo Côrtes et al (2009), foi nesse período que

“desapareceram os conselheiros de ‘notório saber’ indicados pelo Ministro da Saúde. Desse modo, extinguiu-se uma tradição que persistia desde a criação do primeiro Conselho Nacional de Saúde, ao mesmo tempo em que o novo Conselho se consolidava como um espaço público em que interesses sociais organizados eram representados” (Côrtes et al, 2009: 57).

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua centésima trigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro, aprovou a Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, que define as *“Diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”*. Esta resolução reafirma a paridade proposta pela Resolução nº 33 de 1992, definindo a seguinte composição para os Conselhos de Saúde: 50% usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% gestores e prestadores de serviço. Outro aspecto ressaltado são as competências dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, definidas nas leis federais e indicadas nas Conferências de Saúde<sup>69</sup>.

---

<sup>67</sup> No modelo de assistência à saúde implementado ocorre um processo de universalização da atenção básica e de “racionalização” dos demais níveis de atenção, através da seletividade e focalização da assistência à saúde. Isto aconteceu apesar do posicionamento do CNS em defesa de uma ampliação da atenção básica articulada à média e à alta complexidade, respeitando os princípios de universalidade e integralidade do SUS (Correia, 2005b).

<sup>68</sup> A caracterização do Governo Lula será realizada no próximo capítulo que pretende analisar o papel do Conselho Nacional de Saúde nesse período.

<sup>69</sup> I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento; III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar; VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados; VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde; VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS; X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS; XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; XIII - Propor critérios para a programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos; XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde; XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras ; XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos; XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde; XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente; XIX - Estimular a articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde ; XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde; XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação; XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social; XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS; XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde tem por finalidade, definida no Art. 2º do seu Regimento Interno, atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

Destaca-se como atribuições e competências:

- Deliberar sobre: formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- Manifestar sobre a Política Nacional de Saúde;
- Decidir sobre: planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais de Saúde; divergências levantadas pelos conselhos estaduais e municipais de saúde, bem como por órgãos de representação na área da Saúde; credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas com seres humanos;
- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal;
- Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio;
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país;
- Propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

- Fortalecer a participação e o controle social no SUS.

Em 2006, com o decreto 5.839, ocorreu uma nova reforma na composição do Conselho, que passou a contar com 48 conselheiros titulares. Neste mesmo ano, pela primeira vez, foi eleito o presidente do Conselho, que representa o segmento dos trabalhadores da saúde<sup>70</sup>. Cabe destacar que o presidente eleito e os membros da Mesa Diretora cumprirá mandato de um ano, permitidas reeleições, desde que observado o prazo de três anos. O mandato dos conselheiros nacionais de saúde ficou definido em três anos, permitida apenas uma recondução tanto para os representantes titulares quanto para os suplentes.

Entre 1990 e 2006, do ponto de vista legal, as funções do Conselho permaneceram as mesmas, mas sua composição e seu papel na arena de decisão política da área se alteraram *pari passu* ao processo de democratização da sociedade brasileira. Nesta direção, cresce o número de conselheiros oriundos de organizações da sociedade civil, principalmente das organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologia ou deficiência; e de associações comunitárias e movimentos sociais. E, por outro lado, diminuiu a participação dos representantes governamentais e de mercado<sup>71</sup> (Côrtes et al, 2009).

Em março de 2010, os 48 conselheiros titulares<sup>72</sup> estão distribuídos da seguinte forma:

- 24 entidades e movimentos sociais de usuários do SUS (União Brasileira de Cegos – UBC; Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares;

---

<sup>70</sup> O presidente do Conselho Nacional de Saúde eleito foi o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS) e venceu com 76% dos votos (Radis 53). O Conselho Nacional de Saúde reelegeu Francisco Batista Júnior presidente, para o biênio 2007/2009. Ele foi reeleito com 93% dos votos dos conselheiros, de um total de 40, dos 43 conselheiros presentes ([www.cntsscut.org.br](http://www.cntsscut.org.br)). O CNS, por meio da Resolução nº 424, de 13 de agosto de 2009, aprovou o regimento eleitoral para escolha dos seus novos membros para a gestão 2009/2012. Francisco Batista Júnior foi eleito novamente presidente do CNS, em um pleito disputado com a representante do segmento dos usuários pela Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), Jurema Pinto Werneck.

<sup>71</sup> A redução de representantes dos gestores na composição do conselho, no período de 1990 a 2006, e o crescimento do número de representantes de entidades da sociedade civil podem estar relacionados às mudanças no desenho institucional do sistema com a institucionalização das comissões intergestoras. As Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites, respectivamente, são compostas por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), no caso da primeira, e por representantes das secretarias estaduais de Saúde e dos secretários ou dirigentes municipais de Saúde, no caso das segundas (Brasil, 1993). Nessas comissões, a partir da segunda metade de 1990, são discutidas a maior parte das questões relativas ao financiamento, descentralização da estrutura gestora do SUS e estruturação e funcionamento do sistema de saúde (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

<sup>72</sup> Os conselheiros titulares e suplentes e as entidades que representam para o triênio 2009/2012, foram eleitos em 25 de novembro de 2009. A representação dos órgãos, das entidades e dos movimentos sociais inclui um membro titular e primeiro e segundo suplentes, vinculados, ainda que não sejam da mesma entidade ou órgão. Dessa forma, são 48 conselheiros titulares e 96 suplentes (divididos em primeiro e segundo suplentes). A tabela com a listagem de entidades eleitas para o Conselho Nacional de Saúde, triênio 2009/2012, encontra-se em anexo. Encontra-se também em anexo a relação dos conselheiros e entidades dos períodos anteriores (2003/2006) e (2006/2009).

Associação Brasileira de Autismo – ABRA; Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - FENACELBRA; Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; Associação de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Panamericana – CEPAMIGOS; Central Única dos Trabalhadores – CUT; Força Sindical - FS; Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down - FBASD; Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena - FOPRECONDISI; Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Central de Movimentos Populares - CMP/Nacional; Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; União Nacional dos Estudantes – UNE);

- *12 entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica* (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO; Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; Conselho Federal de Farmácia – CFF; Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFA; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT; Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; Associação Brasileira de Odontologia - ABO);
- *2 entidades prestadoras de serviço* (Federação Nacional de Saúde Suplementar e Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços);

- *2 entidades empresariais* (Confederação Nacional da Indústria – CNI; Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC);
- *6 gestores federais; 1 estadual e 1 municipal* (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 3 representantes do Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego).

O Conselho Nacional de Saúde, conforme já explicitado, é um espaço em que se delibera acerca da Política Nacional de Saúde, a partir do que se discute nas reuniões. Desse modo, a periodicidade das reuniões é a garantia de que as discussões das questões levadas terão continuidade. Da mesma forma, se possibilita a implementação das deliberações e, caso estas não sejam postas em prática pelo poder público, o conselho irá pensar em estratégias para cobrar o seu cumprimento.

Partindo-se do entendimento dos conselhos pautando-se na concepção que os analisa como espaço de disputa, as reuniões são um momento de debate de projetos, em que se define a direção política desse fórum. Além disso, constituem-se em espaço de luta para que as demandas das entidades representadas sejam consideradas, sem se afastar do interesse coletivo.

De acordo com o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, no Art. 15, a periodicidade das reuniões são mensais, isto é, os encontros acontecem ordinariamente doze vezes por ano e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou por deliberação do Plenário, a requerimento de qualquer Conselheiro. Em geral as reuniões duram dois dias, nos turnos da manhã e da tarde, mas dependendo da urgência para debater e votar determinados temas, a reunião poderia se estender por um terceiro dia.

No que se refere as deliberações do Conselho Nacional de Saúde, é considerado o quórum estabelecido que é de maioria absoluta, conforme explicita o regimento interno. Estas deliberações se dão através de *Resoluções* homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde sempre que se reportarem a responsabilidade legais do Conselho; *Recomendações* sobre tema que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a sujeitos institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;

*Moções* que expressam o juízo do Conselho com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição (Correia, 2005b).

Em termos de organização administrativo-funcional, o Conselho é composto pelas seguintes instâncias: o *Plenário*; a *Mesa Diretora*; a *Secretaria Executiva*; as *Comissões* e os *Grupos de Trabalho*<sup>73</sup>.

O Plenário é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias.

A Mesa Diretora, segundo o Art. 9º do Regimento Interno do CNS, observará, no desenvolvimento do seu trabalho, os seguintes princípios e diretrizes: o exercício da democracia, da transparência, da cooperação, da solidariedade, do respeito às diferenças e diferentes na busca da equidade; a valorização do Conselho Nacional de Saúde para o fortalecimento e a integração do Controle Social nas três instâncias de governo, observando padrões éticos necessários ao desenvolvimento sociocultural do País; e o respeito e o fortalecimento aos princípios e diretrizes norteadores do SUS.

A composição da Mesa Diretora é paritária, por oito Conselheiros, incluído o Presidente do CNS. Tem como competência articular junto ao Poder Executivo as condições necessárias para o pleno funcionamento do CNS, incluindo a execução do planejamento e o monitoramento das ações. Para tal é sua atribuição promover articulações políticas com órgãos/instituições, com vistas a garantir a intersetorialidade do controle social e a articulação com outros conselhos de políticas públicas, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento da participação da sociedade na formulação, na implementação e no controle das políticas públicas. Suas reuniões mensais são previstas para ocorrer na semana seguinte ao Pleno do CNS (Relatório de Atividade CFESS – 2008- <http://www.cfess.org.br>).

A Secretaria Executiva, diretamente subordinada ao presidente do Conselho e funcionalmente vinculada ao gabinete do ministro da saúde, tem a função de promover o necessário apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais.

---

<sup>73</sup> O Conselho contou até setembro de 2006 com a Comissão de Coordenação Geral. Esta Comissão, composta por três conselheiros indicados pelo plenário, tinha a finalidade de acompanhar as atividades da Secretaria Executiva, sendo responsável também pela organização das pautas das reuniões plenárias. Em geral, o coordenador da Secretaria Executiva participava das reuniões da comissão (Silva et al, 2009). Esta Comissão foi substituída pela Mesa Diretora.

Os Grupos de Trabalho são instituídos pelo Plenário para fornecer subsídios de ordem técnica, administrativa, econômica, financeira e jurídica ao Conselho ou às Comissões. Esses Grupos de Trabalho contam com no máximo cinco membros, não são necessariamente conselheiros, e são transitórios, com vigência predeterminada (Silva et al, 2009).

As Comissões Intersetoriais Permanente do Conselho Nacional de Saúde, constituídas pela Lei nº 8.080/90, são organismos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva inclusive áreas que não compreendidas no âmbito do SUS. São compostas por conselheiros nacionais e tem como objetivo assessorar o pleno do CNS, fornecendo subsídios de discussão para deliberar sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde. As Comissões e grupos de trabalho não são deliberativos, nem normatizadores. Seu papel consiste em discutir e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse do Sistema Único de Saúde, como também submetem ao pleno do CNS as suas recomendações. As comissões, atualmente, no Regimento Interno do CNS são<sup>74</sup>:

- Comissão Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Jovem - CIASAJ;
- Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN;
- Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica - CIAF;
- Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia - CICT;
- Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS;
- Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS - CIEPCSS;
- Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase - CIEH;
- Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis - CISPLGBT;
- Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias - CIPP;
- Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - CIPICSUS;
- Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH;
- Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente - CISAMA;

---

<sup>74</sup> Cabe ressaltar que algumas Comissões ainda estão em construção.



- Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB;
- Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU;
- Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência - CISPD;
- Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra - CISPNI;
- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST;
- Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI;
- Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM;
- Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF;
- Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso - CIPSI;
- Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência - CIPTV;
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP;
- Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento - COFIN;
- Comissão Permanente de Saúde Suplementar - CPSS; e
- Comissão Permanente para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS - CAPDA.

Outra instância do Conselho é a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Foi criada em 05 de maio de 1993, através da resolução nº 52 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), homologada pelo Ministro da Saúde. Após algumas reuniões esporádicas a Mesa não teve continuidade. Em 1997, a Mesa de Negociação foi reinstalada a partir da Resolução nº 299 do CNS, porém com funcionamento irregular, interrompeu novamente suas atividades. Por fim, foi reativada em 2003, desta vez com uma nova composição e denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, através de resolução do Conselho Nacional de Saúde, mais uma vez homologada pelo Ministro da Saúde. A Mesa é um fórum paritário de negociação permanente, envolvendo gestores federal, estaduais e municipais, entidades dos empregadores privados e entidades dos trabalhadores do SUS. Seu principal papel é ajudar a dirimir os conflitos inerentes as relações de trabalho<sup>75</sup>.

---

<sup>75</sup> A criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS insere-se em um contexto de democratização das relações de trabalho no Estado, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS. Esta vem atender a uma reivindicação histórica dos trabalhadores, uma vez que possibilita a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde. Dentre seus principais objetivos destacam-se: Instituir processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados a fim de debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde, visando à melhoria e à qualidade dos serviços em saúde; Contribuir para o pleno funcionamento do SUS;

Cabe destacar que, muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos, decorre da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialistas, de cooptação da população, populistas e clientelistas. Estas características são decorrentes do autoritarismo do Estado brasileiro, da distância da sociedade civil organizada dos partidos e da desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura provocada pelas alterações na forma de produção e gestão do trabalho frente as novas exigências do mercado oligopolizado (Bravo, 2006).

Diante de todas as reflexões que explicitam os limites desses espaços para uma participação efetiva, considera-se que esses mecanismos precisam ser fortalecidos, sendo importantes na luta contra-hegemônica, no processo de democratização do espaço público e de mudança da cultura política brasileira.

Nos anos 2000, com o início do governo Lula, o que se identificou em termos de avanços, de maneira geral, foi a reafirmação da paridade com a aprovação da Resolução nº 333 de 2003 e a eleição do presidente do Conselho, passando o Ministro da Saúde a não ser mais o seu presidente nato. Por outro lado, muitas vezes as decisões e deliberações do Conselho não são consideradas. Uma das estratégias de esvaziamento da atuação do conselho de saúde se dá pela utilização do “discurso tecnicista como contra-argumento frente uma ação cívica de defesa da saúde e de questionamento ao direcionamento adotado pela política pública de saúde” (Moraes et. al., 2009: 884). Estas questões serão aprofundadas no próximo capítulo.

---

Negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS; Pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e NOB-RH; Pactuar condições apropriadas para instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS; Estimular a implantação de Mesas de Negociação Permanentes nos Estados e Municípios (<http://portal.saude.gov.br>).

## **Capítulo 3) O Conselho Nacional de Saúde no Governo Lula**

Este capítulo tem como objetivo analisar o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no governo Lula, procurando identificar impasses e desafios para o aprofundamento e expansão da participação social em saúde. Pretende-se sinalizar os temas que geram tensões e coalizões entre os segmentos que compõe o conselho e as estratégias para enfrentar os limites impostos na atualidade.

Para analisar a atuação do Conselho Nacional de Saúde, na atualidade, será preciso recorrer aos documentos produzidos por esse conselho no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008, totalizando: 78 Atas<sup>76</sup>, 6 Deliberações, 74 Resoluções, 102 Recomendações e 25 Moções. O estudo desses documentos apontará a direção da agenda de proposições dessa instância deliberativa e a atuação deste Conselho frente à política nacional de saúde.

### ***3.1. Caracterização Geral das Políticas Sociais no Governo Lula***<sup>77</sup>

Definimos como recorte temporal para analisar a documentação produzida pelo CNS o primeiro mandato do governo Lula (2003 a 2006) e parte do segundo mandato (2007 a 2008). A escolha desse período se justifica por se tratar de um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (Braz, 2004: 49). A consagração eleitoral pode ser considerada como o resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990, vencendo o projeto que não representava, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de

---

<sup>76</sup> As reuniões são regulares no Conselho, acontecem um vez por mês, tendo uma média anual de 12 reuniões ordinárias. No período estudado, aconteceram 12 reuniões extraordinárias para tratar de algum assunto específico ou agenda pendente do CNS. Com relação as reuniões ordinárias, ocorreram 12 por ano, com exceção dos anos 2003 e 2006. A relação das atas estudadas com as respectivas datas de realização das reuniões encontra-se em anexo.

<sup>77</sup> Este item está baseado em Bravo & Menezes (2008).

ajuste. Não se esperava transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

A legitimidade expressa nas urnas, para “exercer um governo orientado para mudar o Brasil numa direção democrático-popular” (Netto, 2004: 13) e para uma política econômica direcionada ao mercado interno de massas, articulada a uma política social mais ousada (Behring, 2004), não foi levada em consideração.

A análise realizada por Behring (2004), explicita que no plano econômico todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC estão sendo mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário, a desvinculação de receitas da união (DRU)<sup>78</sup>, taxas de juros paramentadas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública e o aumento da arrecadação da União.

Essas orientações econômicas têm impactos nas políticas sociais. De acordo com Soares (2004), a tese central do governo é que a solução não está na expansão do gasto social, e sim na focalização. Continua-se com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada.

Para Marques & Mendes (2005), as políticas sociais no governo Lula estão estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero que ficou basicamente concentrado no programa Bolsa-Família; o segundo a contra-reforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

A ação mais importante na área social é o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003, com o desafio de combater a miséria e a desigualdade social, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários.

Oliveira (2007), inspirado no pensamento de Gramsci, vê no Bolsa Família a base do que ele denomina de “hegemonia às avessas”, construída durante o governo Lula:

"A classe dominante aceitou ceder aos dominados o discurso político, desde que os fundamentos da dominação que exerce não sejam questionados". Essa hegemonia é exercida num contexto no qual “Lula converteu-se num mito, e o mito é antipolítico por excelência. Ele se coloca acima das classes, dos conflitos. (...) Você derrota a poderosa discriminação social brasileira, derrota o preconceito de classe (...), para

---

<sup>78</sup> Esta desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento de dívida pública.

que? Para governar para os ricos. E os ricos consentem, desde que os fundamentos da exploração não sejam postos em xeque”.

Apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família não se constitui um direito, pois trata-se de uma política de governo, fruto de uma decisão do executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinto a qualquer momento. Ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, mas é preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais. Isto é, no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida como um direito. E, o seu avanço, não abandonaria a ideia de universalização das políticas sociais, ou seja, “não seria acompanhado com a implantação de um ‘Estado mínimo’ nos outros ramos da proteção social”<sup>79</sup> (Marques & Mendes, 2005: 169).

A contra-reforma da Previdência Social ocorrida no governo Lula realizou, no âmbito do serviço público, ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão FHC<sup>80</sup>. Há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital. Granemann (2004) destaca que a especulação financeira promovida pelos fundos de pensão atinge o Estado por meio dos investimentos em renda fixa que têm como importantes fontes de suas aplicações os títulos públicos. A autora ressalta ainda que essas medidas “nos reservam como futuro, uma necessidade inarredável de endividamento público, posto que partes significativas das contribuições previdenciárias da força de trabalho estatal e privada foram cedidas aos fundos de pensão e às previdências abertas” (2004: 32). Nesta perspectiva, o endividamento estatal é agravado e a emissão de títulos públicos é colocada como solução e dentre seus compradores estão os fundos de pensão. Dessa forma, as

---

<sup>79</sup> O governo tem como proposta eliminar da Constituição de 1988 os preceitos constitucionais que obrigam a União, os Estados e os Municípios a gastarem um percentual dos recursos arrecadados para os setores de educação e saúde. “Ao propor mudanças dessa ordem, o governo Lula tem a intenção de colocar em marcha um movimento duplo com relação ao orçamento. O primeiro consistiria na desvinculação propriamente dita dos recursos destinados para os gastos sociais em saúde e educação. O segundo movimento diz respeito ao uso que seria feito dos recursos assim liberados: além de engrossarem o pagamento da dívida externa, poderiam ser destinados à realização de investimentos, provavelmente dentro do espírito do projeto Parceria Público Privado (PPP) (Marques & Mendes, 2005: 168). Dessa forma, o Estado seria responsável por garantir políticas assistencialistas para os pobres e para os demais a opção seria o mercado.

<sup>80</sup> “Direitos como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados foram subtraídos dos trabalhadores; em seu lugar novos deveres: contribuição previdenciária para os já aposentados, aumento do tempo de trabalho e de idade mínima para acesso ao direito de aposentadoria” (Granemann, 2004: 30-31).

contra-reformas do Estado que tinham como objetivo solucionar as crises fiscais, são os seus principais elementos geradores.

Em síntese, a contra-reforma previdenciária do governo Lula “caracteriza-se por ser antidemocrática, anti-republicana e ainda por promover uma redistribuição de renda às avessas, entre os servidores e o capital financeiro” (Marques & Mendes, 2005: 150-151)<sup>81</sup>.

Em 2009, no segundo mandato, o governo apresentou à Câmara dos Deputados a proposta de Reforma Tributária (Projeto de Emenda Constitucional - PEC 233/08) na qual propõe profundas alterações no sistema tributário nacional, com vistas à sua simplificação e desburocratização, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica. Tal proposta traz graves conseqüências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), Educação e Trabalho<sup>82</sup>.

Esse projeto, se aprovado na forma atual, subtrai recursos e quebra salvaguardas constitucionais de benefícios e programas sociais e serviços públicos, atualmente protegidos pelo art. 195 da Constituição Federal de 1988. Desconstruída a capacidade de financiamento da Seguridade Social, a construção e a efetividade de direitos declarados em várias partes do texto constitucional ficam inviabilizadas.

A Reforma Tributária não interessa somente aos setores representativos do empresariado nacional ou aos governadores e prefeitos. É um tema que interessa a toda a sociedade. A carga tributária, o financiamento do Estado, os tributos recolhidos incidem sobre toda a população, 2/3 das receitas arrecadadas advêm de tributação sobre consumo e sobre a renda dos trabalhadores.

Nessa direção, segundo Salvador (2007), a construção de uma tributação mais justa e redistributiva no país passa pela recuperação e reafirmação de princípios, já existentes na Constituição Brasileira. Os princípios são o da

---

<sup>81</sup> Os autores fazem referência a Francisco de Oliveira que caracterizou desta forma a proposta de reforma de Lula em Seminário realizado, em 15 de agosto de 2003, em São Paulo.

<sup>82</sup> O projeto de contra-reforma tributária extingue as contribuições sociais e incorpora esses recursos a impostos. A Seguridade Social perderia essas fontes vinculadas e de uso exclusivo, em troca da receita de uma fração da arrecadação desses novos impostos. Assim, as políticas sociais deixariam de contar com recursos exclusivos e passariam a disputar no orçamento fiscal recursos com os governadores e prefeitos, Forças Armadas e dos Poderes, enfrentando ainda forte pressão de setores empresariais pelo aumento dos gastos com investimentos em infra-estrutura ou por maior desoneração tributária. Além disso, 1/3 do orçamento fiscal é destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida, que não passa por qualquer auditoria. Sem as contribuições sociais a prioridade de praticamente todos os gastos públicos fica nivelada.

capacidade contributiva – requisito essencial para o critério de justiça fiscal – que, associado aos princípios da progressividade e da seletividade, tende a assegurar uma tributação proporcionalmente maior para quem auferir rendimentos mais elevados, detém maior patrimônio e consome produtos menos essenciais. Dessa forma, os tributos diretos que incidem sobre a renda e o patrimônio são os que melhor atendem esse requisito. Por outro lado, os tributos indiretos que incidem sobre bens e serviços, acabam afetando a renda de pessoas e famílias que destinam maior parcela de seus ganhos ao consumo.

Cabe ressaltar que as mudanças propostas afetarão profundamente toda a Seguridade Social, colocando em risco as grandes conquistas sociais da Constituição Federal de 1988<sup>83</sup>.

Esse breve balanço das políticas sociais mostra que, apesar de algumas inovações, a agenda da estabilidade fiscal é muito forte e, conseqüentemente, os investimentos são muito reduzidos, não apontando na direção de um outro projeto para o país.

Com relação à participação social, segundo Moroni (2009) houve a ampliação de canais de participação, mas também houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. O autor ressalta que os espaços de participação são vistos pelo Governo Lula como de “interlocução” do governo com representantes da sociedade, e não como espaços de deliberação e controle social.

Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo. Percebe-se também que nos espaços existentes anteriormente, como o Conselho Nacional de Saúde, em muitas vezes, as deliberações não são respeitadas.

No governo Lula foram criados 13 novos Conselhos Nacionais e realizadas 48 Conferências Nacionais até 2008 e três Conferências Internacionais. Segundo dados do governo, ao final do ciclo de conferências nacionais 2003/2008, mais de dois milhões de brasileiros participaram das conferências municipais, regionais estaduais e nacional. Cabe sinalizar que 20 Conferências foram realizadas pela primeira vez. Em 2009, foram realizadas, pela primeira vez, as conferências nacionais de segurança pública e de comunicação (Moroni, 2009).

---

<sup>83</sup> Existem hoje manifestos contrários a proposta de Reforma Tributária (PEC 233/08). Ver os manifestos: “*Manifesto em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob a Ameaça na Reforma Tributária*” e “*Por uma Reforma Tributária Justa*” <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>.

O que se constata é que ocorre uma multiplicidade de espaços de interlocução, mas não há uma política de fortalecimento do sistema descentralizado e participativo e, muito menos, ampliação dos processos democráticos na perspectiva do fortalecimento dos movimentos sociais e das classes subalternas nos processos decisórios. A participação ficou reduzida à estratégia de governabilidade, e não como elemento propulsor e fundante das transformações sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas.

### **3.2. O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde no Governo Lula**

A Política de Saúde é apresentada no programa de governo do primeiro mandato como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. A concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição Federal de 1988. Havia uma expectativa, entretanto, que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde.

No Ministério da Saúde do governo Lula existiram, durante o primeiro mandato, três gestões. O primeiro ministro foi Humberto Costa Lima, que atuou entre janeiro de 2003 e início de julho de 2005. Costa, deputado federal do PT de Pernambuco, foi substituído na segunda reforma ministerial. Entre julho de 2005 e março de 2006, o titular da pasta foi José Saraiva Felipe, deputado federal do PMDB de Minas Gerais. A vaga ocupada por Felipe era uma reivindicação do seu partido. A partir de abril de 2006, assume a gestão do Ministério da Saúde José Agenor Álvares da Silva, pois Saraiva Felipe se afastou para a campanha de sua reeleição a deputado federal. Álvares, técnico da área da saúde, foi nomeado, inicialmente, como ministro interino, mas permaneceu até o início do segundo mandato do governo.

No segundo mandato do governo Lula, foi escolhido para ministro da saúde um sujeito político que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos de 1980, José Gomes Temporão. Temporão assume a pasta da saúde em março de 2007 e permanece até os dias atuais.



A proposta deste trabalho é identificar e discutir a direção política das deliberações efetuadas no Conselho Nacional de Saúde no governo Lula, nas diferentes gestões do Ministério da Saúde.

### **3.2.1. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de Humberto Sérgio Costa Lima**

No período de janeiro de 2003 a julho de 2005, gestão do ministro da saúde Humberto Costa, as ações do Conselho estavam muito voltadas para o início do governo Lula com expectativas em relação à política de saúde e à participação social. Ocorreram, nesse período, 35 reuniões do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovadas: 28 resoluções, 34 recomendações e 4 moções. Das 35 reuniões do CNS, o ministro esteve presente em 25, isto é, 71,5% das reuniões. As ausências eram justificadas por outras atividades que necessitavam de sua presença.

Cabe ressaltar como aspectos de avanço a participação do ministro nas reuniões do Conselho; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde e a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Bravo, 2004).

Nas primeiras reuniões do CNS foram apresentadas as prioridades da nova gestão do Ministério da Saúde, a saber: melhoria do acesso, da qualidade e universalização da saúde; combate à fome; acesso a medicamentos; controle da dengue e outras doenças endêmicas e epidêmicas; atendimento a grupos com necessidades especiais e qualificação dos trabalhadores do SUS. As alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, apresentando os seguintes órgãos componentes: Gabinete do Ministro; Secretaria Executiva; Departamento Nacional de Auditoria do SUS; Consultoria Jurídica; Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Secretaria de Ciência e Tecnologia e de Insumos Estratégicos; Secretaria de Gestão Participativa; Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde<sup>84</sup>. E a proposta de antecipar para o ano de 2003 a 12ª Conferência Nacional

---

<sup>84</sup> O Ministério da Saúde está estruturado nas seguintes Secretarias: **Secretaria Executiva** (SE) que ajuda o Ministro da Saúde na coordenação das atividades das demais Secretarias e entidades vinculadas; **Secretaria de Atenção à Saúde** (SAS) tem

de Saúde que centralizaria as discussões nos avanços e desafios do SUS e poderia oferecer subsídios para elaboração de um Plano Nacional de Saúde para nortear o governo.

A gestão foi muito marcada pela defesa do Ministro ao controle social e do Conselho Nacional de Saúde com relação as ações do Ministério da Saúde. Nesta direção, destaca-se a fala realizada na centésima vigésima nona reunião do CNS (abril de 2003), do conselheiro Artur Custódio M. de Sousa, representante do segmento dos usuários e do Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências, que afirmou que os Conselhos de Saúde integram a democracia representativa no Brasil. Salientou que nos últimos 8 (oito) anos desenvolveu-se uma cultura de resistência nestes espaços de Controle Social, que agora com o novo governo deve sofrer mudança de postura. Disse que, atualmente, havia mais condições de construir Políticas Sociais próximas do que era considerado ideal pela população. Ao relembrar a história recente do CNS, mencionou situações do quase desmonte a que o Conselho foi submetido, inclusive com pressões diretas do ex-ministro José Serra sobre o Plenário, mas que não impediram que fossem geradas medidas, deliberações, encontros, seminários e atividades que demonstram a grande produção do CNS, inclusive em parceria com o Ministério Público.

O discurso do conselheiro aponta para as perspectivas quanto ao início do mandato de Lula e um apoio ao governo. Cabe destacar a importância da autonomia dos movimentos sociais e do Conselho Nacional de Saúde com relação ao governo.

Segundo Filgueiras e Gonçalves (2007), o governo Lula tem representado significativas surpresas. A trajetória histórica do candidato e do PT estão organicamente relacionadas aos movimentos sociais, ao movimento sindical, à Igreja progressista e à esquerda socialista-marxista. Entretanto, fatos e acontecimentos do governo apontam para um “transformismo”<sup>85</sup> promovido por Lula e pelo PT, isto é, “processo de adesão (individual ou coletivo) ao bloco histórico

---

como objetivo participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, garantindo os princípios do SUS; **Secretaria de Vigilância em Saúde** (SVS) fortalece umas das áreas estratégicas do Ministério que são as ações de Vigilância Epidemiológica; **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa** (SGEP) (inicialmente denominada de Secretaria de Gestão Participativa) formula e implementa a política de gestão democrática e participativa; **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** (SGTES) que propõe um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do SUS; **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos** (SCTIE) tem como principais funções a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde ([portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br)). Ressalta-se como importante a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

<sup>85</sup> “Gramsci chamou a atenção para uma importante consequência da revolução passiva: a prática do transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico, um processo que, através da cooptação das lideranças políticas e culturais das classes subalternas, busca excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social” (Coutinho, 2007). O protagonismo de Lula indica uma outra direção, não da transformação social, mas da aliança com setores dominantes.

dominante, por parte de lideranças e/ou organizações políticas dos setores subalternos da sociedade, com o abandono de suas antigas concepções e posições políticas” (2007: 182).

O apoio do Conselho Nacional de Saúde às ações e iniciativas do Ministério da Saúde é muito expressivo na deliberação nº 002/2003, onde reconhece e aprova a atuação do Ministro Humberto Costa e de sua equipe, que têm demonstrado compromisso com o Sistema Único de Saúde e o fortalecimento do Controle Social. Estas ações, segundo o CNS consolidam o SUS e promovem a melhoria da saúde e da qualidade de vida do povo brasileiro, algumas já implementadas e outras em construção.

Pelo expressivo apoio ao governo e ministério da saúde, que significou a deliberação nº 002/2003, esta será citada, integralmente, por eixos temáticos<sup>86</sup>:

#### *Financiamento*

- Reajustes nos repasses de recursos do Governo Federal aos municípios, a fim de melhorar a atenção básica. Estas medidas aprovadas pelo CNS, foram apresentadas à 6ª Marcha de Prefeitos em Brasília, em março de 2003;
- Aprovação do Plano Plurianual e da Lei Orçamentária 2004, as quais o Conselho analisou durante seis meses e aprovou em 26 de agosto de 2003, com firmes orientações ao Governo Federal para cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. Em junho de 2003, o Ministro já havia homologado a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes acerca da aplicação da EC 29.

#### *Controle Social*

- Atendimento a uma expectativa dos Conselheiros Nacionais na última década, referente à recomposição do CNS. O Ministro comprometeu-se com a elaboração de um Decreto Presidencial, que foi publicado em 19 de maio de 2003, o qual garantiu essa recomposição, tornando o Conselho mais amplo, democrático e plural. Na centésima trigésima segunda reunião ordinária do CNS (julho de 2003) foi aprovada a proposta de recomposição do Conselho, aumentando o número de Conselheiros de 32 para 40;
- Encaminhamentos sobre a situação do Controle Social no Distrito Federal, apresentado pelos movimentos sociais da região. Instituiu uma comissão para

---

<sup>86</sup> Esses eixos são a classificação temática elaborada para análise das atas do Conselho, conforme sinalizado na introdução deste trabalho.

acompanhar o processo e também a gestão. Para tanto, ouviu o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e, no início de agosto de 2003, aprovou a desabilitação do Distrito Federal da Gestão Plena do Sistema de Saúde;

- Ajuste no edital de compras de hemoderivados que promoveu uma economia de U\$ 25 milhões de dólares. Diante disso, o Ministro chamou a atenção para a necessidade de fortalecimento do Controle Social para incidir na fiscalização e acompanhamento das contas públicas.

#### *Gestão do Trabalho e Educação na Saúde*

- Reinstalação da Mesa Nacional Permanente de Negociação Coletiva do SUS, criada em 1993. A Mesa sempre teve dificuldade de funcionamento devido à ausência do Ministério da Saúde. No entanto, desde junho de 2003, vem mantendo um funcionamento efetivo com objetivo de negociar as reivindicações dos trabalhadores com os Gestores Estaduais, Municipais, Federal e prestadores de serviços privados;
- Suspensão de abertura de novos cursos na área de saúde por 180 dias com objetivo de reavaliar o sistema de ensino em saúde.

#### *Gestão em Saúde e Organização dos Serviços de Saúde*

- Encaminhamentos referentes à situação dos 08 (oito) hospitais federais do Estado do Rio de Janeiro e suas respectivas Fundações, onde foi apresentado o processo de avaliação de contratos, licitações, serviços prestados. Apresentou-se algumas ações junto ao Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da República, Polícia Federal e Auditorias em todas as Instituições Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e em suas Fundações.

#### *Políticas Específicas e Programas de Saúde*

- A integração das ações do Ministério da Saúde com o Programa Fome Zero, para garantir a segurança alimentar e nutricional, ressaltando os princípios de convergência do Programa Fome Zero com as diretrizes do SUS, sendo eles: equidade, integralidade, intersetorialidade e a participação;
- Debate realizado pelos Conselheiros sobre o descumprimento da Lei de Restrição ao uso do Tabaco;

- O estímulo à desospitalização dos pacientes de saúde mental, através do Programa *De Volta para Casa*, coloca o referido programa como uma ação de apoio ao sistema de atenção à saúde mental. Também na área de saúde mental vem sendo apresentado projetos referentes aos efeitos das drogas, inclusive o álcool, sobre a saúde da população brasileira;
- Atenção à Saúde dos Portadores de Patologias Renais, deliberou-se sobre a composição de um grupo específico, para tratar do problema, com a participação de usuários e de prestadores de serviços. O Ministério propôs a correção das tabelas de alguns procedimentos no atendimento de hemodiálise;
- Atendimento às reivindicações e críticas aos Planos de Saúde através da instituição de um Fórum de Saúde Suplementar;
- Apresentação da proposta que prevê o controle de preços dos medicamentos, com reajustes pelo Índice de Preços ao Consumidor–IPCA, negociações com a indústria e com os médicos para a prescrição de medicamentos pelo nome genérico, a redução de impostos para alguns medicamentos básicos e controle da propaganda de medicamentos. O Ministro manifestou o compromisso do Ministério da Saúde com a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em setembro de 2003, importante para a apresentação de propostas para a formulação de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;
- Criação da HEMOBRAS para assegurar autonomia ao País na produção de derivados do sangue, com redução dos custos e ampliação do acesso das pessoas aos mesmos; ainda que contrário aos interesses de grandes laboratórios produtores;
- Quebra das patentes de medicamentos anti-retrovirais, garantindo o acesso dos pacientes portadores de HIV/AIDS aos medicamentos com redução da proliferação da doença; ainda que contrário aos grandes laboratórios produtores desses medicamentos;
- Implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que viabiliza o aumento da extensão de cobertura da atenção básica, para as famílias brasileiras, com a possibilidade de melhoria na qualidade de vida para os cidadãos, mediante a priorização da proteção e

promoção da saúde; ainda que contrário aos interesses daqueles que apostam na doença como forma de auferir lucros e acumular riqueza, às custas do infortúnio e sofrimentos alheios.

Analisando as atas foi possível perceber a existência de conflitos entre a área econômica e social no governo Lula. Essa questão fica explícita com a fala de Gastão Wagner, Secretário Executivo do Ministério da Saúde, na centésima trigésima terceira reunião ordinária do CNS (agosto de 2003):

“É óbvio que somos do governo e acreditamos que o governo federal tem uma proposta de desenvolvimento econômico, social e de apoio à saúde, mas o governo não pode tudo. Vivemos num contexto de ajuste fiscal, e na saúde é de ‘constrangimentos externos’. Vivemos uma série de constrangimentos externos aos gestores, trabalhadores que dificulta a expansão de políticas sociais em geral, não só a da saúde. Na saúde, a luta do movimento sanitário conseguiu criar alguns ‘constrangimentos internos’: a nossa persistência, os Conselhos, as Conferências, a Emenda Constitucional nº 29 são constrangimentos internos nos quais nos apoiamos enquanto governo para negociar com as nossas áreas econômicas, com o governo, com o parlamento, com a opinião pública. Mas, com certeza, temos que discutir na 12ª Conferência a necessidade de criar uma espécie de Lei de Responsabilidade Social – se temos a Lei de Responsabilidade Fiscal, essa Lei precisa negociar, dialogar com a Lei de Responsabilidade Social”.

Outra questão polêmica é a desvinculação de recursos dos setores Saúde e Educação. O ministro da Saúde, na centésima quadragésima quarta reunião ordinária do CNS (setembro de 2003), explicitou a sua posição favorável à manutenção das vinculações constitucionais dos recursos para a saúde, educação e ciência e tecnologia. Além disso, reafirmou o compromisso de cumprir a Emenda Constitucional nº 29 em 2003, com empenho de cerca de R\$ 570 milhões referente ao orçamento de 2003, e em 2004. O Plenário do CNS aprovou, como encaminhamento dessa reunião, convidar o Ministro da Fazenda para debater possível interesse da equipe econômica do governo na desvinculação de recursos dos setores da saúde e educação.

A discussão do orçamento e financiamento é um assunto muito presente nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde que possui uma comissão voltada para este tema, a COFIN/CNS (Comissão de Orçamento e Financiamento). Em julho de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma moção manifestando sua preocupação com as conseqüências sobre as áreas sociais e sua posição

frontalmente contrária a possibilidade de mecanismos semelhantes à Desvinculação das Receitas da União-DRU, que desvincula 20% das receitas de impostos e contribuições, serem replicados aos estados e municípios<sup>87</sup>. Os Conselheiros reafirmaram a manutenção dos princípios da Emenda Constitucional 29/2000 como condição do cumprimento do preceito constitucional que garante saúde para todos.

No ano de 2003, também foi discutida a proposta orçamentária do ministério da saúde, Plano Plurianual (2004/2007) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (2004), com o Conselho Nacional que aprovou a proposta com algumas ressalvas contidas na deliberação 001/2003<sup>88</sup>.

A defesa da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 é um tema muito discutido pela COFIN e pelo CNS. Na centésima trigésima quinta reunião ordinária do CNS (outubro de 2003) ocorreu um *Ato Público SOS Saúde*, em defesa da manutenção da EC nº 29 no Orçamento de 2004, que se realizou no Espaço Cultural Zumbi dos Palmares da Câmara dos Deputados. Nesta perspectiva, o Conselho aprovou a deliberação 001/2004 que solicita ao Ministério da Saúde manter o compromisso de recomposição dos valores não empenhados no exercício de 2003 em face do não cumprimento da EC 29, ainda no exercício financeiro e orçamentário de 2004. Em 2004, ocorreu a XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde que teve como tema central a Regulamentação da EC nº 29.

---

<sup>87</sup> A desvinculação de recursos para esses níveis de governo resultará em perda de aproximadamente R\$ 5,5 Bilhões (R\$ 3 bilhões nos estados e R\$ 2,5 nos municípios) para a área da saúde, caso tal medida fosse vigorar durante este ano (Moção nº 002/2003).

<sup>88</sup> O CNS decide manifestar-se publicamente: 1. Pela manutenção do disposto no § 2º do Art. 59 da LDO/2004, bem como do dispositivo que proíbe o contingenciamento dos recursos da saúde; 2. Pela ratificação do montante mínimo para cumprimento da EC 29 em 2004 de R\$ 33 bilhões, 389 milhões exclusive despesas com inativos, dívida e financiamento com recursos da EC 31 - Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza; 3. Pela ratificação dos montantes mínimos no PPA 2005, 2006 e 2007, respectivamente: R\$ 37 Bilhões, 41 Bilhões e R\$ 45 Bilhões com os atuais parâmetros do IBGE, Tribunal de Contas da União (Decisão nº 143/2002), e CNS (Resolução nº 322/2003), caso se mantenha a atual sistemática (variação nominal do PIB) na Lei de Regulamentação da EC Nº 29; 4. Pela manutenção da discussão sobre orçamento 2004 e PPA 2004/2007 na pauta das reuniões ordinárias do CNS durante a tramitação no Congresso Nacional até 15/12/2003; 5. Pela necessidade de análise das mensagens presidenciais de encaminhamento do orçamento 2004 e do PPA 2004/2007; 6. Pela necessidade de análise do dispositivo legal que o Ministério do Planejamento se comprometeu a enviar ao Congresso Nacional para corrigir os efeitos do veto ao § 2º do Art. 59 da LDO/2004; 7. A favor de analisar junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), e outras entidades nacionais a possibilidade e pertinência de uma Ação Civil Pública ou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN), sobre os vetos, visando restabelecer os valores assegurados pela EC 29; 8. Pela manutenção das atividades de acompanhamento do processo de regulamentação da EC 29; 9. Pela necessidade de reuniões conjuntas da Comissão Interinstitucional de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA e Comissão de Financiamento – COFIN bem como da Comissão Interinstitucional de Alimentação e Nutrição – CIAN e COFIN para analisar a proposta orçamentária 2004 apresentada pela área técnica do MS, no tocante aos recursos para saneamento, alimentação e nutrição; 10. A preocupação com os efeitos imediatos e mediatos dos vetos a LDO/2004 que pode significar um retrocesso, senão a desestruturação do financiamento do SUS nas três esferas de poder antecipando o desmonte da EC 29, inúmeras vezes aventado nos relatórios da Reforma Tributária; 11. Pela necessidade de acompanhar a tramitação da Reforma Tributária, analisando sistematicamente suas repercussões no financiamento do SUS; 12. Pela revisão e aumento dos valores mínimos sempre que houver acréscimo na previsão de receitas ou diminuição nos percentuais estabelecidos como meta para o superávit primário; 13. E aprovar com as ressalvas desta deliberação, as proposta apresentadas para o orçamento 2004 e PPA 2004/2007.

No período foram deliberadas 28 Resoluções. Um número significativo de resoluções fazia referência a criação, composição, reativação e reestruturação das comissões e grupos de trabalho: Aprovada a criação e composição da Comissão Intersectorial de Eliminação da Hanseníase, da Comissão Intersectorial de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, da Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde, do Grupo de Trabalho para acompanhamento das Políticas em DST e AIDS; Reativada e implementada a Comissão de Saúde Suplementar com a atribuição de subsidiar a atuação do CNS; Aprovada em carácter excepcional a composição da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos; Reestruturação da Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; Reativação da Comissão Nacional de Crenologia, de carácter interinstitucional, constituída por representantes dos Ministérios da Saúde, das Minas e Energia, das Cidades, do Conselho Nacional de Saúde e de outros órgãos afins.

Outras resoluções que tiveram destaque foram na área da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde:

- Suspensão total da abertura de novos cursos superiores da área da saúde por um período mínimo de 180 dias, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento no Conselho Nacional de Saúde;
- Realização de Audiência Pública específica para a Área da Saúde com a Comissão Especial de Avaliação e definições relativas à avaliação das condições de ensino para as profissões da área da saúde sejam construídas mediante trabalho intersectorial da Educação e da Saúde;
- Aplicar "NOB/RH-SUS" como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, e publicar e divulgar nacionalmente o inteiro teor do documento;
- Ratificar o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
- Afirmar a aprovação da "Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde," como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;



- Recomenda aos Ministros de Estado da Saúde e da Educação a suspensão da abertura de novos cursos na área da saúde e o prazo de até 180 dias para que apresentem a proposta do governo federal para a regulação da abertura de novos cursos de graduação da área da saúde;
- Delibera sobre a abertura de cursos na área da saúde, com recomendações gerais referentes aos critérios para a abertura e o reconhecimento dos cursos de graduação com Diretrizes Curriculares Nacionais orientadas para a área da saúde.

Por meio das Resoluções, o Conselho Nacional de Saúde manifestou-se: contrário à política de apropriação e exploração indevida, por empresas privadas, dos mananciais das águas minerais brasileiras e ao Projeto de Lei nº 3.268, de 2004, que dispõe sobre acomodação particular de pacientes no âmbito do SUS; a favor do direito da gestante manter ou interromper a gravidez por meio da antecipação terapêutica do parto, em caso de gravidez de fetos anencefálicos e apoio ao Anteprojeto de Lei, “Diretrizes para os serviços públicos de saneamento básico e a Política Nacional de Saneamento Ambiental”.

Além disso, no período, foram aprovadas as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000; a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde; as Diretrizes para Análise Ética e Tramitação dos Projetos de Pesquisa da Área Temática Especial de Genética Humana e a convocação da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a ser realizada em 2004.

Cabe ressaltar a importância da aprovação da Resolução nº 333/2003, já citada anteriormente, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, revogando as Resoluções nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

Outro aspecto de grande importância no período e que demonstra o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde em defesa do SUS foi a aprovação da deliberação nº 001/2005, na centésima quinquagésima segunda reunião ordinária (março de 2005). Esta deliberação aponta o posicionamento contrário do CNS à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse

Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS.

Nessa gestão do Ministério da Saúde ocorreu a 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (2003) e as seguintes conferências temáticas: 1<sup>a</sup> Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica<sup>89</sup>; 2<sup>a</sup> Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde<sup>90</sup> e 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal<sup>91</sup> (2004).

A 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca -, realizada no período de 7 a 11 de dezembro de 2003, com o tema central “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”, buscou reviver, em alguma medida, o espírito democrático da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. A conferência foi antecipada pelo governo com o intuito de submeter a sua política de saúde à apreciação direta da sociedade e o ministro da saúde assumiu o compromisso de utilizar as resoluções finais da conferência como base para a política de saúde (Noronha, 2003 *apud* Escorel & Bloch, 2005: 109).

Esta conferência teve dez eixos temáticos:

1. Direito à Saúde;
2. A Seguridade Social e a Saúde;
3. A Intersetorialidade das Ações de Saúde;
4. As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS;
5. A Organização da Atenção à Saúde;

---

<sup>89</sup> A 1<sup>a</sup> Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi realizada entre os dias 15 e 18 de setembro de 2003. Essa foi a primeira conferência convocada para tratar especificamente do tema Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil e teve como característica principal traçar um quadro da situação dessa área no Sistema Único de Saúde (SUS). O tema central da Conferência foi: “Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três subtemas. O primeiro subtema foi “Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde”, o segundo subtema foi “Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos” e o terceiro subtema foi “Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos” (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

<sup>90</sup> A 2<sup>a</sup> Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi realizada entre os dias 25 e 28 de julho de 2004. Esta conferência aproximou os objetivos da Política Nacional de Saúde com os da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde traduzindo os esforços de articulação entre os setores da Saúde, Educação e da Ciência e Tecnologia com a força tradicional dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço. Entre os temas da Conferência destacam-se os princípios e os eixos condutores que orientaram a construção dessa política: o respeito à vida e à dignidade das pessoas; o compromisso com os padrões éticos na atividade de pesquisa; a melhoria da saúde da população brasileira; a busca da equidade em saúde; a inclusão e controle social; e o respeito à pluralidade metodológica (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

<sup>91</sup> A 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal foi realizada entre os dias 29 de julho a 1<sup>o</sup> de agosto de 2004. Esta conferência teve como objetivo oportunizar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. O desafio foi identificar os principais problemas do país na área da saúde bucal, buscar meios e recursos e definir estratégias para superá-los. O tema central “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e, 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

6. Controle Social e Gestão Participativa;
7. O Trabalho na Saúde;
8. Ciência e Tecnologia e a Saúde;
9. O Financiamento da Saúde;
10. Comunicação e Informação em Saúde.

Em função do quantitativo de temas e da sua condução não foi possível que a plenária final da conferência deliberasse sobre o relatório final, votando apenas sobre os aspectos polêmicos. Os demais assuntos foram deliberados por votação em domicílio, o que subverte a proposta da conferência de debate coletivo. Diante desse fato, o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde foi divulgado muito depois da conferência, ou seja, entre dezembro de 2004 a janeiro de 2005.

Outro fato relevante foi a aprovação, através da portaria ministerial nº. 2.607 de 10/12/2004, do Plano Nacional de Saúde<sup>92</sup>, denominado “Um pacto pela saúde no Brasil”. A equipe do Ministério ao concluir o Plano Plurianual (PPA) para o período de 2004-2007, decidiu elaborar o plano de saúde, algo inédito da gestão federal do SUS.

O Plano Nacional de Saúde foi aprovado na centésima quadragésima quinta reunião ordinária do CNS, em agosto de 2004, com vinte votos a favor e sete abstenções. Nesta reunião, ressaltou-se a importância do Conselho Nacional acompanhar e monitorar o processo de implementação das metas definidas no Plano. O principal objetivo proposto para o Plano Nacional de Saúde, contemplado no PPA do governo federal, é:

“Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados” (Brasil, Ministério da Saúde; 2004: 07).

Ao realizar um balanço do período, pode-se sinalizar o apoio do Conselho Nacional de Saúde ao Ministro da Saúde. As divergências que surgiram foram com a equipe econômica do governo Lula que criava entraves na implementação de

---

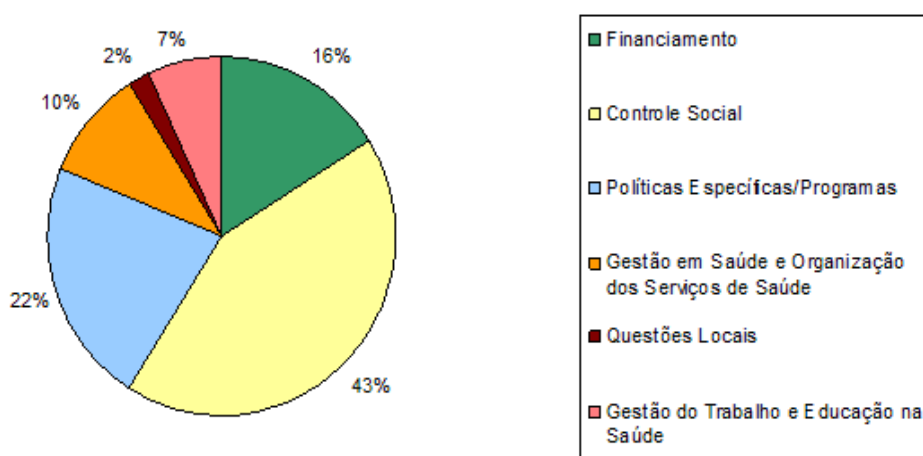
<sup>92</sup> Segundo a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (Art. 36, § 1º). “O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (Art. 37).

algumas propostas para a política de saúde, não garantindo o financiamento adequado.

Como aspecto importante destaca-se a aprovação da Resolução nº 333 que define a paridade do conselho e a dinâmica de funcionamento.

Ressalta-se também os principais temas debatidos. Os temas Controle Social (43%), Políticas Específicas e Programas de Saúde (22%) e Financiamento (16%) foram os que concentraram maior tempo de debate e apareceram com maior frequência nas pautas das reuniões do CNS<sup>93</sup>. A discussão de temas importantes como Gestão em Saúde e Organização dos Serviços de Saúde (10%) e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (7%) tiveram menor frequência, conforme Gráfico 1.

**Gráfico 1: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – fev/2003 a jun/2005**



Fonte: Atas do Conselho Nacional de Saúde no período de fevereiro de 2003 a junho de 2005  
<http://www.conselho.saude.gov.br>.

Cabe enfatizar que há um excesso de tempo destinado às questões como “informes gerais” e “indicações”, ou seja, escolha de representantes do Conselho para atividades externas, resultando na redução do tempo destinado à discussão de temas importantes.

Nesse período, a temática Controle Social se deu por meio das seguintes discussões: organização e planejamento do CNS, comissões do conselho, recomposição, processo eleitoral, Plenária Nacional de Conselhos, 12ª Conferência Nacional de Saúde, Conferências Temáticas e capacitação de conselheiros.

<sup>93</sup> Esse percentual foi definido pela frequência que o tema aparece como ponto de pauta nas reuniões.

O tema Políticas Específicas e Programas de Saúde problematizou os seguintes assuntos: Programa Fome Zero, Projeto de Urgências e Emergências, Programa de AIDS, Saúde Suplementar, Política de erradicação da Hanseníase, Hospitais Universitários, Saúde Mental, Saúde da Família, Política de Humanização, Programa de Álcool e Drogas, Saúde Bucal, Saúde Indígena, Saúde do Trabalhador, Política de Assistência Farmacêutica e Farmácia Popular, entre outros.

Os principais assuntos relacionados ao financiamento debatidos foram: regulamentação da EC nº 29, Plano Plurianual (PPA) e Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO).

Com relação a gestão e a organização dos serviços de saúde, esse período se centrou na discussão do Plano Nacional de Saúde, a proposta de uma Lei de Responsabilidade Sanitária e tirou um posicionamento contrário as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). E quanto ao eixo Gestão do Trabalho e Educação na Saúde a principal questão problematizada foi a abertura de novos cursos de nível superior na área da saúde.

Em junho de 2005, foi realizado, na Câmara dos Deputados Federais, o 8º *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, com o tema “SUS – o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”, já era dada como certa a troca do ministro da Saúde, que ocorreria dias depois. Este Simpósio reuniu mais de oitocentos participantes, entre eles, representantes da Frente Parlamentar de Saúde, diversas entidades da saúde<sup>94</sup> e representantes da população usuária, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores. Ao final do encontro, foi lançada a *Carta de Brasília*, que destaca propostas afirmando o compromisso com o direito universal e integral à saúde, com o Sistema Único de Saúde, com o Projeto de Reforma Sanitária e com a Seguridade Social, a saber:

- *Definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento;*
- *Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal;*
- *Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS;*
- *Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social, mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29;*

---

<sup>94</sup> Cabendo destacar: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Rede Unida e Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa).

- *Cumprimento da Deliberação N° 001, de 10 de março de 2005 do Conselho Nacional de Saúde, contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde<sup>95</sup>;*
- *Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários;*
- *Estabelecimento de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS de maneira descentralizada, sem a incidência dos atuais limites de gastos da Lei de Responsabilidade Fiscal;*
- *Avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento de serviços por um sistema de orçamento global integrado, alocando recursos baseados nas necessidades de saúde da população;*
- *Revisão da lógica de subsídio e isenções fiscais para operadores e prestadores privado de planos e seguros privados de saúde redirecionando esses recursos para o sistema público de saúde;*
- *Avançar no debate do projeto de Lei que trata da Responsabilidade Sanitária no sentido de se retomar o cerne da discussão para a garantia do direito à saúde;*
- *Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social;*
- *Definição de uma política industrial, tecnológica e de inovação em saúde e garantir assistência farmacêutica integral;*
- *Desenvolvimento de ações articuladas entre os Poderes (executivo, legislativo e judiciário) para a construção de soluções relativas aos impasses na implementação do SUS;*
- *Recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social.*

### **3.2.2. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de José Saraiva Felipe**

Com a reforma ministerial assume a pasta da saúde, a partir de julho de 2005, o ministro José Saraiva Felipe. A vaga ocupada pelo ministro era uma solicitação do seu partido, PMDB. Nesta gestão, mesmo com o afastamento de diversos

---

<sup>95</sup> Esta deliberação coloca-se contrária à administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS, conforme já referido anteriormente.

profissionais vinculados à reforma sanitária, não houve a ausência deste movimento na gestão. Outros vieram e houve uma influência do Instituto de Medicina Social da UERJ. Entretanto, o trabalho que vinha se desenvolvendo na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na gestão Humberto Costa, diminuiu de intensidade (Matos, 2009).

No período ocorreram 08 reuniões do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovadas: 07 resoluções, 08 recomendações e 2 moções. O ministro esteve presente em 06 das 08 reuniões do CNS, ou seja, 75% das reuniões.

O novo Ministro da Saúde apresentou-se ao Plenário do CNS, na centésima quinquagésima sexta reunião ordinária (julho de 2005), informando que a sua gestão à frente do Ministério da Saúde seria suprapartidária e de continuidade na implementação da Política de Saúde definida pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Nesta direção, salientou que era necessário fortalecer o Controle Social, estimulando, em especial, o bom funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, por ser fundamental na estratégia de consolidação do SUS e na efetivação das políticas de saúde. Destacou que era preciso melhorar o financiamento da área saúde, tendo em vista que os recursos disponíveis eram insuficientes para atender a demanda da população. Ressaltou também o importante trabalho feito pelo ex-ministro que esteve à frente do Ministério da Saúde nos últimos dois anos e meio. E comprometeu-se a manter o calendário das Conferências Temáticas da Saúde programadas para 2005 e 2006. Reafirmou que o Conselho Nacional de Saúde era um ator indispensável para a consolidação do SUS e, nessa ótica, disse que faria todo esforço para participar das reuniões do CNS.

Na ata da centésima quinquagésima sétima reunião ordinária do CNS, realizada em agosto de 2005, foi possível visualizar que a posição do Conselho na arena decisória da área dependia, de certa maneira, da forma como os gestores se posicionavam em relação a esse espaço. A fala do ministro citada abaixo exemplifica essa questão.

“Esse Conselho tem que funcionar em parceria absoluta com o Ministro da Saúde. Eu não vou aceitar que o Conselho cobre do Ministro. Não vai cobrar, porque, senão, eu não aceito ser cobrado pelo Conselho. Vocês tenham clareza do que estou falando: se o Conselho não for meu parceiro e eu for colocado como uma instância de poder para ser cobrado, eu não vou acatar esse Conselho como deliberativo, ele será consultivo”.

Cabe ressaltar que tal situação expressa uma diferença de concepção. O Conselho ou tem uma posição ou será submisso à gestão. Percebe-se que o CNS não tem tido uma posição passiva mas, ao contrário, vem participando ativamente do processo de construção de sua posição, entrando, em diversos momentos, em choque com o gestor (Silva et al, 2009).

O pronunciamento de Saraiva Felipe, realizado na reunião ordinária de setembro de 2005, por outro lado, ressaltou o papel do Conselho Nacional de Saúde como um órgão deliberativo e como tal seria tratado. Nesta direção, destacou como os dois principais problemas do SUS: *subfinanciamento*, ou seja, o recurso disponível é insuficiente para atender às demandas da população, e o *gerenciamento* do Sistema nas três esferas de gestão. Dessa forma, informou que para enfrentar essas dificuldades e implementar com êxito a Política de Saúde, estava buscando pactuação com os gestores e parceria com a sociedade civil.

Com relação a questão do Orçamento do Ministério da Saúde para 2006, o ministro destacou que seria melhor que o de 2005. Entretanto, ressaltou o enfrentamento de problemas políticos com a área econômica do governo que visualiza a saúde como gastos compressíveis. Dessa forma, reforçou a necessidade do movimento do Conselho Nacional de Saúde pela regulamentação da EC nº 29, considerando que isso garantiria maiores recursos para a saúde, bem como articulação para que estados e municípios aplicassem os percentuais que lhes eram cabíveis na área da saúde.

Nessa direção, o CNS continuou com os seus esforços pela regulamentação da EC nº 29. Na centésima quinquagésima nona reunião ordinária do CNS (outubro de 2005), o plenário aponta como necessidade a solicitação de audiência com o Sr. Presidente da República, Ministros da Fazenda, Planejamento e Casa Civil para tratar da regulamentação da EC nº 29 e reitera o pedido de audiência com o Presidente do Tribunal de Contas da União para prestar os esclarecimentos relativos ao posicionamento contrário do CNS à inclusão das despesas com Farmácias Populares como ações e serviços públicos de saúde para fins do cumprimento da EC nº 29. O CNS encaminhou para os senadores Ney Suassuna e José Maranhão “Carta Aberta” elaborada pela COFIN (Comissão de Orçamento e Financiamento) com relação ao cumprimento da EC nº 29. Nesta mesma reunião do mês de outubro, os Conselheiros interromperam os trabalhos da tarde do segundo dia para participar da reunião com os líderes dos partidos políticos, sobre a regulamentação da EC nº



29. Esta atividade foi parte da programação da marcha organizada pela Confederação Nacional dos Municípios.

Ainda quanto a questão do financiamento da saúde, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Moção nº 001/2006 que apóia a ampliação dos recursos à saúde, resultado das emendas acatadas ou apresentadas pelo Relator Cláudio Cajado, em especial a transferência do Bolsa Família para o Ministério do Desenvolvimento Social-MDS, porém ratifica as ressalvas baseadas nos posicionamentos conceituados do que seja ações de saúde que exclui entre outros a Farmácia Popular do computo dos recursos à saúde segundo a Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003.

Um tema polêmico debatido nesse período da gestão de Saraiva Felipe foi o processo de licenciamento compulsório de anti-retrovirais no Brasil. O ministro ressalta que essa é uma questão de governo e não apenas do Ministério da Saúde, informando que estava promovendo negociações.

O debate sobre essa questão foi realizado na centésima quinquagésima nona reunião ordinária do CNS (outubro de 2005). O Conselho Nacional de Saúde aprovou em agosto de 2005, a Resolução nº 352 que delibera sobre a emissão de licenças compulsórias dos medicamentos Efavirenz, Lopinavir e Tenofovir, bem como de outros anti-retrovirais patenteados que oneravam o orçamento do Sistema Único de Saúde, a fim de que pudessem ser produzidos no país. O conselheiro Mário César Scheffer, representante do segmento dos usuários pelo Movimento Nacional de Luta Contra AIDS, destacou que o acordo do Ministério da Saúde com o Laboratório ABBOTT não era compatível com a Resolução nº 352 do CNS e que este acordo não seria capaz de garantir a sustentabilidade da Política de Acesso Universal a Medicamentos, defendendo o mérito da resolução do CNS.

Em resposta, o Ministro de Estado da Saúde, afirmou que o acordo com o Laboratório ABBOTT atendia ao interesse nacional, uma vez que possibilitou a redução significativa de custo. Ressaltou que essa matéria não deveria ser debatida a partir do ponto de vista ideológico, mas sim, prático. O conselheiro Carlos Alberto Duarte, representante do segmento dos usuários, destacou que a negociação por redução de preços de medicamentos era permanente e o licenciamento compulsório ia além dessa questão, pois envolvia a transferência tecnológica para produção de medicamento, por parte da indústria brasileira. Após intervenções e questionamentos, José Saraiva Felipe, informou que a possibilidade de

licenciamento compulsório dependia, dentre outros fatores, de não haver queda de preço e da garantia de produção nacional, de modo a não prejudicar o abastecimento. Nessa direção, ponderou que a indústria nacional não tinha interesse em produzir o Kaletra, já que em 2006, seria lançado novo medicamento para o tratamento de pacientes portadores da AIDS e que os laboratórios nacionais, individualmente, não teriam condições de produzir o Tenofovir e o Liponavir. Por fim, afirmou que não homologaria a resolução do CNS e enviaria documento ao CNS justificando essa posição. O Plenário decidiu aguardar o prazo de trinta dias para que o Ministério da Saúde enviasse justificativa sobre a não homologação da Resolução do CNS nº 352/05 para, em seguida, tomar as devidas providências. E indicou a criação de um GT para discutir a política de medicamentos e a questão dos laboratórios públicos, a partir da composição do GT AIDS do CNS.

Conforme determina o Regimento Interno do CNS, na centésima sexagésima terceira reunião ordinária (março de 2006), o plenário discutiu e deliberou sobre a não homologação pelo ministro da Resolução nº 352/05. Diante do entrave político para a produção nacional desses medicamentos, foi sugerido que o CNS promovesse mesa-redonda com todos os técnicos envolvidos nessa questão para tratar sobre a capacidade técnica da indústria farmacêutica para a fabricação nacional de anti-retrovirais no Brasil e, a partir do resultado dessa atividade, o plenário deliberasse sobre a matéria. Os encaminhamentos aprovados foram os seguintes: reconstituir o GT do CNS instituído para visitar os laboratórios públicos a fim de verificar a capacidade de produção dos mesmos; realizar seminário sobre propriedade intelectual e capacidade técnica do Brasil para produção de anti-retrovirais; e solicitar cópia das fitas do Fórum de Propriedade Intelectual para servir de subsídio nas discussões desse assunto.

No período foram deliberadas sete Resoluções, sendo que a Resolução nº 352/05, conforme já sinalizado não foi homologada. As Resoluções aprovadas foram: Deliberação sobre a alocação de recursos orçamentários para o Conselho Nacional de Saúde em 2006; Deliberação pela manutenção da Habilitação do Município de Amargosa na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde; Aprovação do documento sobre as "Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde-SUS"; Deliberação sobre a necessidade de mapear a situação de saúde das pessoas portadoras de deficiência no Brasil; Deliberação que o Ministério da Saúde/Agência

Nacional de Vigilância Sanitária encaminhe ao Conselho Nacional de Saúde as sugestões apresentadas à Consulta Pública nº 63, de 14 de setembro de 2005, sobre a utilização da talidomida, para avaliação assim como a constituição de grupo de trabalho com representações do MORHAN e ABPST; Deliberação sobre a suspensão definitiva da execução da Pesquisa "Heterogeneidade de Vetores e Malária no Brasil".

O Conselho Nacional de Saúde manifestou-se contrário as manifestações da Deputada Denise Frossard, por meio da Moção de Repúdio, apresentada na reunião de dezembro de 2005, que em seu relatório a respeito do Projeto de Lei 5448/2001, que estabelece o crime de discriminação em razão de doença de qualquer natureza alterando a Lei 7716, de 5 de janeiro de 1989, afirma que "A deformidade física fere o senso estético do ser humano. A exposição em público de chagas e aleijões produz asco no espírito dos outros, uma rejeição natural ao que é disforme e repugnante". O CNS ressaltou que as considerações da Deputada ferem os mais básicos princípios da defesa da cidadania e da ética dos brasileiros.

Na centésima sexagésima segunda reunião ordinária do CNS (fevereiro de 2006) foi aprovada pelo Plenário a deliberação nº 001/2006<sup>96</sup>, proposta pela Comissão de Saúde Suplementar, sobre "Aporte de Recursos Públicos para Planos Privados de Saúde". Este tema foi muito debatido por esta comissão resultando na aprovação da deliberação.

Cabe ressaltar que no período de Saraiva Felipe ocorreram três Conferências Temáticas: a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

---

<sup>96</sup> Delibera sobre: O aprofundamento pelo CNS de estudo sobre o atual padrão de financiamento do sistema de saúde no Brasil, bem como a definição no Plano Nacional de Saúde de medidas capazes de reverter às desigualdades geradas por essa estrutura de financiamento; A criação de Grupo de Trabalho, no âmbito da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde, para levantar, discutir e avaliar a legislação vigente específica da saúde suplementar, bem como dos projetos de lei que hoje tramitam no Congresso Nacional; Ao CNS e ao Ministério da Saúde que proponham ao Ministério da Fazenda e à Receita Federal a criação de Grupo de Trabalho para discussão e avaliação dos encargos tributários relacionados à demanda e à oferta de serviços privados de saúde; A divulgação sistemática das informações sobre as políticas de isenção fiscal de impostos e contribuições federais, estaduais e municipais às operadoras de planos de saúde, cooperativas e aos estabelecimentos de saúde do SUS, inclusive filantrópicos, que comercializam planos próprios de saúde ou mantêm convênio para atendimento de beneficiários de planos privados de saúde; Para admissão aos serviços de saúde duplamente vinculados (que atendem SUS e empresas de planos de saúde), o critério deve ser as condições clínicas do beneficiário e não as condições de pagamento; Os atendimentos objeto de ressarcimento devem ser amplamente divulgados e cobrados pela ANS e que na revisão da legislação dos planos de saúde não haja restrição de coberturas, de forma que todos os procedimentos cobertos pelo SUS sejam ressarcidos; O monitoramento do CNS, em parceria com o MS, Universidades e outras instituições, da implementação da Portaria Interministerial Nº 1.006, de 27 de maio de 2004, que instituiu o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, bem como seja monitorada a dupla cobrança do mesmo procedimento (do SUS e da operadora de plano de saúde) realizada pelos estabelecimentos de saúde; A participação do CNS, do MS e da ANS nas discussões sobre a oferta atual e eventuais ampliações de planos privados de saúde aos servidores federais, bem como que seja adotada a opção preferencial da alocação de recursos públicos a instituições públicas ou de caráter não lucrativo, observada a legislação vigente; No Contrato de Gestão celebrado entre o Ministério da Saúde e a ANS, em seu relatório anual de execução, deverão ficar demonstradas as metas de sustentabilidade financeira da ANS e a melhoria na performance de arrecadação própria, bem como que o contrato de gestão da ANS/MS, após parecer da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, seja encaminhado para análise do CNS antes de sua assinatura pelo Ministro da Saúde; Posicionar-se contrariamente a qualquer esforço do governo federal e da ANS para viabilizar, ainda que indiretamente e no papel de facilitador, a ajuda financeira às empresas de planos de saúde; e Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, sobretudo de Estados e municípios que tem grande concentração de população usuária de planos privados de saúde, a constituição de Comissões de Saúde Suplementar para a discussão da relação local da saúde suplementar com o SUS.

“Trabalhar Sim, Adoecer Não”<sup>97</sup>; a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Educação e de Participação”<sup>98</sup> e a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena<sup>99</sup>.

E por fim, como fato marcante dessa gestão destaca-se a aprovação, com o apoio do CNS, do Pacto pela Saúde 2006<sup>100</sup> com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação dos seus princípios.

O Pacto pela Saúde está estruturado em três dimensões. O *Pacto pela Vida* que tem como prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da Atenção Básica. O *Pacto em Defesa do SUS* com os seguintes eixos: repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social, como um movimento que retoma a reforma sanitária aproximando dos desafios atuais do SUS; busca por um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes federados e que deverão estar expressos de imediato na luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; e elaboração e ampla divulgação da Declaração dos Direitos e Deveres do Exercício da Cidadania no SUS. E o *Pacto de Gestão* com responsabilidades sanitárias - gestor municipal, estadual e federal do SUS, conformando um Termo de Compromisso e substituindo

---

<sup>97</sup> A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador “Trabalhar Sim, Adoecer Não”, realizada no período de 9 a 12 de novembro de 2005, teve três eixos temáticos: Políticas de Integralidade das Ações em Saúde do Trabalhador; Desenvolvimento Sustentável e Controle Social (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

<sup>98</sup> A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Educação e de Participação”, realizada no período de 27 a 30 de março de 2006, teve seis eixos temáticos: Gestão do trabalho; Educação na saúde; Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela união, pelos estados e pelos municípios; Controle social na gestão do trabalho e educação na saúde; Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS. Passadas quase duas décadas desde a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos torna-se necessário discutir e avaliar os processos de trabalho no SUS. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pretendeu apresentar diretrizes nacionais para a implementação de políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tendo como referência a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), como forma de ampliar a participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução desta política, fortalecendo o compromisso social nesse campo. Algumas propostas foram objeto de discussão nessa conferência: como a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCCS) para o SUS; Educação Permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho; implementação da NOB/RH-SUS, aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. As ações necessárias para a viabilização da política, entretanto, não foram efetivadas (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

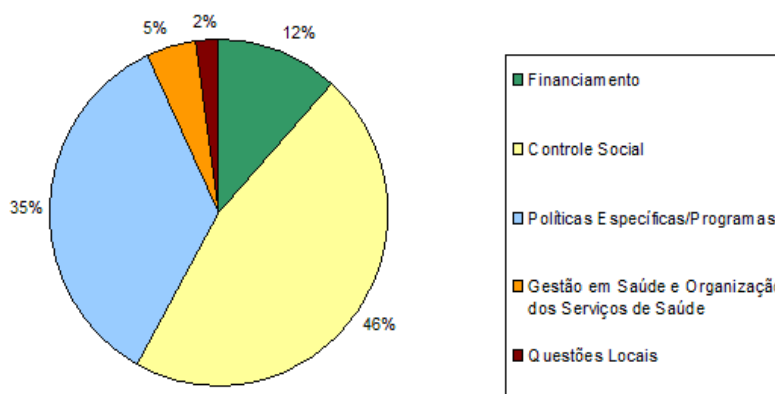
<sup>99</sup> A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada no período de 27 a 31 de março de 2006, teve cinco eixos temáticos: Direito à Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; Desafios Indígenas Atuais; Trabalhadores Indígenas e não Indígenas em Saúde; Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

<sup>100</sup> Maiores informações sobre o Pacto pela Saúde (2006) ver portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

o processo de habilitação, descentralização, regionalização, financiamento – responsabilidade dos três entes federados; busca a redução das iniquidades macro-regionais; define o repasse fundo a fundo como preferencial de transferência entre os gestores e constitui nova modalidade para a transferência dos recursos federais para custeio em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Implementação de políticas específicas).

Como um balanço do curto período da gestão Saraiva Felipe, conforme verificamos anteriormente, as principais temáticas debatidas continuam sendo Controle Social, Políticas Específicas e Programas de Saúde e Financiamento, conforme sinaliza a Gráfico 2:

**Gráfico 2: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – jul/2005 a mar/2006**



Fonte: Atas do Conselho Nacional de Saúde no período de julho de 2005 a março de 2006  
<http://www.conselho.saude.gov.br>.

Com relação ao Controle Social destaca-se as seguintes discussões: processo eleitoral do CNS, Conferências Temáticas, organização e planejamento do CNS, Comissões e Grupos de Trabalho, Plenária de Conselhos, Cadastro Nacional de Conselhos Municipais de Saúde e capacitação de conselheiros. O tema Políticas Específicas e Programas de Saúde problematizou tais assuntos: eliminação da hanseníase, Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, pandemia de influenza, uso de Talidomida, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Suplementar e quebra de patentes de medicamentos. Quanto ao tema

Financiamento as principais questões problematizadas foram a execução orçamentária do período e a luta pela regulamentação da EC nº 29.

A principal polêmica desse período, já sinalizada, foi o debate sobre o processo de licenciamento compulsório de anti-retrovirais no Brasil. Por outro lado, a aprovação do Pacto pela Saúde, acontecimento importante dessa gestão, contou com o apoio do Conselho Nacional de Saúde.

### **3.2.3. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de José Agenor Álvares da Silva**

A partir de abril de 2006, com o afastamento de José Saraiva Felipe para a campanha de sua reeleição a deputado federal, assumiu a gestão do Ministério da Saúde José Agenor Álvares da Silva. José Agenor, técnico da área da saúde, era considerado desde o início como um ministro interino. Entretanto, devido à eleição presidencial e às disputas partidárias em torno do Ministério, foi ministro da saúde do governo Lula até o início do seu segundo mandato, mais precisamente até 16/03/2007 (Matos, 2009).

No período ocorreram 12 reuniões do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovadas: 08 resoluções, 02 recomendações e 07 moções. O ministro compareceu em 09 das 12 reuniões do CNS, isto é, 75%.

O ministro participou da centésima sexagésima quarta reunião ordinária do CNS (abril de 2006) informando que, na condição de Ministro Interino da Saúde, daria continuidade às políticas e projetos do Ministério da Saúde. Ressaltou a importância para a mobilização no Congresso Nacional em favor da regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29<sup>101</sup>. E destacou que apesar dos avanços na Política de Saúde, era preciso reverter problemas estruturais do SUS relacionados ao orçamento, à gestão dos serviços de saúde, à precarização dos contratos e à falta de acolhimento dos usuários.

O ministro José Agenor, no início de sua gestão, comunicou ao Plenário do CNS, na reunião ordinária realizada em maio de 2006, que após seis meses de

---

<sup>101</sup> No dia 5 de abril de 2006, quarta-feira, o Conselho Nacional de Saúde realizou ato pela regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29, no Congresso Nacional. A mobilização contou com a presença de entidades e movimentos sociais ligados ao setor saúde e teve o apoio de parlamentares de vários partidos. Em resposta ao movimento, o presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Aldo Rebelo, comprometeu-se a incluir a votação do Projeto de Lei Complementar nº. 01/03, do Deputado Roberto Gouveia, que regulamenta a EC nº. 29, na Ordem do Dia da próxima terça-feira, dia 11 de abril de 2006. O Plenário do CNS definiu um calendário de atividades no mês de abril em favor da regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29.

negociação, assinou acordo com o Laboratório Gilead que possibilitou a redução do custo do Tenofovir, anti-retroviral que compõe o coquetel utilizado no tratamento do HIV/AIDS. Este acordo representaria a economia de US\$ 30 milhões/ano. Informou também que estava negociando a redução de preços de outros anti-retrovirais. Este foi um tema polêmico na gestão Saraiva Felipe. O ministro Agenor procurou negociar com os diferentes setores. Nesta mesma reunião foi aprovada a realização de seminário sobre a capacidade nacional de produção de anti-retrovirais.

Em 2006, foram deliberadas quatro Resoluções, aprovadas duas Recomendações e duas Moções. As Resoluções aprovadas três foram de organização, funcionamento e papel do Conselho/Controle Social<sup>102</sup> e uma com relação a política específica<sup>103</sup>. As recomendações foram referentes a políticas específicas, ou seja, Educação Profissional de Nível Tecnológico e Hospitais Universitários e de Ensino.

Com relação as moções, uma foi de apoio a iniciativa da Deputada Estadual por Minas Gerais – Maria Tereza Lara, que através da aprovação da Lei nº 15439, de 11 de janeiro de 2005 e do Decreto nº 44.269, de 30 de março de 2006, regulamentou e instituiu a Política Estadual de Educação Preventiva contra a Hanseníase e de Combate ao Preconceito no Estado. E a outra moção trata-se de uma posição contrária do CNS a aprovação dos Projetos de Lei PL nº 203/91, que institui a Política Nacional de Resíduos e libera a importação de resíduos incluindo pneus usados e reformados e do PLS nº 216/03 de autoria do Senador Flávio Arns, que libera a importação de pneus usados.

Como acontecimento marcante dessa gestão, tema e pauta de reuniões ordinárias e extraordinárias, destaca-se a discussão sobre a composição e o processo eleitoral do CNS para a escolha dos novos membros, da mesa diretora e do Presidente do Conselho.

A trigésima segunda reunião extraordinária do CNS (maio de 2006) foi convocada para tratar do processo eleitoral. Nesta reunião, o plenário tomou algumas decisões. Apesar de a maioria referendar o princípio de não haver vaga cativa no CNS, contudo, optou-se por reservar vaga para as entidades médicas, na

---

<sup>102</sup> A Resolução nº 358 constitui a Comissão Permanente Intersetorial da Saúde do Idoso. A Resolução nº 361 aprova o Regimento Eleitoral para o triênio 2006/2009. E a Resolução nº 364 aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>103</sup> A Resolução nº 363 aprova a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS, para implementação nas três esferas de Governo - Federal, Estadual e Municipal.

perspectiva de garantir a realização do processo eleitoral<sup>104</sup>. Além disso, foi definido que o decreto explicitaria a composição geral do CNS e o regimento eleitoral a composição específica. Outro aspecto discutido e deliberado foi com relação a composição do CNS que seria de 48 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, totalizando 144 membros. O mandato dos conselheiros seria de três anos, sendo permitida apenas uma recondução sucessiva. Quanto a eleição do Presidente do Conselho, esta deveria ocorrer em reunião plenária do CNS, em que tomariam posse os conselheiros eleitos, tendo direito a voto apenas os 48 conselheiros titulares. Por fim, o Plenário reforçou a necessidade do Ministro de Estado da Saúde contactar a Casa Civil para agilizar o processo de tramitação do decreto.

O ministro da saúde, na reunião ordinária de julho, comunicou a publicação, no Diário Oficial da União, do decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, que dispõe sobre a organização, atribuições e o processo eleitoral do CNS. De acordo com esse decreto, o calendário eleitoral aprovado foi a realização de eleições no final de agosto e a posse dos conselheiros e eleição do presidente do CNS em setembro. Além disso, foram definidos os seguintes encaminhamentos: a primeira reunião da comissão eleitoral, em julho; a lista de habilitados a participarem da eleição divulgada em agosto; e as comissões do CNS evitariam reuniões durante a preparação para o processo eleitoral.

A posse dos novos conselheiros para o triênio 2006/2009 ocorreu na trigésima terceira reunião extraordinária, realizada em setembro. Nesta reunião, em função da renovação significativa de conselheiros, a necessidade de compreender melhor o papel da presidência e a importância de definir trabalho colegiado de apoio à presidência, um grupo avaliou que aquele não seria o melhor momento para indicação de nomes. Dessa forma, foi apresentado como encaminhamento constituir um grupo de trabalho de transição, composto por oito membros, de forma paritária, para debater e definir o papel e as competências do presidente do CNS e da mesa diretora paritária dos trabalhos. A proposta da comissão provisória deveria ser apresentada na reunião do CNS de outubro de 2006 e a eleição para a escolha do Presidente realizada na reunião de novembro de 2006. Nesta direção, o Conselho

---

<sup>104</sup> No processo eleitoral realizado em 2009, esse critério de reserva de vaga para as entidades médicas não foi mantido. Observa-se a não presença de entidades médicas na composição dos conselheiros eleitos para o triênio (2009/2012) (titulares e suplentes) (ver anexo 5).



Nacional de Saúde se manteria em assembléia permanente até a eleição do presidente.

O Presidente e a Mesa Diretora do CNS foram eleitos na reunião realizada em novembro de 2006. Apresentaram-se como candidatos à presidência: os Conselheiros Francisco Batista Júnior e Cândida Maria Bittencourt Carvalheira. O Conselheiro Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS), com 35 votos, isto é 76% dos votos, foi eleito Presidente do CNS. Após a eleição do Presidente, a Comissão Eleitoral procedeu à eleição dos demais integrantes da Mesa Diretora. Foram declarados eleitos para compor a Mesa Diretora os sete conselheiros mais votados, sendo: Antônio Alves de Souza (representante do Ministério da Saúde); Artur Custódio M. de Souza (representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN); Carmen Lúcia Luiz (representante da Liga Brasileira de Lésbicas – LBL); Ciro Mortella (representante da Confederação Nacional da Indústria – CNI); Maria Izabel da Silva (representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT); Ruth Ribeiro Bittencourt (representante do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS); e Wander Geraldo da Silva (representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM). Outras questões discutidas na reunião foram a aprovação dos Grupos de Trabalho de revisão do Regimento do Conselho e de reformulação das Comissões do CNS. Também foi discutida a programação da oficina para capacitação dos novos conselheiros do CNS, que ocorreu em dezembro. Em virtude da oficina, não houve reunião ordinária do CNS em dezembro de 2006.

No início de 2007, na centésima sexagésima nona reunião ordinária do CNS (janeiro de 2007), o ministro apontou como maiores desafios postos a nova gestão do Conselho: a regulamentação da EC nº 29; o acompanhamento do Pacto de Gestão, aprovado pelo conselho e considerado um passo importante para o fortalecimento do SUS; a qualificação da Atenção Básica (investimento e capacitação); a regulação da urgência e emergência (média e alta complexidade); a assistência farmacêutica; e identificação das fragilidades do SUS para enfrentá-las, com reformulação do necessário. Outro aspecto ressaltado foi que a mudança de formato do Conselho Nacional de Saúde era emblemática para os outros conselhos, destacando a necessidade do CNS estimular a discussão nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde sobre a importância do papel dos Conselhos e dos

conselheiros. Como o ano de 2007 seria realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde, nesta reunião foi aprovada a comissão organizadora da Conferência e outros encaminhamentos.

Em 2007, foram deliberadas quatro Resoluções e aprovadas cinco Moções. As Resoluções aprovadas duas foram com relação a política específica<sup>105</sup>; uma quanto a questões referentes ao financiamento<sup>106</sup> e uma com relação ao funcionamento e papel do conselho e controle social<sup>107</sup>.

Com relação as moções, três apontaram críticas e oposição do Conselho a determinada questão e duas expressaram apoio e reconhecimento.

O Conselho manifestou críticas diante das dissociações entre empreendimentos econômicos e de infra-estrutura, impactos ambientais e saúde, considerando que as relações entre a humanidade e a natureza devem ser harmônicas e duradouras, a preservação do patrimônio ambiental e a saúde da população são parâmetros incontornáveis às decisões que presidem os rumos a serem trilhados para o desenvolvimento econômico-social e cultural do país. O CNS manifestou repúdio: a qualquer política que represente corte ou contingenciamento dos recursos do SUS nas três esferas de governo; a demora na aprovação do PLP 01/2003 que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a proposta de substitutivo ao PLP 01/2003, elaborado pelos representantes dos governos estaduais, através da CONFAZ, que implicará em perdas significativas de recursos, colocando em risco a existência do SUS. O Conselho se posiciona favorável à proibição da publicidade de medicamentos de venda livre nos órgãos de comunicação social em todo o território nacional e favorável à restrição da propaganda dirigida aos profissionais de saúde.

O Conselho manifestou apoio à ação do Ministério da Saúde e à Portaria GM/MS nº 1.851/06, ao por fim ao silêncio epidemiológico e dar visibilidade às doenças relacionadas ao amianto no Brasil, considerando a nocividade do amianto para a saúde das populações expostas.

---

<sup>105</sup> A Resolução nº 367 aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária e a Resolução nº 370 aponta para a necessidade do registro e credenciamento ou renovação de registro e credenciamento dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) institucionais.

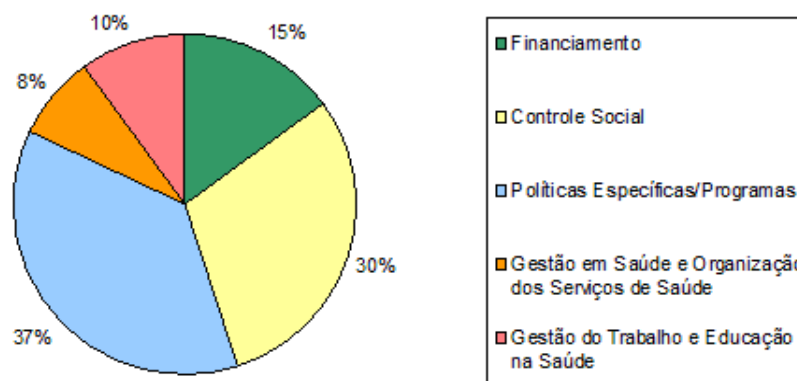
<sup>106</sup> A Resolução nº 369 solicita ao Governo Federal a imediata disponibilidade de parcela dos recursos orçamentários contingenciados pelo Decreto nº 6.046/2007, no valor de R\$ 3,5 bilhões, para a realização de empenhos relativos às despesas com ações e serviços públicos de saúde - outros custeios e capital, garantindo-se assim o cumprimento do valor mínimo de aplicação nos termos da Emenda Constitucional nº 29.

<sup>107</sup> A Resolução nº 368 aprova a criação de comitê de acompanhamento do Acordo de Cooperação Técnica entre Banco do Brasil, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde a respeito do Projeto de Inclusão Digital do CNS.

Por fim, o CNS reconheceu o trabalho do servidor José Agenor Álvares da Silva, como Ministro de Estado da Saúde e a sua contribuição para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e do Controle Social na Saúde, em especial do Conselho Nacional de Saúde.

Ao avaliar a gestão de José Agenor ressalta-se que o mesmo era para ser um ministro interino, tornando-se ministro da pasta da saúde até o início do segundo mandato do governo Lula. Nesse contexto, segundo o Gráfico 3, as principais temáticas debatidas no Conselho Nacional de Saúde continuaram sendo Controle Social, Políticas Específicas e Programas de Saúde e Financiamento.

**Gráfico 3: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – abr/2006 a mar/2007**



Fonte: Atas do Conselho Nacional de Saúde no período de abril de 2006 a março de 2007  
<http://www.conselho.saude.gov.br>.

Como marco desse período destaca-se o processo eleitoral e a eleição do presidente do CNS. O presidente do conselho passaria a ser eleito, não sendo mais o ministro da saúde. Este acontecimento foi um avanço para a participação social no Brasil, servindo de exemplo para os conselhos municipais e estaduais de saúde.

Com relação as Políticas Específicas e Programas de Saúde os seguintes assuntos foram problematizados: atenção básica; saúde bucal; saúde do idoso; saúde do adolescente; saúde da população negra; pessoa ostomizada; medicamentos anti-retrovirais; proibição de publicidade de medicamentos; eliminação da hanseníase; ética e pesquisa; pandemia de influenza, entre outros temas. Quanto ao Financiamento as principais questões debatidas continuaram sendo a execução orçamentária, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a luta pela regulamentação da EC nº 29. Cabe destacar que nesse período foram retomadas

temáticas relacionados a gestão do trabalho e educação na saúde, tais como: formação profissional (Pró-Saúde); avaliação sobre a abertura de novos cursos na área da saúde; Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS SUS); Política de Educação Permanente; Residência Multidisciplinar.

### **3.2.4. A Atuação do Conselho Nacional de Saúde na Gestão de José Gomes Temporão**

O Plano de Governo 2007-2010 divulgado pelo candidato Lula, segundo Paim (2008), não apresenta um compromisso com a Reforma Sanitária uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho.

Na composição do segundo governo Lula, foi escolhido para ministro da saúde um sujeito político que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos de 1980. Em seu discurso de posse, o ministro José Gomes Temporão afirma que há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência. Um dos possíveis caminhos de superação deste conflito certamente passa pelo reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. É necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença (Bravo & Menezes, 2008).

No período de março de 2007 a dezembro de 2008, aconteceram 23 reuniões do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovadas: 31 resoluções, 58 recomendações e 12 moções. Dos ministros que assumiram a pasta da saúde no governo Lula, Temporão foi o que menos participou das reuniões do CNS, comparecendo em 09 das 23 reuniões realizadas, isto é, 39%. Essa é uma questão que chama atenção e merece uma reflexão. Será que a eleição de um presidente do CNS não sendo o Ministro da Saúde, vem desobrigando a participação do ministro

de Estado nesse espaço?<sup>108</sup> Será que a pouca participação do ministro nas reuniões do Conselho significa uma não valorização dos espaços de controle social? Essas são algumas indagações.

Na trigésima quarta reunião extraordinária do CNS (março de 2007), primeira reunião da gestão do Ministro Temporão, foi discutida a organização e regimento interno da 13ª Conferência Nacional de Saúde, programada para ocorrer em 2007, e o discurso de posse do ministro da saúde. Apesar do ministro não estar presente nesta reunião, o seu representante, José Carvalho de Noronha, transmitiu ao Conselho Nacional de Saúde as vinte e duas prioridades da gestão<sup>109</sup>, destacando a proposta de reforçar o fortalecimento do controle social como a gestão democrática e participativa e o desafio da 13ª Conferência Nacional de Saúde representar, sem demérito das demais conferências, a 8ª Conferência Nacional de Saúde renovada.

---

<sup>108</sup> Ressaltamos o avanço que representou a eleição do presidente do Conselho Nacional de Saúde para a participação social, servindo de exemplo para os Conselhos Estaduais e Municipais.

<sup>109</sup> 1. Zelar pelo rigor no uso dos recursos públicos combatendo as fraudes e instituindo controles que permitam uma maior participação da sociedade no uso e destino dos recursos da Saúde; 2. Fortalecer, expandir e qualificar a Atenção Básica como a estratégia central de reordenamento do sistema, a partir dos princípios da integralidade, equidade e universalidade; 3. Fortalecer, aprofundar e aperfeiçoar os Pactos em defesa da Vida, do SUS e de Gestão, através do processo de descentralização pactuado e monitorado pela tripartite e pelas bipartites qualificando-os como espaços de gestão e formulação de políticas; 4. Lutar dentro governo, no congresso nacional e na sociedade para que a saúde possa dispor dos recursos orçamentários necessários à plena realização dos ditames constitucionais; 5. Fortalecer o controle social com uma gestão democrática e participativa no SUS ampliando o grau de consciência sanitária como nos ensinou Giovanni Berlinguer; 6. Adotar uma visão integrada interinstitucional, múltipla e interativa que aproxime os espaços da saúde, educação, esportes, cultura, saneamento, segurança, habitação com as políticas de inclusão social; 7. Fortalecer e disseminar nacionalmente a Política de Humanização estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados em saúde, assegurando acolhimento, conforto, respeito, e qualificação técnica na Atenção ao cidadão usuário do SUS; 8. Fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no combate ao câncer ginecológico, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual; agregando também a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com DST/AIDS; 9. Melhorar o atendimento prestado às populações em situações de risco como a população indígena, quilombolas, assentamentos entre outras; 10. Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem; 11. Desenvolver abordagens inovadoras em relação a grupos mais vulneráveis da população como os idosos e o binômio mãe-bebê no 1 ano de vida, período reconhecidamente fundamental à construção de padrões de relacionamento sociais compartilhados e de desenvolvimento da personalidade; 12. Priorizar a promoção da saúde e políticas de prevenção voltadas para as doenças prevalentes como as cardiovasculares, câncer, as que resultam das violências, acidentes de trabalho e de trânsito, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares, do tabagismo entre outras; 13. Convocar a Fiocruz e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para junto com a UNB e a ENAP implantarem imediatamente uma 'Escola de Governo em Saúde' - cuja proposta têm se firmado como espaço essencial para a capacitação dos gestores da saúde - na Capital Federal; 14. Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores, amplificando nossa presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas - como a OMS, a OPAS, a UNITAIDS, o FIAM e tantos outros assim como cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul- em especial com o Mercosul- e com os países de língua portuguesa da África e a CPLP; 15. Dar continuidade e aperfeiçoar a reforma psiquiátrica brasileira; 16. Buscar uma maior integração entre as atividades e políticas desenvolvidas pela ANS e o SUS; 17. Estabelecer com os profissionais de saúde um diálogo que permita avançar na discussão da política salarial, das condições de exercício profissional, do combate à precarização do trabalho, de sua qualificação permanente e adotando nesta perspectiva a máxima "cuidar de quem cuida"; 18. Fortalecer o papel do MS em relação à pesquisa, a inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico, fortalecendo a recém concluída política de gestão de tecnologias em saúde; 19. Estabelecer uma estratégia nacional de desenvolvimento e inovação para o Complexo Produtivo de Bens e Serviços de Saúde no país, pensando a saúde como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento; 20. Garantir o acesso da população aos medicamentos necessários através de uma política de assistência farmacêutica que integre e articule a dispensação gratuita com as novas estratégias estabelecidas pelo programa de Farmácia Popular; 21. Estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade. A recente regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico institucional para a rede pública de hospitais abrem novas perspectivas; e 22. Contribuir para decifrar a esfinge do Rio de Janeiro buscando estabelecer uma repactuação entre os gestores federal, estadual e dos municípios, na compreensão da saúde como parte de um projeto civilizatório tão fundamental para o povo carioca e fluminense.

Na reunião ordinária do mês de maio, o ministro da saúde, José Gomes Temporão, fez uma explanação sobre questões fundamentais do SUS que precisam ser tratadas, dentre elas: a atenção à saúde, a gestão, o trabalho em saúde e o controle social. Destacou a necessidade de expandir o Programa Saúde da Família, acabar com a precarização do trabalho e o subfinanciamento e melhorar a assistência farmacêutica. Ressaltou que é preciso garantir a integração da rede e serviços, com melhoria da administração. Enfatizou a importância de políticas salariais adequadas e condições seguras de trabalho. E, por fim, a necessidade de estruturação de conselhos gestores nas unidades de saúde para se avançar no controle social.

O atual ministro, no primeiro ano de sua gestão, levantou para o debate questões polêmicas como a legalização do aborto, considerado como um problema de saúde pública; a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias. Tomou também algumas medidas, entre elas, a de maior impacto foi a quebra de patente do medicamento Efavirenz (Stocrin), da Merk Sharp & Dohme, elogiada amplamente pelas entidades de combate à AIDS (Revista Época, 14 de maio de 2007)<sup>110</sup>.

O Ministério da Saúde, entretanto, não tem enfrentado algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Apresenta, por outro lado, proposições que são contrárias ao Projeto de Reforma Sanitária, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (Bravo & Menezes, 2008).

A proposição mais preocupante é a criação das Fundações Estatais, cujo debate está avançado na saúde<sup>111</sup>, mas pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, tais como saúde, educação, ciência e tecnologia,

---

<sup>110</sup> O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Septuagésima Terceira Reunião Ordinária, aprovou a Moção n° 006 que manifesta o apoio ao licenciamento compulsório do medicamento anti-retroviral Efavirenz, que foi garantido no Decreto Presidencial 6.108/07, em 04 de maio de 2007.

<sup>111</sup> Na saúde este debate inicia-se com a crise da saúde no Rio de Janeiro e teve impulso com a criação e elaboração, pela equipe de trabalho constituída pelos Ministérios do Planejamento e Saúde com a participação de professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Sunfeld Advocacia/SP, do documento que foi apresentado, inicialmente, no Congresso da ABRASCO, em 2006, com o título "Gestão em Saúde: Novos Modelos de Gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde" e, posteriormente, teve revisão no título para Fundações Estatais. Atualmente, há uma articulação entre os Estados da Bahia, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Sergipe para a adoção deste modelo bem como, para os hospitais federais do Rio de Janeiro.

cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, entre outras<sup>112</sup>.

Algumas questões podem ser levantadas com relação a esta proposta, tendo por referência a saúde: as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações (Bravo & Menezes, 2008).

Os movimentos sociais têm reagido a esta proposição. Em 2007, o Conselho Nacional de Saúde se posicionou contrário na sua reunião do mês de junho<sup>113</sup>. O plenário aprovou a realização de um seminário nacional sobre modalidades de gestão em curso no SUS.

O Seminário de Modalidades de Gestão do SUS ocorreu nos dias 6 e 7 de agosto de 2007, em Brasília/DF. Este seminário mobilizou cerca de 180 participantes, representantes de usuários, profissionais de saúde, gestores da área, prestadores de serviço e comunidade científica, numa demonstração de que a condução dos serviços de atenção à saúde no país é um dos grandes desafios a serem enfrentados.

Durante o seminário foram apresentados diferentes exemplos de gestão no SUS e foi realizada uma avaliação dos últimos 20 anos da reforma do Estado no país. No final do seminário foi elaborado um documento contendo as doze características consideradas indispensáveis para um novo modelo de gestão dos serviços de saúde<sup>114</sup>. Ao longo do evento vários participantes manifestaram

---

<sup>112</sup> Em 2007, foi apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, o Projeto de Lei Complementar n° 92/07, que propõe a criação das Fundações Estatais de Direito Privado para todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado. Este projeto objetiva regulamentar a Emenda Constitucional n° 19, de 4 de junho de 1998, mais conhecida como emenda da contra-reforma do Estado brasileiro, do governo Fernando Henrique Cardoso. O projeto das Fundações de Direito Privado foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2008 por duas comissões, a do Trabalho, Administração e Serviço Público em junho, e a de Constituição e Justiça, em setembro (Radis 79).

<sup>113</sup> O pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) decidiu pelo debate da proposta, uma vez que o ministro Temporão já havia admitido durante a reunião de maio de 2007, do Conselho Nacional, que o projeto, ainda em fase de construção, seguiria direto para o Congresso Nacional, onde ocorreria o debate, e não passaria pelo Conselho. A reunião do CNS que discutiu e rejeitou o projeto contou com a participação de representante do Ministério do Planejamento, da consultora em saúde e do presidente da Confederação Nacional de Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS) (Jornal do CNS, novembro de 2007).

<sup>114</sup> Por um modelo de gestão dos serviços de saúde que: 1) seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde; 2) seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de

posições favoráveis à retirada de tramitação, pelo governo federal, do Projeto de Lei Complementar 92/2007 do Congresso Nacional.

Na reunião ordinária do CNS do mês de agosto, após o Seminário de Modalidades de Gestão, o pleno do Conselho Nacional de Saúde resolveu: divulgar a carta do seminário na página do Conselho; enviar a carta, com histórico do debate e a deliberação sobre a matéria, a todos os conselhos municipais e estaduais do País, orientando para que debatam o tema nas conferências; encaminhar a carta do Seminário ao Presidente da República, solicitando audiência. Outro encaminhamento do Seminário, também aprovado pelo Pleno do CNS, foi a criação de um Grupo de Trabalho (GT) para aprofundar o debate sobre o produto do Seminário e apresentar documento para ser discutido no segundo seminário sobre o tema; e elaborar documento para ser apresentado na 13ª Conferência.

Na centésima septuagésima sétima reunião ordinária do CNS (setembro de 2007) foi determinada a prorrogação do mandato do Presidente e da Mesa Diretora do CNS até dezembro de 2007, a fim de realizar o processo eleitoral após a 13ª Conferência. E foi aprovada a moção de apoio nº 007 de reconhecimento ao trabalho desenvolvido pela atual gestão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

As Resoluções aprovadas, nesse período de 2007, em quase sua totalidade, apontaram para a reestruturação das diversas Comissões do Conselho Nacional de Saúde<sup>115</sup>.

---

entrada; 3) assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas; 4) assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação a gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços; 5) no qual a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais; 6) envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão; 7) empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento; 8) aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde; 9) institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde; 10) enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde; 11) garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS; 12) coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS.

<sup>115</sup> Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS ; Comissão Intersetorial de Alimentação – CIAN; Comissão Intersetorial de Educação Permanente do Controle Social no SUS – CIEPCSS; Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase no Brasil – CIEH; Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA; Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM; Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso – CIPSI; Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento – COFIN; Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI; Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência – CPTV; Comissão Permanente para Acompanhamento das Políticas em DST e Aids – CAPDA; Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU; Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência – CISP; Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia – CIVSF; Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST; Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH; Comissão Permanente de Saúde Suplementar – CPSS; Comissão Intersetorial de Pessoa com Patologias –CIPP.



No ano de 2007, foram realizadas Conferências Estaduais em todos os estados brasileiros e a 13ª Conferência Nacional de Saúde - maior evento envolvendo a participação social no país. Em todas estas conferências a proposta de criação das Fundações de Direito Privado foi rejeitada.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. O Conselho Nacional de Saúde entendeu que era importante para a sociedade brasileira definir diretrizes para o avanço e a garantia da saúde como direito fundamental no desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias para fortalecer a participação social no enfrentamento dos desafios atuais, para assegurar o Sistema Único de Saúde como política de Estado.

Dois temas foram centrais na 13ª Conferência: o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da saúde e a descriminalização do aborto. O projeto foi reprovado não somente em todos os grupos, mas também na plenária final. Marcou, desta forma, um posicionamento claro do movimento da saúde contrário ao modelo de gestão proposto pelo governo federal, que retoma - com novo fôlego - a contra-reforma do Estado, iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) por Bresser Pereira (Bravo, 2008).

Os delegados do maior evento da política de saúde brasileira apontaram como propostas para as questões vivenciadas pelo SUS o aprofundamento das políticas universalistas, o cumprimento da legislação brasileira sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS e a aprovação do PLP 01/2003 da Câmara dos Deputados, atualmente PLC nº 89/2007 (no Senado Federal), que regulamentava a Emenda Constitucional 29, que se refere ao financiamento<sup>116</sup>.

Quanto à descriminalização do aborto, a conferência posicionou-se desfavoravelmente. A tradição cultural brasileira e a influência da Igreja Católica pesaram acentuadamente na escolha política dos delegados com relação a esse

---

<sup>116</sup> No dia 31 de outubro de 2007, a Câmara dos Deputados finalmente aprovou o Projeto de Lei Complementar 01/2003, proposto pelo então deputado Roberto Gouveia, regulamentando a Emenda Constitucional 29/2000. Trata-se de uma vitória para o SUS em diversos aspectos: a definição clara de que os recursos da saúde sejam aplicados apenas em ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito; a proibição de que os recursos da saúde sejam destinados ao pagamento de servidores inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento (exceto alguns casos específicos); mecanismos de fiscalização e transparência das contas públicas da saúde, inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde; a disposição de que a infração a essas normas configura ato de improbidade administrativa, sujeito a punição para o gestor. Entretanto, a versão aprovada não vincula a despesa mínima federal a 10% da Receita Corrente Bruta, como constava no projeto desde agosto/2004 (substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família). Aprovaram a contra-proposta do governo federal, que mantém o cálculo pela variação nominal do PIB. O projeto teve origem na Câmara dos Deputados e seguiu para o Senado, onde ainda pode ser alterado. Fonte: <http://www.cebes.org.br>. Atualmente o Projeto de Lei que está em discussão e seguindo a sua tramitação é o PLS (Projeto de Lei do Senado) nº 121/2007, de autoria do Senador Tião Viana. Esse Projeto foi remetido à Câmara dos Deputados e recebeu o número PLP nº 306/2008. Fonte: <http://conselho.saude.gov.br>.

tema. O desafio colocado é avançar e aprofundar esse debate com os movimentos sociais, partidos políticos e centrais sindicais, relacionando-o a uma questão de saúde pública (Bravo, 2008).

Um aspecto importante evidenciado na 13ª CNS diz respeito à autonomia do Conselho Nacional de Saúde em relação ao governo, o que só foi possível em decorrência do presidente ter sido eleito pelos conselheiros e ter legitimidade na plenária.

A conferência só foi realizada em 2007 face à determinação do Conselho Nacional de Saúde, apesar das dificuldades enfrentadas e do pouco envolvimento do Ministério da Saúde, com exceção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

A questão preocupante após a 13ª CNS é o fato do ministro da Saúde não aceitar a decisão da mesma com relação ao projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, continuando a defendê-lo e a mantê-lo no Programa Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde, apresentado à nação e ao Conselho Nacional de Saúde no dia 5 de dezembro de 2007<sup>117</sup>.

O Programa Mais Saúde apresenta quatro pilares estratégicos, a saber:

- *Promoção e Atenção* - Envolve ações de saúde para toda a família, desde a gestação até a terceira idade.
- *Gestão, Trabalho e Controle Social* - Qualifica os profissionais e gestores, forma recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. Neste item, a proposta central é a criação da Fundação Estatal de Direito Privado.
- *Ampliação do Acesso com Qualidade* - Reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no SUS.
- *Desenvolvimento e Inovação em Saúde* - Trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego.

Na centésima octagésima reunião ordinária do CNS (dezembro de 2007), após a 13ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizado o processo de eleição do presidente e da mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde. Para presidente do CNS foi reeleito o conselheiro Francisco Batista Júnior e para a mesa diretora foram eleitos os seguintes conselheiros: Antônio Alves de Souza (representante do

---

<sup>117</sup> As linhas gerais do Plano de Aceleração do Crescimento para a Saúde foi apresentada na reunião ordinária do mês de outubro. Neste período, a proposta ainda estava em fase de elaboração.

Ministério da Saúde); Luís Carlos Bolzan (representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems); Ruth Ribeiro Bittencourt (representante do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS); Artur Custódio M. de Souza (representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN); Carmen Lúcia Luiz (representante da Liga Brasileira de Lésbicas – LBL); Maria Izabel da Silva (representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT); e Wander Geraldo da Silva (representante da Confederação nacional das Associações de Moradores – CONAM). Nesta reunião foi apresentada a primeira versão do Relatório Final da 13ª Conferência, foi aprovado o calendário de reuniões ordinárias do CNS para 2008 e aprovado o Regimento Interno do CNS.

Na última reunião de 2007, o Conselho Nacional de Saúde também aprovou a recomendação nº 008, destacando: que a totalidade dos recursos arrecadados com a CPMF, seja destinada exclusivamente à saúde; e que o PLC 89/2007 seja aprovado, imediatamente, pelos Senadores da República, resgatando o texto que fixa 10% das Receitas Correntes Brutas como recursos mínimos destinados à saúde, bem como não considerar como ações e serviços de saúde, em especial, pagamentos a servidores inativos e pensionistas, uma ação típica de Previdência e, nem gastos com saneamento, ação típica de Infra-estrutura, excetuando-se os gastos referidos na Resolução 322/2003 deste Conselho Nacional, e ainda, tomando também como base o texto das diretrizes/propostas aprovadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Na primeira reunião do CNS de 2008, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, esteve presente e, no seu pronunciamento, tratou das seguintes questões: desafios da recomposição do financiamento da saúde, diante da não prorrogação da CPMF; casos de febre amarela e a proposta de Fundações Estatais, a partir do substitutivo do Deputado Pepe Vargas.

O ministro avaliou na sua fala que a não prorrogação da CPMF representou uma derrota, impactando de forma significativa no orçamento da saúde.

“É a primeira reunião do Conselho e gostaria de compartilhar com os companheiros algumas preocupações sobre a conjuntura pós-perda da CPMF. Na minha análise, foi uma derrota para a sociedade brasileira, pois todo discurso da direita sobre a questão do imposto e de que os preços dos produtos iam cair como se todos acreditassem na história da carochinha e, na realidade, isso coloca o governo numa situação difícil do ponto de vista orçamentário. Se vocês imaginarem, não existe nenhum país no mundo que pode abrir mão de uma receita de U\$ 23 bilhões de

um ano para o outro. Isso é um disparate. E essa foi uma estratégia da oposição pensada friamente e o objetivo não era a CPMF e o bolso do contribuinte, mas o ano de 2010, em derrotar o governo Lula. Então, nós temos clareza de que essa é uma questão político-ideológica e que nós temos que, agora, nessa nova conjuntura, ter clareza que o nosso grande desafio, sem dúvida nenhuma, é o trabalho político de recompor a estrutura de financiamento do setor saúde. Com a perda da CPMF, nós não temos garantia de que os R\$ 24 bilhões do PAC da Saúde estejam garantidos e a Emenda nº. 29 voltou à estaca zero. Na verdade, nós temos que retomar a discussão da Emenda 29, repensar e reconstruir as bases de financiamento setorial. Esse, a meu ver, é o grande desafio”.

A questão do financiamento e a necessidade de orçamento para a saúde é um tema de coalizão entre os segmentos que compõe o Conselho Nacional de Saúde, embora com tensões em alguns aspectos.

Por outro lado, o tema da gestão, em especial a proposta de Fundação Estatal, vem gerando debates e conflitos entre as entidades do CNS e o Ministério da Saúde, como demonstra a fala de Temporão.

“O outro tema que eu queria compartilhar com vocês é a questão da gestão. Acho que nós tivemos no ano passado algumas situações de conflito por conta da proposta de fundações estatais, inclusive com toda discussão que aconteceu na 13ª Conferência Nacional de Saúde. Eu já conversei com o Presidente (do CNS) Júnior da minha disposição de solicitar ao Conselho a reabertura desse debate, porque o deputado Pepe Vargas trabalhou em um substitutivo ao projeto do governo federal que, na verdade, incorpora os doze pontos que o CNS aprovou como fundamentais para discutir qualquer modelo inovador ou novo modelo de gestão para as unidades públicas de saúde. Então, me parece que seria bastante interessante, eu estou propondo que na próxima reunião do CNS o deputado venha apresentar o substitutivo e que o Conselho possa reabrir esse debate para que nós possamos, quem sabe durante este semestre, caminhar no sentido de um consenso que nos permita ter um instrumento que mude, que impacte diretamente na nossa capacidade de gerenciar melhor os recursos públicos”.

A reunião ordinária realizada em março de 2008 contou com a participação do Deputado Federal Pepe Vargas, do PT/RS, que fez uma apresentação do substitutivo, de sua autoria, ao PLC nº. 92 de 2007, que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação das fundações instituídas pelo poder público e dá outras providências. Como encaminhamento ficou definido que o Projeto será levado às entidades que compõem o CNS para debate. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde definiu a realização do segundo Seminário de Modalidades de Gestão até maio de 2008.

Aconteceu, no dia 12 de maio de 2008, organizado pelo CNS, o II Seminário Nacional sobre Modalidades de Gestão no SUS. O evento contou com a presença da Juíza Federal Salete Macalóz, do Deputado Federal Pepe Vargas, da Secretária Executiva do Ministério da Saúde Dr. Márcia Bassit e do Jurista Dalmo Dallari para a discussão dos aspectos éticos, políticos e jurídicos da Gestão dos Serviços Públicos no Brasil. Após o Seminário, o Conselho Nacional de Saúde reafirmou o seu posicionamento contrário em relação à proposta de Fundação Estatal de Direito Privado, ao entender que a proposta aponta para a desconstrução de importantes e fundamentais quesitos legais referentes à gestão do trabalho e do sistema<sup>118</sup>. O posicionamento do Conselho é baseado, entre outros, nos seguintes pontos:

**Quadro 1: Sistema Único de Saúde e Fundações Estatais de Direito Privado**

	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	<b>FUNDAÇÕES</b>
<b>Grandes diferenças salariais com desestímulo profissional e comprometimento da qualidade do serviço</b>	Plano de Cargos, Carreira e Salários do SUS proposto pelo CNS - equilibra as carreiras e valoriza todos os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional.	Propondo salários de “acordo com o mercado” - aprofundam as diferenças e o comprometimento da qualidade do serviço prestado
<b>Estabilidade e perspectivas de carreira</b>	Regime Jurídico Único e Carreira do SUS proposta pelo CNS – presente, gerando segurança e motivação ao profissional para o desempenho de suas funções.	Ausente - contratação via Consolidação das Leis do Trabalho gerando instabilidade e falta de comprometimento do profissional.
<b>Gestão técnica sem ingerência política e particularizada</b>	Gestão profissionalizada - garante a valorização dos profissionais e a consolidação do sistema.	Ausente – contribuindo para a ocupação do sistema público por corporações e grupos organizados
<b>Valorização e comprometimento multiprofissional qualificando o serviço prestado</b>	Profissional comprometido com o sistema com repercussões positivas e imediatas na qualidade do serviço desenvolvido.	Ausente – a proposta é apenas de valorização de alguns profissionais “de acordo com os salários de mercado”.
<b>Autonomia administrativa e maior eficiência gerencial</b>	Proposta do CNS de Regulamentação do art. 37, que estabelece a profissionalização da gestão e garante a autonomia e a eficiência gerencial.	Não necessariamente – continua o processo de exposição aos interesses de grupos políticos organizados

Fonte: <http://conselho.saude.gov.br>

Segundo Ocké-Reis, “o aumento de recursos financeiros é uma precondição para negarmos o SUS da ‘não-universalidade’ e da ‘não-descentralização’, para que

<sup>118</sup> O CNS não vê diferenças com a proposta apresentada pelo Deputado Pepe Vargas.

ele não negue si mesmo enquanto direito social” (2008: 613). O autor ressalta que parte significativa dos problemas de gestão decorre da crise crônica de financiamento<sup>119</sup>. Nessa direção, afirma que o Ministério e os secretários municipais e estaduais de saúde devem buscar incrementar a eficiência do SUS, alocando recursos com base nas necessidades de saúde da população, com o intuito de promover a equidade e a melhoria da atenção à saúde. Dessa forma, destaca que estudos realizados sobre o sistema americano sugerem que há pouca evidência de que o setor privado possa oferecer assistência à saúde com maior qualidade e eficiência do que a oferecida pelo governo, tornando o papel do setor público para a organização do sistema de saúde ainda mais decisivo (Ocké-Reis, 2008).

Nas reuniões ordinárias do CNS dos meses de maio e junho de 2008 foi ressaltada a necessidade de deflagrar um movimento suprapartidário para levantar o país em favor da EC 29. Além disso, o Conselho se posicionou contrário a qualquer alteração do texto original do substitutivo de regulamentação da EC 29.

Na centésima octagésima oitava reunião ordinária do CNS (agosto de 2008) foi aprovado o texto da Carta de Mobilização dos 20 anos do SUS. Tal carta, aponta como principais desafios do Sistema Único de Saúde brasileiro:

- Superar o problema do subfinanciamento, que envolve a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a participação adequada e estável da receita pública no financiamento da saúde.
- Diminuir a dependência que tem do setor privado/contratado por meio do fortalecimento da rede pública e estatal.
- Profissionalizar a gestão e gerência dos serviços a partir dos seus próprios quadros.
- Estabelecer uma política de valorização dos trabalhadores com reais perspectivas de carreira.
- Investir fortemente na estruturação e valorização da atenção primária e multiprofissional.
- Fortalecer a participação social que tem sido a sustentação do SUS.

A reunião realizada em outubro de 2008 contou com a participação do ministro da saúde que ressaltou a importância das reuniões do CNS, mas justificou que muitas vezes não consegue participar em função de problemas de agenda.

---

<sup>119</sup> Sobre o Financiamento do SUS ver Ugá & Marques (2005).

“Na realidade, vim fazer uma visita, a minha presença aqui no Conselho deveria se tornar regular em todas as reuniões. Porém, temos sempre problemas de agenda, viagens. Seria excelente se a gente pudesse, em cada reunião, fazer uma análise de conjuntura, estar avaliando o que acontece na dinâmica setorial do país. Isso é uma coisa importante, nos ajuda, é importante para o Conselho, é importante para o Ministro”.

O ministro em sua fala abordou os 20 anos de promulgação da Constituição Federal e de criação do SUS citando enquanto um instrumento poderoso de inclusão social. Tratou também dos seguintes temas: sua eleição para presidente do conselho diretor da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS; Campanha da Rubéola com a vacinação de mulheres e homens; fabricação do medicamento Efavirenz por farmanguinhos e mais três empresas privadas; a realização de pesquisa no Brasil com células-troncos embrionárias para o tratamento de doenças; e a entrega de 48 computadores para os conselheiros com banda larga, e curso de informática para os que necessitarem.

Temporão explicitou, mais uma vez, que o tema que vem gerando divergências entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde é o que trata da modalidade de gestão.

“Quais eram as políticas que tinham conflitos intensos entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde? No seu entendimento, a única proposta discordante democraticamente é a que trata da modalidade de gestão. Se houvesse outras, gostaria de ser informado. O novo modelo de gestão é um tema importante e é compreensível e justo que existam opiniões diferentes. Só se sentia incomodado quando, no debate político, utilizam-se termos que não são verdadeiros, como dizer que a proposta do governo é uma proposta de privatização. Dizer que é uma terceirização dos serviços não é verdade. Propôs que se saísse do debate desqualificado e se debatesse a essência da proposta, que é uma visão do Estado. Assim, o Ministério poderia dialogar com o Conselho em clima respeitoso como sempre aconteceu. Informou que a Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados aprovava a proposta que fora toda reescrita com base nos dez pontos deliberado pelo CNS e encaminhados ao Ministro. Também informou que os governos da Bahia, do Rio de Janeiro, de Sergipe, de Pernambuco já aprovaram leis estaduais a respeito, do que se depreende que não se está mais na fase das sugestões, das hipóteses. Chamou a atenção para o fato de o STF ter aprovado recentemente uma demanda que questiona as Organizações Sociais em São Paulo, que é um modelo diferente do que o governo está propondo. O governo está propondo uma instituição que fará parte do Estado. (...) Disse, a propósito, que está sempre à disposição do CNS para debater todos os temas que sejam importantes para a saúde pública”.

Outro aspecto enfatizado foi a importância da participação e do controle social e o papel do Conselho Nacional de Saúde nesse processo.

“Depois da 8ª Conferência, o processo de conferências se institucionalizou e se estruturou. Foi feito um grande esforço de todos na estruturação e fortalecimento dos conselhos estaduais e municipais. Isso com a ajuda de centena de militantes, de companheiros e companheiras. Este Conselho tem uma grande responsabilidade, porque é a referência para todo o país, na qualificação do controle social e na importância disso nas políticas de saúde. E por que isso é importante? Fico mais feliz quando penso não na dimensão fiscalizadora, de acompanhamento ou monitoramento. Fico mais confortável quando penso na dimensão de uma consciência política. A ação coletiva, a participação das entidades de maneira organizada na luta pela construção do que Berlinguer chamava de consciência sanitária, ou seja, não só uma consciência de cada um de nós sobre a questão da saúde, uma consciência crítica, uma consciência estruturada e também ação coletiva na busca da melhoria das condições de saúde e de vida. Essa dualidade, consciência individual e movimento coletivo, é a essência desse conceito”.

Apesar de José Gomes Temporão destacar a importância dos espaços dos conselhos, não tem conseguido participar das reuniões do CNS com a frequência que os ministros das gestões anteriores participavam. E, por fim, solicitou que as pautas que demandam a sua presença sejam encaminhadas com antecedência ao Gabinete para conhecimento.

No período de 2008, foram aprovadas 50 Recomendações, 10 Moções e 10 Resoluções.

Com relação as Recomendações aprovadas no período, o tema que teve destaque foi a saúde do trabalhador e a questão do trabalho, com 24 recomendações aprovadas no total de 50.

Quanto as Moções, 6 foram de apoio e homenagem e 4 de questionamento.

Das Moções de questionamento, o Conselho manifestou preocupação com os rumos da política de crescimento e desenvolvimento econômico e os impactos na saúde, a partir da demissão da ministra de meio ambiente Marina Silva. Outra preocupação do CNS é com relação aos recentes encaminhamentos relacionados com o gerenciamento da saúde do trabalhador, no âmbito do Ministério da Saúde, reiterando o apoio às ações nesta área implementadas por este Ministério através da COSAT (Coordenação de Saúde do Trabalhador). O Conselho Nacional se posicionou contrário: ao tratamento violento que as Polícias Militares vêm praticando contra os movimentos sociais, em particular, no Estado de Pernambuco; a proposta de Fundação Pública de Direito Privado que desrespeita as deliberações da 6ª



Conferência Estadual de Saúde do Estado do Pernambuco, da 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, e do Conselho Nacional de Saúde e que significa uma real ameaça aos princípios fundamentais do SUS; e a dissolução de Conselhos de Saúde como o do Município de Petrolina, ato autoritário que fere os princípios democráticos do SUS e do País. O CNS repudiou a ausência, sem justificativa plausível, do Deputado Jofran Frejat ao diálogo promovido por este Conselho a respeito dos Projetos de Lei em tramitação na Comissão de Seguridade Social e Família<sup>120</sup>.

Das Moções de apoio: duas foram de apoio ao trabalho desenvolvido pela ANVISA; outra foi de reconhecimento ao efetivo cumprimento da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida popularmente como “Lei Seca”; o Conselho prestou homenagem póstuma a Austregésilo Carrano Bueno, militante do Movimento da Luta Antimanicomial, pela colaboração para a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental; o CNS manifestou apoio a Carta do Rio de Janeiro em Defesa da Seguridade Social, produto de um amplo debate de iniciativa do Centro de Estudos Brasileiro em Saúde (CEBES); e por fim, o Conselho Nacional apóia a homologação contínua da terra indígena Raposa Serra do Sol, localizada em Roraima, a fim de garantir e fortalecer o direito à saúde, a terra e, conseqüentemente, à sobrevivência dessa população.

Quanto as Resoluções aprovadas cabe destacar: a estruturação das Comissões de Saúde da População Negra e Saúde Bucal; a criação de um Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde; a aprovação do Regimento Interno do CNS; a aprovação das diretrizes para a promoção da alimentação saudável; revisar o Decreto nº 6.439, de 23 de abril de 2008, no sentido da total disponibilização dos recursos para a Saúde previstos na Lei Orçamentária de 2008 e algumas resoluções relacionadas a questão da pesquisa como o posicionamento favorável à continuidade das pesquisas com células-tronco embrionárias.

Na reunião de novembro de 2008 foi realizada a eleição do presidente e da mesa diretora do CNS para um mandato de um ano. Para presidente do CNS foi reeleito o conselheiro Francisco Batista Júnior e para a mesa diretora os seguintes conselheiros: Ruth Ribeiro Bittencourt (representante do Conselho Federal de

---

<sup>120</sup> Os Projetos de Lei propõem regulamentar, vigiar, monitorar e punir os corpos das mulheres e cercear o exercício dos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, assim como submetê-las a princípios religiosos incabíveis em um Estado laico.

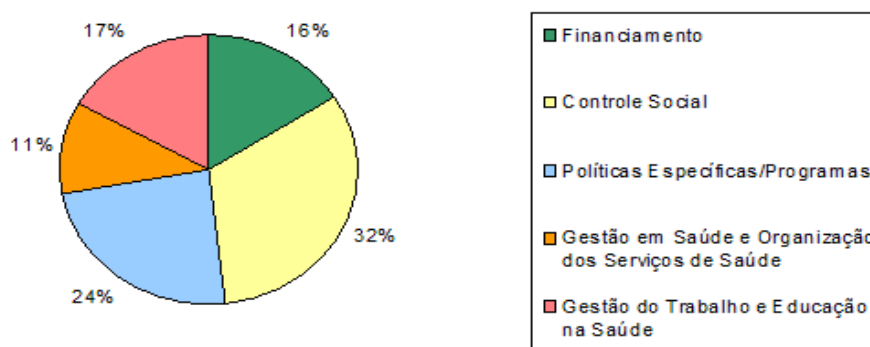
Serviço Social – CFESS); Volmir Raimondi (representante da União Brasileira de Cegos – UBC); Antônio Alves de Souza (representante do Ministério da Saúde); Valdenir Andrade França (representante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB); Arilson da Silva Cardoso (representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems); Nildes de Oliveira Andrade (representante da Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA); e José Marcos de Oliveira (representante do Movimento Nacional de Luta Contra a Aids).

Nesta reunião também foi aprovada uma carta elaborada pela Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS) tratando da necessidade de suplementação do orçamento do Ministério da Saúde para 2008 e da importância da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, além do impacto da crise financeira mundial e os seus reflexos na área da saúde. Esta carta demonstra mais uma vez a mobilização deste conselho para a questão do orçamento e financiamento da saúde e a necessidade de regulamentação da EC nº 29.

A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizada no final do ano, nos dias 26, 27 e 28 de novembro de 2008, debateu os dois principais temas discutidos no CNS: a questão do financiamento e a regulamentação da EC nº 29 e a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado (PLC nº. 92 de 2007).

Ao realizar um balanço do período de atuação do CNS na gestão de Temporão, observa-se que as principais temáticas discutidas continuam sendo Controle Social, Políticas Específicas e Programas de Saúde e Financiamento. Cabe ressaltar que nesse período o tema da gestão do trabalho e educação na saúde também foi muito debatido.

**Gráfico 4: Temas Discutidos nas Reuniões do CNS – abr/2007 a dez/2008**



Fonte: Atas do Conselho Nacional de Saúde no período de abril de 2007 a dezembro de 2008  
<http://www.conselho.saude.gov.br>

Com relação ao Controle Social destaca-se as seguintes discussões: 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde; organização e planejamento do CNS; Comissões e Grupos de Trabalho; Regimento Interno do CNS; processo eleitoral do CNS; avaliação da gestão do CNS e da mesa diretora. O tema Políticas Específicas e Programas de Saúde problematizou tais assuntos: Política de Atenção Básica e o Saúde da Família; Assistência Farmacêutica; Política de Urgências; Eliminação da Hanseníase; Controle da Tuberculose; Combate à AIDS; Combate à Dengue; Saúde do Homem; Saúde Indígena; Política de Atenção Oncológica, entre outros. Quanto ao Financiamento as principais questões problematizadas foram a execução orçamentária do período, o Plano Plurianual (PPA 2008-2011) e a luta pela regulamentação da EC nº 29.

A principal polêmica, já sinalizada, que vem gerando divergências entre o Ministério da Saúde e o Conselho, foi o debate sobre as Fundações Estatais de Direito Privado. Por outro lado, a questão do financiamento da saúde tem pontos de coalizão e tensão. Os pontos de coalizão são: a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a Contribuição Social da Saúde (CSS)<sup>121</sup>. E os pontos de tensão com o governo são: a Reforma Tributária, a manutenção da Desvinculação de Receitas da União (DRU) e a não vinculação da despesa mínima federal de 10% da Receita Corrente Bruta, como constava no projeto da EC nº 29. Outro aspecto que chama atenção desse período é a pouca participação do ministro nas reuniões do CNS.

---

<sup>121</sup> A Contribuição Social para a Saúde (CSS) é um tributo que está sendo discutido no Brasil em 2008, cujo projeto prevê que sua arrecadação será destinada a ajudar a financiar a saúde. É similar à CPMF, extinta em dezembro de 2007, mas possui três diferenças principais: sua duração de tempo, destinação dos recursos e alíquota. A CSS será permanente, e não provisória como a CPMF. Conforme consta do projeto de Lei Complementar, os recursos da CSS só serão destinados à saúde e não também à previdência social e à assistência social como ocorria com a CPMF. Outra diferença é que, na CPMF, a alíquota era de 0,38%, mas a CSS poderá ter alíquota de 0,1% sobre as movimentações financeiras, ficando isento o assalariado com renda mensal até R\$ 3.080,00.

## Considerações Finais

*“A Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que (...) estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil”.*

Arouca, 1989

Esse pensamento de Arouca, um dos principais responsáveis, na formulação, como na construção do projeto de Reforma Sanitária Brasileiro, expressa a essência do significado desse projeto.

Ao analisar a Reforma Sanitária Brasileira, Paim (2008) define como uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constitucionais:

- *democratização da saúde* que está relacionada a ampliação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e a ideia do direito à saúde, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e a participação social;
- *democratização do Estado* garantindo a transparência no processo governamental e a descentralização do processo decisório e o controle social;
- *democratização da sociedade* “seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral” (Paim, 2008: 173).

A Reforma Sanitária Brasileira foi construída coletivamente e vincula-se a um projeto societário que orienta um novo poder, um novo Estado, visando à construção de uma sociedade sem dominação e exploração de qualquer natureza. Dessa forma, admite-se a Reforma Sanitária como um *projeto civilizatório* articulado à *radicalização da democracia* na perspectiva do socialismo (Paim, 2008):

“O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira” (Arouca, 2001: 6)

Nesta perspectiva, o Projeto da Reforma Sanitária, ao buscar a democratização do Estado e da sociedade brasileira, obteve conquistas no plano jurídico legal. Uma dessas conquistas são os conselhos de saúde, “constructos institucionais inovadores”, nos termos de Carvalho (1997).

De acordo com a orientação teórica e política utilizada nesse estudo, baseada em Gramsci, os conselhos são espaços tensos, contraditórios e em que diferentes interesses estão em disputa. E tem potencial para contribuir na democratização da esfera pública, ao ressaltar como aspecto importante a participação da sociedade nas decisões sobre a Política de Saúde. É nessa direção que os Conselhos de Saúde, enquanto “criaturas da Reforma Sanitária”, podem ser seus potenciais (re) criadores (Carvalho, 1995).

No decorrer deste trabalho foram problematizadas diversas questões que apontam que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, definidos na década de 1980, permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor.

Na atual conjuntura, constata-se uma fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não têm conseguido uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular. Desde os anos 1990, opera-se uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes (Yazbek, 2001).

A postura defensiva assumida pelos movimentos sociais tem como determinantes as mudanças no mundo do trabalho, por meio da reestruturação produtiva e de concepções teóricas que enfatizam apenas o local, desvalorizando categorias mais gerais, como a totalidade social e a articulação do local com o regional e o nacional. A agenda dos movimentos são elaboradas a partir da agenda governamental, diferenciando da ação dos mesmos na década de 1980, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas (Bravo, 2006).

Neste contexto de refluxo dos movimentos sociais, os conselhos de saúde<sup>122</sup> têm tido um protagonismo, contando como principal articulador o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

---

<sup>122</sup> Cabe destacar, entretanto, a partir de diversos estudos realizados por Bravo (2006), que a maioria dos conselhos não tem tido um potencial político significativo, em decorrência de diversas questões: fragilidade da representação da sociedade civil,

Ao realizar um balanço da atuação do CNS no governo Lula, ressalta-se o importante papel desempenhado na defesa da Política de Saúde. Como marcos desse contexto destaca-se: a aprovação da Resolução nº 333 de 2003 que define a paridade e a dinâmica de funcionamento dos conselhos de saúde; a realização da 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde; a realização de conferências temáticas e algumas pela primeira vez (1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental); a aprovação do Pacto pela Saúde; o processo eleitoral e a eleição do presidente do CNS, em 2006; a luta pela regulamentação da EC nº 29.

Com relação a composição do Conselho Nacional de Saúde observa-se algumas mudanças. No período de 2003 a 2006 eram 40 conselheiros, ampliando a partir de 2006 para 48 conselheiros. Dessa forma, cresce o número de conselheiros oriundos de organizações da sociedade civil, principalmente das organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; de entidades de portadores de patologia ou deficiência; de entidades étnicas e de gênero; entidades religiosas; entidade estudantil; e de associações comunitárias e movimentos sociais. E, por outro lado, diminuiu a participação dos representantes de mercado e de entidades médicas. A Confederação Nacional da Indústria e a Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo que antes ocupavam o segmento dos usuários passam, a partir de 2006, a compor o segmento dos gestores e prestadores de serviços. E, com relação as entidades médicas, identifica-se a não presença dessas entidades na composição dos conselheiros eleitos para o triênio 2009/2012.

Alguns foram os temas que geraram tensões nesse período. A relação público-privado, principalmente com a indústria farmacêutica, propiciou um debate na questão dos medicamentos anti-retrovirais. A discussão sobre os modelos de gestão (a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado; Organizações Sociais; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; Fundações de Apoio; Consórcios) foi responsável pela realização de dois seminários sobre o tema em 2007 e 2008.

O papel do conselho e a sua função deliberativa, em alguns momentos, foi questionado quando suas posições entravam em choque com o gestor. Para reforçar a natureza deliberativa e as decisões do Conselho Nacional de Saúde, este

---

falta de relação entre representante–representado, legitimidade das representações e os obstáculos enfrentados pelos conselhos. Não se pode esquecer, contudo, que muitos desses entraves decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas públicas.

elaborou a nota técnica 001/2009, em setembro de 2009<sup>123</sup>. Esta nota aponta que o Conselho pode fazer valer suas resoluções, a despeito de negativa de homologação do Ministro de Estado da Saúde, com base nos princípios constitucionais da participação popular e da legalidade, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas à saúde. É o exercício da cidadania com efetiva participação democrática.

Quanto ao financiamento, existem pontos de convergência e divergência. Os pontos de convergência com o Ministério da Saúde são: a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a Contribuição Social da Saúde. E os pontos de divergência com o governo são: a Reforma Tributária, a manutenção da Desvinculação de Receitas da União e a não vinculação da despesa mínima federal de 10% da Receita Corrente Bruta, como constava no projeto da EC nº 29.

A análise realizada evidenciou que a direção do CNS, nesses últimos anos e no período pesquisado, tem sido de fortalecimento do setor público e do SUS.

Vários debates, seminários e divulgação de notas públicas têm ocorrido. Uma agenda política foi aprovada pelo CNS, para o ano de 2009, com as seguintes prioridades<sup>124</sup>:

- Uma campanha de mobilização nacional pela repolitização do Sistema Único de Saúde.
- Implementação da Política de gestão do trabalho que elimine a precarização em todas as suas formas e que estabeleça a valorização do trabalho.
- Inversão do modelo de atenção vigente, resgatando o sistema pautado na estruturação de uma rede pública de proteção e promoção da saúde, com equipes multiprofissionais, exercendo a atenção primária em sua plenitude.
- Ampliação e democratização do financiamento do SUS, através da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, vinculada à Contribuição Social da Saúde (CSS).
- Reversão da privatização do sistema, estruturando e aperfeiçoando a rede pública estatal.
- Qualificação e fortalecimento do controle social e dos Conselhos de Saúde em todo o país.
- Construção da intersetorialidade, nas três esferas de governo.

---

<sup>123</sup> A Nota Técnica 001/2009 – CNS encontra-se em anexo.

<sup>124</sup> Agenda Política do Conselho Nacional de Saúde aprovada pelo pleno em sua reunião ordinária de janeiro de 2009.

- Realização do debate a respeito do complexo produtivo da saúde como elemento indissociável do Sistema Único de Saúde.
- Implementação e fortalecimento da humanização como instrumento vital e fundamental para viabilizar o SUS, de acordo com seus princípios.

Nessa direção, para viabilizar essa agenda política o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), os Conselhos Estaduais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e os Movimentos Sociais, percorreu, em 2009, todos os Estados brasileiros com a Caravana em Defesa do SUS.

Cabe ressaltar como destaque da Caravana em Defesa do SUS o lançamento da Campanha do SUS como Patrimônio Social, Cultural, Imaterial da Humanidade, além da Campanha em favor da Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que está recebendo contribuições e apoio por meio de assinaturas eletrônicas na internet.

Esta proposta foi apresentada em ato público no III Fórum Social Mundial da Saúde<sup>125</sup>, ocorrido em Belém do Pará/Brasil, em janeiro de 2009, e depois lançada oficialmente na Câmara dos Deputados, no dia 12 de março de 2009, com a participação de diversos parlamentares, gestores, trabalhadores e representantes de movimentos populares. A Caravana com o tema “Todos em Defesa do SUS” teve como objetivo discutir os problemas e os avanços do SUS.

Após a realização de debates em todo o País, a Caravana em Defesa do SUS apresenta, uma carta e as propostas que entende como fundamentais para a superação dos problemas do SUS. A seguir, trechos da carta apresentada ao vice-presidente da República.

“(...) Em poucos 21 anos de história, o Sistema Único de Saúde conseguiu transformar para melhor, a vida do povo brasileiro. São inúmeros os exemplos de ações e serviços que, atendendo a população em todos os municípios do país, são motivo de reflexão e de referência para todo o mundo. Nascido na contramão da história e na contra hegemonia que nos caracteriza, o SUS tem sido um sobrevivente valeroso e corajoso, que em uma disputa desigual e muitas vezes desleal, tem sofrido derrotas contundentes e que o colocam hoje numa situação de enorme fragilidade e quase inviabilidade. O SUS e seus princípios –

<sup>125</sup> O III Fórum Social Mundial da Saúde elaborou uma agenda política procurando envolver os diversos sujeitos sociais e coletivos. Como aspecto central, foi evidenciado o questionamento do sistema atual de acumulação capitalista, concentrador de renda, excludente e construtor de inaceitáveis desigualdades.



Universalidade, Integralidade e Equidade – trouxeram ao povo brasileiro mais qualidade de vida. Porém, não podemos negar os desafios impostos a cada dia, como o subfinanciamento; a privatização das ações, serviços e da gestão por meio da ingerência político partidária, de grupos e corporações organizadas; a manutenção do modelo hospitalocêntrico e médico dependente e a absoluta precarização nas relações e na remuneração do trabalho. Outro problema a enfrentar é a insuficiente atuação dos Conselhos de Saúde e a flagrante impunidade a compactuar, legitimar e institucionalizar todos esses equívocos estruturantes. Esses desafios exigem daqueles que têm compromisso e responsabilidades com essa conquista histórica que é o SUS, medidas e ações imediatas que apontem para o resgate dos seus princípios e conseqüentes fortalecimento e consolidação. (...) De nossa parte e dos Movimentos Sociais que compõem o Conselho Nacional de Saúde, reafirmamos nossa determinação de estarmos mobilizados a lutar pelas transformações sociais e políticas em prol dos direitos do usuário cidadão. (...)"

Como propostas para garantir os avanços do SUS destacam-se sete eixos principais:

- *Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000.* A regulamentação da Emenda Constitucional 29 assume a cada dia uma importância maior para o processo de Reforma Sanitária Brasileira, particularmente no tocante à estabilidade do financiamento pelas três esferas de governo, possibilitando um aporte mais adequado de recursos para o SUS. E como ponto de partida para o equacionamento das necessidades de financiamento do sistema, a Contribuição Social para a Saúde (CSS) é um instrumento fundamental no componente final dessa demanda prioritária.
- *Criação da Carreira Única da Saúde.* A implantação de uma carreira única para o setor da saúde tem sido referida, constantemente, como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde.
- *Serviço Civil em Saúde.* Criação do Serviço Civil em Saúde, estabelecendo que profissionais de saúde graduados em Universidades Públicas e Privadas devem depois de concluído o curso, trabalhar durante um determinado período no SUS de acordo com as necessidades do sistema previamente diagnosticadas. É uma forma de incentivar e fortalecer o sentimento de pertencimento, compromisso e qualificação profissional. Passo importante no âmbito do SUS.
- *Autonomia Administrativa e Financeira dos Serviços SUS.* Prover a autonomia administrativa e financeira dos serviços SUS, a partir da regulamentação do §

8º do Art.37 da Constituição Federal de 1988. É fundamental a regulamentação da autonomia gerencial, financeira e orçamentária das entidades da administração pública direta e indireta para que a prestação do serviço público seja eficiente com base na agilidade, economicidade e presteza.

- *Profissionalização da Administração e Gestão do SUS.* Profissionalizar a administração e a gestão do SUS, incluindo também os cargos de direção, regulamentando o inciso V do art. 37 da Constituição Federal. Esta é uma maneira de qualificar e agilizar a gestão, e gerar perspectivas de desenvolvimento na carreira, com evolução e avaliação de desempenho pautada na dedicação responsável, qualificação profissional compatíveis com as atribuições do cargo e idoneidade moral.
- *Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal.* É necessário flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito à contratação de profissionais para a área de saúde. Assim, permitirá combater a terceirização e precarização da gestão do trabalho e o cumprimento do dispositivo constitucional que estabelece a saúde como direito de todos e dever do estado.
- *Lei de Responsabilidade Sanitária.* É importante definir as responsabilidades administrativas dos agentes públicos na área da saúde. É necessário criar responsabilidades sanitárias, eliminar controles meramente formais, definindo obrigações administrativas e sua conseqüente punição.

Além dessas propostas, o Conselho Nacional de Saúde também aprovou como prioridades para o ano de 2010, em reunião realizada em janeiro:

- O acompanhamento e defesa da implantação do Plano Nacional de Saúde e de Planos de Saúde estaduais e municipais;
- A atuação firme na defesa e na efetivação do Pacto pela Saúde, por ser esse um mecanismo de firmamento de compromissos essenciais ao SUS;
- Eleger como prioridades a estruturação da atenção primária e o fortalecimento da rede pública nas três esferas de governo, de maneira a eliminar a absoluta dependência que existe do setor contratado e resgatar o ditame constitucional referente aos conceitos de principal e complementar estabelecidos para a relação público-privado.

Outras bandeiras de luta do Conselho Nacional de Saúde se referem ao posicionamento contrário aos projetos propostos pelo governo de Reforma Tributária e que autoriza a criação das Fundações Públicas de Direito Privado.

O CNS, assim como outras 60 entidades sociais, questiona o projeto de Reforma Tributária em função do impacto negativo dessa reforma para o Sistema de Seguridade Social, que perderá as garantias de fontes de financiamento exclusivas definidas pela Constituição Federal de 1988, representando o enfraquecimento do Orçamento da Seguridade Social no contexto do Orçamento Geral da União (OGU).

Dessa forma, a simplificação tributária presente na proposta de Reforma Tributária do governo está sendo obtida à custa da perda dos avanços da Constituição de 1988, além de cristalizar a insuficiência de recursos que marca o setor, com a definição do patamar de 39,7% da soma da arrecadação do novo Imposto de Renda, do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e da criação do Imposto de Valor Agregado (IVA-Federal)<sup>126</sup>. Isto é, tornará constitucional a prática denunciada pelo Conselho Nacional de transformar o piso em teto.

É importante destacar que uma Reforma Tributária deveria atacar a regressividade do sistema tributário brasileiro, o que não está contemplado no presente projeto, além de proporcionar uma excelente oportunidade para a implantação e regulamentação do imposto sobre grandes fortunas, previsto na Constituição de 1988. O CNS ressalta a importância de um amplo debate com os diversos segmentos representativos da sociedade brasileira, visando a construção de uma proposta que contemple maior arrecadação com justiça tributária, sem o abandono dos princípios do Sistema de Seguridade Social trazidos pela Constituição de 1988<sup>127</sup>.

O Conselho Nacional de Saúde, conforme já sinalizado neste trabalho, vem discutindo a gestão do SUS, bem como o projeto que autoriza a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, tema que foi debatido e rejeitado na 13ª

---

<sup>126</sup> O Imposto de Valor Agregado (IVA-Federal) é criado com a extinção de cinco tributos federais (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, a contribuição para o Programa de Integração Social – PIS, a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico incidente sobre a importação e a comercialização de combustíveis – CIDE e a contribuição social do salário-educação). Este imposto vai reduzir a cumulatividade do sistema tributário. Hoje a CIDE-Combustíveis e parte da arrecadação da COFINS e da Contribuição do PIS é cobrada diversas vezes sobre um mesmo produto, isto é, em todas as etapas de produção e circulação da mercadoria. O IVA-F tributa apenas o valor adicionado em cada estágio da produção e da distribuição, sendo o valor do tributo podendo ser definido pela diferença entre o preço de venda do produto e o custo da aquisição, nas diversas etapas da cadeia produtiva. Em ambos os modelos, o tributo é repassado ao preço de venda do bem e do serviço sendo pago, portanto, na maioria das vezes pelo consumidor final (<http://www.inesc.org.br>).

<sup>127</sup> O site do Conselho Nacional de Saúde apresenta documentos questionando o projeto de Reforma Tributária proposto pelo governo, cabendo destacar: “Carta do Rio de Janeiro: em Defesa da Seguridade Social”; “Manifesto em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária” e “O Impacto da Reforma Tributária sobre o Financiamento da Seguridade Social”. Este último documento foi elaborado pela Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS).

Conferência Nacional de Saúde e pelo Pleno do CNS, em 2007. Entretanto, o projeto continua mantido na pauta do Congresso Nacional pelo Governo.

Granemann ao analisar esta proposta afirma que:

“A contra-reforma estatal que permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado – ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações – tem no Projeto de Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (2008: 37).

Com o intuito de debater mais o tema, o CNS vem realizando audiências com as lideranças dos Partidos no Congresso Nacional com o objetivo de ampliar a discussão com os parlamentares sobre o assunto. Além disso, foram feitos contatos com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, Governadores, Prefeitos, Secretários de Saúde e com Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), de modo a problematizar sobre as fundações de direito privado e as alternativas propostas.

Ao mesmo tempo, está em andamento uma Ação Direta de Inconstitucionalidade – Adin que foi impetrada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil junto ao Supremo Tribunal Federal, contra a lei que autoriza a criação das Fundações de direito privado no estado de Sergipe, ação estendida aos estados do Acre, Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro.

Neste contexto, insere-se a importância das lutas efetivadas por Fóruns contra esse projeto, criados em diversos Estados do Brasil, a saber: Rio de Janeiro, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Sul. Em 2009, foi criado o Fórum Nacional de Lutas Contra o PLP 92/07 formado por diversas entidades<sup>128</sup> que realizou uma grande manifestação em Brasília para impedir que o mesmo fosse aprovado na Câmara dos Deputados.

Cabe ressaltar a importância da resistência regional com o objetivo de evitar que Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e mesmo

---

<sup>128</sup> Coordenação Nacional das Entidades de Servidores Federais (CNESEF); Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES); Federal Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS); Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA); Sindicato Nacional dos Trabalhadores em Fundações Públicas Federais de Geografia e Estatística (ASSIBGE); Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica e Profissional (SINASEFE); Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF); Coordenação Nacional de Lutas (CONLUTAS); Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (UNAFISCO); Federação Nacional dos Trabalhadores do Judiciário Federal e Ministério Público da União (FENAJUFE); Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora (INTERSINDICAL).

Organizações Sociais (OS) assumam a gestão da saúde nos Estados e Municípios, como já está acontecendo em algumas localidades da Federação.

No dia 9 de julho de 2009, o Ministro da Saúde, através da sua assessoria, comunicou que não vai mais fazer pressão ao Congresso para aprovar o Projeto de Fundações. O secretário de Gestão Estratégica e Participativa informou que o ministério já admite uma proposta alternativa e quer o apoio das entidades. O Conselho Nacional de Saúde reunido comemorou a decisão e o seu presidente eleito Francisco Junior afirmou que “a democracia participativa, com envolvimento dos movimentos sociais, tem o seu valor” (Jornal O Globo, 10 de julho de 2009). Entretanto, no dia 10 de julho de 2009, o Ministro da Saúde disse que continua lutando pela aprovação da proposta, apesar de reconhecer que enfrenta muitas resistências (Jornal O Globo, 11 de julho de 2009).

Diante desse cenário, Ocké-Reis & Sophia (2009) afirmam que a disputa pela hegemonia dos pressupostos igualitaristas da Constituição Federal exige uma mediação política, visando conter o crescimento da mercantilização do sistema de saúde brasileiro.

“Nessa linha de reflexão, pretende-se persuadir os defensores do SUS acerca da necessidade de se apostar numa agenda de reforma das instituições do mercado, a partir da concepção de que o domínio privado ocupa funções de Estado, subtrai a natureza pública do SUS e nega o direito social de assistência à saúde, assegurado pela Constituição de 1988” (Ocké-Reis & Sophia, 2009: 74).

A investigação mostrou que Conselho Nacional de Saúde vem desenvolvendo lutas em defesa do setor público, universal, de qualidade, de garantia dos direitos trabalhistas e contra a terceirização e privatização.

Uma das estratégias dos trabalhadores de saúde para fortalecimento de sua articulação no Conselho foi a criação, em 1994, do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), conforme já referido no capítulo 2 desta dissertação.

Os usuários observando a organização do FENTAS criam, em 2008, após o II Seminário Nacional sobre Modalidades de Gestão no SUS, o Fórum de Usuários como um espaço aglutinador. É importante sinalizar que antes já existia o Fórum Nacional das Entidades em Defesa dos Portadores de Patologia e Deficiência. A partir das mudanças na composição do Conselho Nacional de Saúde, ocorridas nas

eleições de 2006, com a chegada de diversos movimentos, é que paulatinamente este novo cenário começa a ganhar corpo entre o segmento dos usuários. No ano de 2008, acontece um avanço considerável e as comissões do CNS acabaram de forma indireta se estabelecendo como espaço privilegiado. A partir de janeiro de 2009, foi estabelecido que os temas estruturantes e comuns a todos os segmentos dos usuários seriam o pano de fundo para o fortalecimento da organização política. As reuniões do Fórum de Usuários ocorrem nas vésperas da reunião ordinária do CNS com pautas definidas e alinhadas as do Conselho, com o objetivo de fortalecer e subsidiar as entidades que representam os usuários. Participam do fórum as entidades de usuários que compõem o CNS, se fazendo presente e atuante 90% dessas entidades. A coordenação do fórum é rotativa e pauta-se em temas comuns a todos, sem prejuízo, quando assim for necessário, de trazer para o debate as especificidades. Cabe ressaltar a efetiva participação das centrais sindicais neste processo, contribuindo para desmistificar algumas questões a exemplo de que as mesmas não defendiam o SUS. Por fim, vale destacar que esses fóruns são reconhecidos por todos os integrantes e técnicos do CNS <sup>129</sup> e que é fundamental a articulação de ambos os fóruns (usuários e trabalhadores) na defesa da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde, diante do processo de desmonte do SUS, iniciado nos anos noventa, tem assumido uma postura de resistência e de garantia do direito à saúde. Entretanto, não tem conseguido articular lutas mais gerais em defesa da Seguridade Social e do Projeto de Reforma Sanitária. Um dos seus limites atuais é não conseguir ultrapassar a discussão setorial da política de saúde. Nessa direção, a Agenda Política é restrita a saúde. O desafio que está posto é avançar para além da discussão setorial.

O CNS possui um número significativo de comissões, mas não tem nenhuma Comissão de Seguridade Social. Até mesmo a Comissão de Orçamento e Financiamento, não debate o orçamento da Seguridade Social, restringindo a discussão ao orçamento da saúde.

Alguns espaços importantes como a 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde vem problematizando a Seguridade Social. Contudo, o aprofundamento da temática no âmbito do Conselho não se efetiva. O CNS se posiciona a favor da Seguridade Social, questiona a proposta de Reforma Tributária, os rumos da política

---

<sup>129</sup> Essas informações foram fornecidas por entidades que compõem o Fórum de Usuários, pois não existe nenhum registro ou documento formal de todo este processo, apenas acordos e pactos políticos, alguns registrados em ata do Conselho Nacional de Saúde.

de crescimento e desenvolvimento econômico e a criminalização dos movimentos sociais, mas a discussão desses temas gerais não fazem parte do cotidiano do conselho. A estratégia para garantir o debate seria por meio das comissões

O estudo realizado permite que se aponte algumas propostas como a criação da Comissão de Seguridade Social no CNS e a necessidade de articulação desse Conselho com os outros Conselhos Nacionais de Política e de Direitos, de lutar pela constituição do Conselho Nacional de Seguridade Social e pela convocação da conferência sobre a temática.

Nessa perspectiva, um avanço importante foi a convocação da I Conferência Mundial pelo Desenvolvimento dos Sistemas Universais de Saúde e de Seguridade Social<sup>130</sup> a ser realizada de 01 a 05 de dezembro de 2010, em Brasília/Brasil. Tem-se como desafio ampliar a mobilização através de um amplo movimento de massas, que defenda as propostas do III Fórum Social Mundial de Saúde e a participação efetiva na Conferência Mundial.

As propostas desse III Fórum Social Mundial da Saúde apontam como desafio a construção de um amplo movimento contra-hegemônico, na defesa de um novo processo civilizatório, que retome o ideário de construção do socialismo como processo de radicalização da democracia e de emancipação humana e política. A garantia da Seguridade Social universal, integral, com justiça social e equidade é um valor estratégico desse processo. O universalismo deve implicar a garantia do acesso a todas as pessoas, a partir do financiamento efetivo do Estado, e não pode ser flexibilizado.

Considera-se fundamental esta agenda de mobilização e construção da consciência sanitária, pois só o aprofundamento da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura e a organização dos movimentos sociais poderão fazer face à crise estrutural do capitalismo. Destaca-se a necessidade de novas ações de articulação e mobilização do CNS com os demais sujeitos sociais e movimentos sociais, reafirmando a luta pelas transformações políticas, sociais e econômicas.

---

<sup>130</sup> Foi lançado oficialmente pelo Ministro de Estado para a Saúde do Brasil, no marco do III Fórum Social Mundial da Saúde – realizado na Cidade de Belém do Pará, Brasil, no dia 26/01/09 – o processo de convocatória e organização da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Pretende-se que a Conferência busque estruturar as agendas políticas pela universalidade do direito à seguridade social nos âmbitos nacionais e internacionais, por meio de uma convocatória aos governos e organismos intergovernamentais, por convite a ser apresentado pelo Governo Brasileiro, e à sociedade civil internacional, por intermédio do Fórum Social Mundial da Saúde. O momento de crise internacional e nacional exige um aprofundamento estratégico da perspectiva universalista e o lançamento de uma agenda internacional que crie uma alternativa de garantia dos direitos humanos em seguridade social no marco de um desenvolvimento humano integral: a Conferência buscará construir uma resposta neste campo (<http://conselho.saude.gov.br>).

Este trabalho teve por objetivo identificar o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde na atual conjuntura. Pelo que foi exposto, percebe-se que o mesmo tem se constituído em um espaço de luta política em defesa do SUS, de seus princípios e de resistência às contra-reformas neoliberais, sendo um sujeito coletivo importante no questionamento à privatização e mercantilização da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde tem sido dentre os conselhos de política e de direitos o que mais tem apresentado proposições e lutas em defesa dos direitos sociais. Os limites identificados para a ampliação da participação democrática referem-se as estratégias de articulação com os conselhos estaduais e municipais – que não têm tido um potencial político significativo -, como também com relação ao debate das questões mais gerais da Reforma Sanitária e da Seguridade Social.

Nesta direção, reafirma-se que os conselhos junto com os movimentos sociais e partidos políticos podem contribuir na formação de uma vontade coletiva hegemônica que relaciona-se diretamente à reforma intelectual e moral para a construção de um novo projeto societário, sem dominação econômica, social e política.



## Referência Bibliográfica

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AROUCA, S. Contra-capta. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
- \_\_\_\_\_. SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. In: *RADIS*, fevereiro de 2001.
- BARROS, E. D. O Controle e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS (Textos técnicos para conselheiros de saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BEHRING, E. R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- \_\_\_\_\_. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. In: *Revista INSCRITA n.9*. Brasília: CFESS, 2004.
- BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. 3ª edição. (Tradução Pe. Bruno Giuliani). São Paulo: Hucitec, 1987.
- BORÓN, A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-Neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e previdência. Estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. *Dá Nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública*.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953. *Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências*.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 34.347, de 8 de abril de 1954. *Regulamenta a composição, funções e a periodicidade das reuniões do Conselho Nacional de Saúde*.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. *Modifica o regulamento do Conselho Nacional de Saúde*.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 47.793, de 11 de fevereiro de 1960. Dispõe sobre a composição e sobre a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 847, de 5 de abril de 1962. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, amplia o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 55.642, de 27 de janeiro de 1965. Altera o decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964, que reestruturou o Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, altera o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial.

\_\_\_\_\_. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Brasileiro de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 360, de 30 de setembro de 1977. Aprova o Regimento Interno do Conselho de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2, de 22 de agosto de 1986a. Constitui a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a finalidade de analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 93.076, de 6 de agosto de 1986b. Cria Comissão Interministerial incumbida de propor a reformulação do Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. 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.

- \_\_\_\_\_. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990c. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/91, Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/92, Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/93, Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 4.878, de 18 de novembro de 2003. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.
- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.
- \_\_\_\_\_. O Serviço Social na Contemporaneidade: Desafios para a Construção de uma Esfera Pública Democrática. In: *Em Pauta-* Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 15. Rio de Janeiro: UERJ, 1999.
- \_\_\_\_\_. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001a.
- \_\_\_\_\_. A Saúde na Década de 1990. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001b.
- \_\_\_\_\_. Gestão Democrática na Saúde: O Potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S., PEREIRA, P. A. (orgs.) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001c.
- \_\_\_\_\_. & MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza & PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

- \_\_\_\_\_ & SOUZA, R. O. Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: *Ser Social – Revista do programa de pós-graduação em política social*, n. 10. Brasília: UnB, 2002.
- \_\_\_\_\_. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: Revista INSCRITA n.9. Brasília: CFESS, 2004.
- \_\_\_\_\_. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.88, 2006.
- \_\_\_\_\_ & MATOS, M. C. O Potencial de Contribuição do Serviço Social na Assessoria aos Movimentos Sociais pelo Direito à Saúde. In: BRAVO, M. I. S. & MATOS, M. C. (orgs.) *Assessoria, Consultoria & Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.
- \_\_\_\_\_ et al. Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_; MENEZES, Juliana Souza Bravo & MORAES, Michelle Rodrigues. Perfil dos Conselheiros de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. & MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, M. I. S. [et al.] (orgs.). *Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
- \_\_\_\_\_. 13ª Conferência Nacional de Saúde: Algumas Reflexões. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 93, 2008.
- BRAZ, M. O governo Lula e o projeto-ético-político do Serviço Social. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 78, 2004.
- BRESSER PEREIRA, L. C. *A reforma gerencial do estado de 1995*. Rio de Janeiro: RSP, 120(1), jan-abr 1996.
- \_\_\_\_\_. Controle Municipal do SUS. *Medicina Conselho Federal*, n. 77, 1997.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.

- \_\_\_\_\_. Conselhos de saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CHAUÍ, M. A questão democrática. In: *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática, 2000.
- COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. In: *Revista Lua Nova*, n. 19, 1989.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n° 333*. Brasília, 4 de novembro de 2003.
- CORREIA, M. V. C. Que Controle Social na Política de Assistência Social? In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.72, 2002.
- \_\_\_\_\_. A Relação Estado-Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.77, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005a.
- \_\_\_\_\_. *O Conselho Nacional de Saúde e o Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos internacionais*. Tese de Doutorado em Serviço Social. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2005b.
- CÔRTEZ, S. M. V. Pautas de reuniões e participação de usuários em conselho municipal de saúde. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*. São Paulo: Abrasco, 1999.
- \_\_\_\_\_. 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.
- \_\_\_\_\_. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. In: CÔRTEZ, S. V (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: *Cadernos ABESS – Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional - n° 4*. São Paulo: Cortez; Espírito Santo: ABESS/CEDEPSS, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

- \_\_\_\_\_. *Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.
- \_\_\_\_\_. *A época neoliberal* (outubro de 2007). Sítio Gramsci e o Brasil. Disponível em: <[www.acesa.com/gramsci](http://www.acesa.com/gramsci)>. Acesso em: 30 jan. 2010.
- \_\_\_\_\_. A Presença de Gramsci no Brasil. In: *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Rio de Janeiro: UERJ, n. 22, 2009.
- DAGNINO, E. Sociedade Civil, Espaços Públicos e Construção Democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA. Porto Alegre: Editora Globo, 1961.
- DURIGUETTO, M. L. *Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário*. São Paulo: Cortez, 2007.
- ESCOREL, S. *Reviravolta da Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- \_\_\_\_\_. & BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- \_\_\_\_\_. & MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- FALEIROS, V. P. et al. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FILGUEIRAS, L. & GONÇALVES, R. *A Economia Política do Governo Lula*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.
- FIORI, J. L. *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995.
- FLEURY, S. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo. In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- GONH, M. G. Conselhos populares e participação popular. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 34, 1990.

- \_\_\_\_\_. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- GONZÁLES, R. S. *Democracia e Conselhos de Controle de Políticas Públicas: uma análise comparativa*. Tese de Doutorado em Ciência Política. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- GRAMSCI, A. *Obras escolhidas*. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.
- GRANEMANN, S. Necessidades da Acumulação Capitalista. In: *Revista INSCRITA n.9*. Brasília: CFESS, 2004.
- \_\_\_\_\_. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. [et al.] (orgs.). *Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
- IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. In: *Temporalis: Revista da ABEPSS*. Brasília: ABEPSS, 2001.
- KRÜGER, T. R. *Os Fundamentos Ideo-Políticos das Conferências Nacionais de Saúde*. Tese de Doutorado em Serviço Social. Recife: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2005.
- LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços, e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- MARQUES, R. M. & MENDES, A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: *Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula*. PAULA, J. A. (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- MATOS, M. C. *Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto*. Tese de Doutorado em Serviço Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), 2009.

- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1994.
- MENEZES, J. S. B. *Participação e Controle Social na Área da Saúde: os limites e desafios dos conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MONTEIRO, M. G. & FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio/dez, 2006.
- MORAES, I. H. S. *Política, tecnologia e informação em saúde*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2002.
- \_\_\_\_\_. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.
- MOREIRA, M. R. & ESCOREL, S. Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil. In: *Pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ; Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2006.
- MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: *Participação, Democracia e Saúde*. FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEBES, 2009.
- MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise e Seguridade Social*. São Paulo: Cortez, 1995.
- NETTO, J. P. *Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política*. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.
- \_\_\_\_\_. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64*. São Paulo: Cortez, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.



- \_\_\_\_\_. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.79, 2004.
- NEVES, L. M. W. A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'. In: MATTA, G. C. & LIMA, J. C. F. (Orgs.) *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.
- OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? In: *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, 2008.
- \_\_\_\_\_. & SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 72-79, jan./abr., 2009.
- O GLOBO, 10 de julho de 2009.
- O GLOBO, 11 de julho de 2009.
- OLIVEIRA, F. Lula e a hegemonia às avessas. *Entrevista*. Rio de Janeiro: O Globo, 04 de fevereiro de 2007.
- OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.
- PAIM, J. S. Ações integradas de saúde: por que não dois passos atrás. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 2., 1986.
- \_\_\_\_\_. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA ; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco Histórico*. Trad. Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- RADIS - COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. N.º. 53. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Janeiro de 2007.
- \_\_\_\_\_. N.º. 79. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Janeiro de 2009.
- RAICHELIS, R. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo, Cortez, 1998.
- \_\_\_\_\_. Organização e Gestão das Políticas Sociais no Brasil. In: *CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.
- RODRIGUEZ NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

- \_\_\_\_\_. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- SALVADOR, E. A distribuição da carga tributária: quem paga a conta? In: SICSÚ, J. (Org.). *Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?)*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- SANTOS, B. de S. & AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. de S. (org.) *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- SCHEVISBISKI, R. S. *Regras Institucionais e Processo Decisório de Políticas Públicas: uma análise sobre o Conselho Nacional de Saúde (1990-2006)*. Dissertação de Mestrado em Ciência Política. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP), 2007.
- SILVA, F. A. B. & ABREU, L. E. L. Saúde: Capacidade de Luta – A Experiência do Conselho Nacional de Saúde. *Texto para discussão nº 933*. Brasília: IPEA, 2002.
- SILVA, M. K. et al. A Dinâmica das Relações Sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: CÔRTEZ, S. V (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez. Col. “Questões da Nossa Época”, n. 78, 2000.
- \_\_\_\_\_. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Lula. In: *Governo Lula – Decifrando o Enigma*. SOARES, L. T.; SADER, E.; GENTILI, R.; BENJAMIN, C. (Orgs.). São Paulo: Viramundo, 2004.
- SOUZA, R. O. Participação e Controle Social. In: SALES, M. A., MATOS, M. C. & LEAL, M. C. (Orgs.) *Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio/dez, 2006.
- TAVARES, M. C. & FIORI, J. L. *(Des)ajuste global e modernização conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- TATAGIBA, L. 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.

- TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). *Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria*. São Paulo: Cortez: 1989.
- \_\_\_\_\_.& MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. TEIXEIRA, S. F. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
- UGÁ, M. A. D. & MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- VALLA, V. V. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1998.
- VIANNA, M. L. T. W. O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- \_\_\_\_\_. Participação em saúde: do que estamos falando? In: *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009.
- WOOD, E. M. *Democracia contra Capitalismo – a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. In: *Temporalis*, n. 3, ano III, jan.-jun. 2001.

## Sites Consultados

Biblioteca Virtual em Saúde: <http://www.bireme.br>

Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br>

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: <http://www.cebes.org.br>

Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social:  
<http://www.cntsscut.org.br>

Conselho Federal de Serviço Social: <http://www.cfess.org.br>

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior:  
<http://www.capes.gov.br>

Instituto de Estudos Socioeconômicos:  
<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>

Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br>

SciELO - Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.br>

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) –  
Legislação: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>

Wikipédia, a enciclopédia livre: <http://pt.wikipedia.org>

## **Anexos**

### Anexo 1 – Documentos Produzidos pelo CNS (2003-2008)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Atas</b>	11 reuniões 05 reuniões extraordinárias	12 reuniões 01 reunião extraordinária	12 reuniões	07 reuniões  04 reuniões extraordinárias	12 reuniões  02 reuniões extraordinárias	12 reuniões
<b>Deliberações</b>	02	01	02	01	-	-
<b>Recomendações</b>	15	10	16	03	08	50
<b>Resoluções</b>	13	09	12	05	25	10
<b>Moções</b>	02	02	01	03	07	10

Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br>

## **Anexo 2 – Relação das Atas do CNS Pesquisadas (2003-2008)**

### **2003 – 16 Atas**

Ata da 127ª Reunião Ordinária do CNS (05 e 06/02/2003)

Ata da 128ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/03/2003)

Ata da 129ª Reunião Ordinária do CNS (02 e 03/04/2003)

Ata da 130ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/05/2003)

Ata da 131ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/06/2003)

Ata da 132ª Reunião Ordinária do CNS (02 e 03/07/2003)

Ata da 133ª Reunião Ordinária do CNS (06 e 07/08/2003)

Ata da 134ª Reunião Ordinária do CNS (03 e 04/09/2003)

Ata da 135ª Reunião Ordinária do CNS (01 e 02/10/2003)

Ata da 136ª Reunião Ordinária do CNS (03 e 04/11/2003)

Ata da 137ª Reunião Ordinária do CNS (27 e 28/11/2003)

Ata da 24ª Reunião Extraordinária do CNS (24 e 25/04/2003)

Ata da 25ª Reunião Extraordinária do CNS (21 e 22/05/2003)

Ata da 26ª Reunião Extraordinária do CNS (17 e 18/07/2003)

Ata da 27ª Reunião Extraordinária do CNS (26/08/2003)

Ata da 28ª Reunião Extraordinária do CNS (07/12/2003)

### **2004 – 13 Atas**

Ata da 138ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/01/2004)

Ata da 139ª Reunião Ordinária do CNS (04, 05 e 06/02/2004)

Ata da 140ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/03/2004)

Ata da 141ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/04/2004)

Ata da 142ª Reunião Ordinária do CNS (05 e 06/05/2004)

Ata da 143ª Reunião Ordinária do CNS (02 e 03/06/2004)

Ata da 144ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/07/2004)

Ata da 145ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/08/2004)

Ata da 146ª Reunião Ordinária do CNS (30, 31/08 e 01/09/2004)

Ata da 147ª Reunião Ordinária do CNS (06 e 07/10/2004)

Ata da 148ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/11/2004)

Ata da 149ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/12/2004)

Ata da 29ª Reunião Extraordinária do CNS (14 e 15/10/2004)

### **2005 – 12 Atas**

Ata da 150ª Reunião Ordinária do CNS (11,12 e 13/01/2005)

Ata da 151ª Reunião Ordinária do CNS (15,16 e 17/02/2005)

Ata da 152ª Reunião Ordinária do CNS (08, 09 e 10/03/2005)

Ata da 153ª Reunião Ordinária do CNS (12, 13 e 14/04/2005)

Ata da 154ª Reunião Ordinária do CNS (04 e 05/05/2005)

Ata da 155ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/06/2005)

Ata da 156ª Reunião Ordinária do CNS (13 e 14/07/2005)

Ata da 157ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/08/2005)

Ata da 158ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/09/2005)

Ata da 159ª Reunião Ordinária do CNS (18, 19 e 20/10/2005)

Ata da 160ª Reunião Ordinária do CNS (08, 09 e 10/11/2005)

Ata da 161ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/12/2005)

### **2006 – 11 Atas**

Ata da 162ª Reunião Ordinária do CNS (07,08 e 09/02/2006)

Ata da 163ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/03/2006)

Ata da 164ª Reunião Ordinária do CNS (04, 05 e 06/04/2006)

Ata da 165ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/05/2006)

Ata da 166ª Reunião Ordinária do CNS (31/05 e 01/06/2006)

Ata da 167ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/07/2006)

Ata da 168ª Reunião Ordinária do CNS (09, 10 e 11/08/2006)

Ata da 32ª Reunião Extraordinária do CNS (30/05/2006)

Ata da 33ª Reunião Extraordinária do CNS (15/09; 18, 19 e 20/10; 08, 09 e 10/11/2006)

### **2007 – 14 Atas**

Ata da 169ª Reunião Ordinária do CNS (17 e 18/01/2007)

Ata da 170ª Reunião Ordinária do CNS (13 e 14/02/2007)



Ata da 171ª Reunião Ordinária do CNS (07 e 08/03/2007)  
Ata da 172ª Reunião Ordinária do CNS (18 e 19/04/2007)  
Ata da 173ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/05/2007)  
Ata da 174ª Reunião Ordinária do CNS (12, 13 e 14/06/2007)  
Ata da 175ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/07/2007)  
Ata da 176ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/08/2007)  
Ata da 177ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/09/2007)  
Ata da 178ª Reunião Ordinária do CNS (09 e 10/10/2007)  
Ata da 179ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/11/2007)  
Ata da 180ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/12/2007)

Ata da 34ª Reunião Extraordinária do CNS (30/03/2007)  
Ata da 35ª Reunião Extraordinária do CNS (22/08/2007)

#### **2008 – 12 Atas**

Ata da 181ª Reunião Ordinária do CNS (09, 10 e 11/01/2008)  
Ata da 182ª Reunião Ordinária do CNS (22/02/2008)  
Ata da 183ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/03/2008)  
Ata da 184ª Reunião Ordinária do CNS (16 e 17/04/2008)  
Ata da 185ª Reunião Ordinária do CNS (14 e 15/05/2008)  
Ata da 186ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/06/2008)  
Ata da 187ª Reunião Ordinária do CNS (09 e 10/07/2008)  
Ata da 188ª Reunião Ordinária do CNS (31/07 e 01/08/2008)  
Ata da 189ª Reunião Ordinária do CNS (11 e 12/09/2008)  
Ata da 190ª Reunião Ordinária do CNS (08 e 09/10/2008)  
Ata da 191ª Reunião Ordinária do CNS (12 e 13/11/2008)  
Ata da 192ª Reunião Ordinária do CNS (10 e 11/12/2008)

### Anexo 3 – Conselheiros CNS (2003-2006)

Titular	1º Suplente	2º Suplente
Eni Carajá Filho Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases - MORHAN	Jouglas de Abreu Bezerra Jr. Federação Brasileira de Hemofilia – FBH	Cândida Maria B. Cavalheira (Márcia Patrícia Araújo) (Izaac Fernandes) Sociedade Brasileira de Ostomizados – SBO
Rui Barbosa da Silva Federação Nacional de Associação de Diabéticos – FENAD	Vera Lúcia Marques Vita Associação Franco Baságliã – AFB	Cássia Regina Zappellini de Souza Federação Brasileira de Hemofilia – FBH
Walmer José da Trindade Urtiga Entidade Nacional de Patologias e Deficiências – ONEDEF	José Américo Fontes (Luiz Alberto Silva) Federação Nacional das Associações de Pais Amigos dos Excepcionais - FENAPAES	Mário César Scheffer Organizações Não Governamentais - ONG/AIDS
Climério Silva Rangel Jr. União dos Cegos do Brasil – UCB	Marisa Furia Silva Associação Brasileira de Acessibilidade – ABRA	Maria Irene Monteiro Magalhães Federação Nacional de Associação de Diabéticos - FENAD
Carlos Alberto Ebeling Duarte Organizações Não Governamentais - ONG/AIDS	Neide Regina C. Barriguelli Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA	Rosana Alcântara da Silva (Margarida Maria Santana da Silva) Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA
Gysélle Saddi Tannous Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi - FENASP	Rosane Lowenthal Associação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – ABASD	Cristiano Cláudio Torres Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníases - MORHAN

Nildes de Oliveira Andrade Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA	Lílian Alicke Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz	Cleusa de Carvalho Miguel Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA
Zilda Arns Neumann Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	André Luiz de Oliveira Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Clóvis Adalberto Boufleur Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
Jesus Francisco Garcia Central Única dos Trabalhadores - CUT	Júlia Maria dos Santos Roland Central Única dos Trabalhadores - CUT	Irineu Messias Araújo Central Única dos Trabalhadores - CUT
Diógenes Sandim Martins Força Sindical	Núncio Mannala Força Sindical	João Donizeti Scaboli Força Sindical
Maria Leda de R. Dantas Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP	Geraldo Adão dos Santos Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP	Alcídes dos Santos Ribeiro Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP
Maria Helena Baumgarten Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG	Luiz Gonzaga de Araújo Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG	Maria de Fátima Rodrigues da Silva Confederação Nacional dos Trabalhadores de Agricultura - CONTAG
Wander Geraldo da Silva Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Edmundo Ferreira Fontes Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Fernando Luiz Eliotério Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
Gianni Franco Samaja Confederação Nacional da Indústria - CNI	José Carlos Bezerra Passos Confederação Nacional da Indústria - CNI	Ciro Mortella Confederação Nacional da Indústria - CNI
Adelmir Araújo Santana Confederação Nacional do Comércio - CNC	Sérgio Ricardo Góes M. Barreto Confederação Nacional do Comércio - CNC	Rogério Tokarski Confederação Nacional do Comércio - CNC

Augusto Alves do Amorim Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil - CNA	Daniel Klüppel Carrara Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil - CNA	Renata Ramos Ribeiro Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil - CNA
Moisés Goldbaum Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública - ABRASCO	Paulo Ernani Gadelha Vieira Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública - ABRASCO	Soraya Maria Vargas Côrtes Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública - ABRASCO
José Souza da Silva União das Nações Indígenas - UNI/Acre	Ari Paliano Conselho Estadual dos Povos Indígenas/SC - CEPIN	Etelvina C. Santana Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo- APOINME
Maria Betânia Ávila (Sílvia Marques Dantas de Oliveira) Rede Feminista de Saúde	Jacqueline Pitanguy Rede Feminista de Saúde	Oraida Maria de Abreu Gomes dos Santos Rede Feminista de Saúde
Jorge Nascimento Pereira Movimentos Populares de Saúde	Gislei Knierim Movimento dos Sem Terra - MST	José Cláudio dos Santos Central de Movimentos Populares - CMP
Maria Eugênia C. Cury Federação Nacional dos Farmacêuticos–FENAFAR Solange Gonçalves Belchior Federação Nacional de Enfermagem - FNE	Solange Gonçalves Belchior Federação Nacional de Enfermagem–FNE José Caetano Rodrigues Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde - CNTS	Geusa Dantas Lelis Federação Nacional de Enfermagem – FNE Mauro Fernando Schmidt Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI
Graciara Matos de Azevedo Conselho Federal de Odontologia - CFO	Neimy Batista da Silva Conselho Federal de Serviço Social - CFESS	Noemy Yamaguishi Tomita Conselho Federal de Biologia - CFBIO

Francisco Batista Júnior Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS	Maria Júlia Reis Nogueira Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS	Gerônimo Paludo Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS
Maria Natividade G. S. T. Santana Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	Marlene Terezinha Didonet Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN	Francisca Valda da Silva Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn
Paulo César Augusto de Souza Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	Oseás Florêncio Moura Filho Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Maria Thereza Mendonça de C. Rezende Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa
Rosane Maria Nascimento da Silva Conselho Federal de Nutricionistas - CFN	Marcus Adams de Azevedo Pinheiro Conselho Federal de Psicologia - CFP	Miriam Regina Fagundes Salomão Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Alexandre de Oliveira Fraga Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS	José Carrijo Brom Federação Interestadual dos Odontologistas	Rozângela Fernandes Camapum Federação Interestadual dos Odontologistas
William Saad Hossne Comunidade Científica	Marco Segre Comunidade Científica	Comunidade Científica
Comunidade Científica	Comunidade Científica	Comunidade Científica
Alfredo Boa Sorte Jr. Federação Nacional dos Médicos - FENAM	Edson de Oliveira Andrade Conselho Federal de Medicina - CFM	Eleuses Vieira de Paiva Associação Médica Brasileira - AMB
Humberto Sérgio Costa Lima Ministério da Saúde	Jorge José Santos Pereira Solla Ministério da Saúde	Ana Lúcia Assad Ministério da Ciência e Tecnologia
Gastão Wagner de Sousa Campos Ministério da Saúde	Maria Luiza Jaeger Ministério da Saúde	Manoel Renato Machado Filho Ministério das Cidades

Crescêncio Antunes da Silveira Neto Ministério da Saúde	Antônio Alves de Souza Ministério da Saúde	José Oscar Miranda Pacheco Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
Gilca Ribeiro Starling Diniz Ministério da Educação	Ministério da Assistência Social	Lino Castellani Filho Ministério do Esporte
Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira Ministério da Previdência Social	Maria Grícia de Lourdes Grossi Ministério do Meio Ambiente	Suely de Oliveira Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Virgílio César Romeiro Alves Ministério do Trabalho e Emprego	Georgimar Martiniano de Sousa Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão	Maria Inês da Silva Barbosa Secretaria Especial de Políticas para Igualdade Racial
Gilson Cantarino O'Dwyer Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	Fernando Passos Cupertino de Barros Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	Júlio Strubing Muller Neto Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
Luiz Odorico Monteiro de Andrade Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	Rogério Carvalho Santos Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	Silvio Mendes de Oliveira Filho (André Luis Bonifácio de Carvalho) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS
João Alceu de Amoroso Lima Federação Nacional de Seguros Privados de Capitalização - FENASEG	Carmem Maria Bruder da Fonseca (Luiz F. Correa Silva) Federação Brasileira de Hospitais – FBH	Tito Oliani Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE
José Luiz Spigolon Confederação das Santas Casas de Misericórdia Hospitais e Entidades Filantrópicas	Olympio Távora Derze Correa Confederação Nacional da Saúde	Almir Adir Gentil UNIMED

Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br> (Portaria nº 2.257, de 26/11/2003; Portaria nº 376, de 10/03/2004 e Portaria nº 1.253, de 25/06/2004)

### Anexo 4 – Conselheiros CNS (2006-2009)

<b>Titular</b>	<b>Entidade</b>	<b>1º Suplente</b>	<b>Entidade 1º Suplente</b>	<b>2º Suplente</b>	<b>Entidade 2º Suplente</b>
Moisés Goldbaum (Maria Helena Machado de Souza)	Ministério da Saúde	Fabiano Geraldo P. Júnior (Crescêncio Antunes da S. Neto)	Ministério da Saúde	Paulo E. Gadelha Vieira (José Carvalho de Noronha)	Ministério da Saúde
José Cláudio dos Santos	Central de Movimentos Populares - CMP/Nacional	Marcelo Henrique Batista	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST	Sebastião Geraldo Venâncio	Pastoral da Saúde Nacional
Ailson dos Santos	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME	Rildo Mendes	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME	Luiz Vieira Títiah	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME
Alessandra da Costa Lunas	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG	Antonio Lucas Filho	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG	Maria do Socorro de Souza	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG
Antônio Alves de Souza (Fabiola Aguiar Nunes)	Ministério da Saúde	Maria Natividade G. da S. T. Santana (Adson R. França)	Ministério da Saúde	Danilo Forte (Reinaldo F. N. Guimarães)	Ministério da Saúde
Edmundo Costa Gomes	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	José Veloso Souto Júnior (Luiz Carlos Bolzan)	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	José Eri Osório de Medeiros	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS

Eduardo Santana	Federação Nacional dos Médicos – FENAM	Alceu José Peixoto Pimentel	Conselho Federal de Medicina - CFM	Armando Tadeu Guastapaglia	Associação Médica Brasileira – AMB
Artur Custódio Moreira de Sousa	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN	Sérgio Henrique Sampaio	Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose (Fibrose Cística) - ABRAM	Eni Carajá Filho	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN
Cândida Maria Bittencourt Carvalheira	Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO	Mauro Eduardo e Silva (Regina Lúcia Barata Pinheiro Souza)	Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos - ONEDEF	Merula Emmanoel Anargyrou Steagal	Associação Brasileira de Talassemia - ABRASTA
Carmen Lucia Luiz	Liga Brasileira de Lésbicas - LBL	Edivaldo José de Souza	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros - ABGLT	Edison Rodrigues de Lima (Volnei José de Jesus)	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros - ABGLT
Gianni Franco Samaja	Confederação Nacional da Indústria - CNI	Ciro Mortella	Confederação Nacional da Indústria - CNI	Lauro Moretto	Confederação Nacional da Indústria - CNI
Silvia Marques Dantas	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Maria Betânia Serrano de Andrade Regino	Articulação de Mulheres Brasileiras - AMB	Eline Jones	União Brasileira das Mulheres-UBM
Zilda Arns Neumann	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Lirce Lamounier (Alquermes Valvassori)	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Clóvis Adalberto Bouffleur	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB



Daniela Batalha Trettel	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor -IDEC	Andréa Lazzarini Salazar	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor -IDEC	Sílvia Regina do Amaral Vignola	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor -IDEC
Eufrásia Santos Cadorin	Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO	Paulo César Augusto de Souza	Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	Silvana Maria Pereira	Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras -FASUBRA
Wander Geraldo da Silva	Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Fernando Luiz Eliotério	Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Wilson Valério da Rosa Lopes	Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
Flávio Heleno Poppe de Figueiredo	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE	Solange Beatriz Palheiro Mendes	Federação Nacional das Empresas de Seguro Privados e de Capitalização - FENASEG	Marília Ehl Barbosa	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS
Francisco Batista Junior	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social /Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT	Irineu Messias de Araújo	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT	Nelci Dias da Silva	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT

Geraldo Adão Santos	Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas - COBAP	Abdias José dos Santos	Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas - SINTAP/CUT	Valdete Lopes Ferreira	Sindicato Nacional dos Aposentados e Pensionistas da Força Sindical - SINDNAP-FS
Graciara Matos de Azevedo	Conselho Federal de Odontologia - CFO	Rosane Maria Nascimento da Silva	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN	Jovita José Rosa	União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde - UNASUS
Gyselle Saddi Tannous	Federação Nacional das Associações Pestalozzi -FENASP	Maria Thereza Almeida Antunes	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down	Marylene Ribeiro dos Santos	Federação Nacional das APAEs – FENAPAES
João Donizeti Scaboli	Força Sindical	Arlene Bittencourt Sabóia	Central Geral dos Trabalhadores do Brasil -CGTB	Núncio Mannala	Força Sindical
Valdirlei Castagna	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS	Mauro Fernando Schmidt	Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI	José Caetano Rodrigues	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS
Eduardo Bermudez	Confederação Nacional da Saúde - CNS	José Luiz Spigolon	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB	José Roberto Ferraro	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE
José Marcos de Oliveira	Movimento Nacional de Luta Contra a Aids	Tânia Maria Onzi Pietrobelli	Federação Brasileira de Hemofilia	Alexandre Magno Lins Soares	Movimento Nacional de Luta Contra a Aids

Vânia Glória Alves de Oliveira	Ministério da Educação	Ilka Maria de A. Moreira	Ministério da Educação	Jorge Caetano Júnior	Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento
Fernanda Lopes (Jurema Pinto Werneck)	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB	Maria José Pereira dos Santos (Marisa Mateus dos Santos)	Coordenação Nacional de Entidades Negras - CONEN	Ernesto Luiz Pereira Filho	Congresso Nacional Afro-Brasileiro - CNAB
Lérida Maria dos Santos Vieira	Conselho Federal de Farmácia – CFF	Ronald Ferreira dos Santos	Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	Francisco das Chagas Dias Monteiro	Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação - Sinagências/ANSEVS
José da Rocha Carvalheiro (Luis Augusto Facchini)	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO	Luciana Alves Pereira	Rede Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - REDE UNIDA	José Ruben Ferreira de Alcântara Bonfim	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos - SOBRAVIME
Ligia Bahia	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES	José Eduardo de Siqueira	Sociedade Brasileira de Bioética - SBB	Greyce Lousana	Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica - SBPPC
Neventon Vargas	Confederação Espírita Panamericana - CEPA	Luis Antônio de Sá	Confederação Espírita Panamericana - CEPA	Salomão Jacob Bnchaya	Confederação Espírita Panamericana - CEPA
Francisca Valda da Silva	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	Geraldo Alves Vasconcelos Filho	Associação Brasileira de Odontologia - ABO	Marlene Terezinha Didonet	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN

José Gomes Temporão (Antônio Alves de Souza)	Ministério da Saúde	Francisco Eduardo Campos (Maria Natividade G. da S. T. Santana)	Ministério da Saúde	José Carlos de Moraes (Fabiano G. P. Júnior)	Ministério da Saúde
Maria Izabel da Silva	Central Única dos Trabalhadores - CUT	Gilda Almendia de Souza	Central Única dos Trabalhadores - CUT	Arnaldo Marcolino da Silva Filho	Central Única dos Trabalhadores - CUT
Nildes de Oliveira Andrade	Associação dos Celíacos do Brasil - ACELBRA	Cleuza de Carvalho Miguel	Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla - MOPEM	Lílian Alicke	Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ
Jurandi Frutuoso Silva	Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	Armando Martinho Bardou Raggio	Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS	René José Moreira dos Santos	Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
Augusto Pimazoni Netto (Raimundo Sotero de Menezes Filho)	Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes - FENAD	Maria Acioly Mota	Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial - FENAPHA	Sérgio Metzger	Associação de Diabetes Juvenil - ADJ
Raquel Rigotto	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente - FBOMS	Zuleica Nycz	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente - FBOMS	Esther Neuhaus	Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente - FBOMS
Paulo Rogério A. de Oliveira (Remígio Todeschini)	Ministério da Previdência Social	Zeno Holanda da Costa Cavalcante	Ministério da Previdência Social	Eduardo César Gomes	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
Canuto Medeiros	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Rogério Tokarski	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo

José Claudio Barriguelli	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil –FARBRA	Juarez Pires de Souza	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia -ABRALE	Gerson de Souza Barreto (Marinho Romário Valente)	Associação Pró-Renais Crônicos – APREC - BRASIL
Rinaldo Marinho Costa Lima	Ministério do Trabalho e Emprego	Domingos Lino	Ministério do Trabalho e Emprego	Sérgio Antônio Gonçalves	Ministério das Cidades
Ruth Ribeiro Bittencourt	Conselho Federal de Serviço Social - CFESS	Maria Ermínia Ciliberti	Conselho Federal de Psicologia - CFP	Margareth Alves Dallaruvera	Federação Nacional dos Assistentes Sociais -FENAS
Silvia Martins Casagrande	Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE	Noemy Yamaguishi Tomita	Conselho Federal de Biologia - CFBio	Geusa Dantas Lelis	Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE
Ricardo Souza Heinzemann	União Nacional dos Estudantes - UNE	Thiago Franco Batista de Oliveira	União Brasileira dos Estudantes Secundaristas -UBES	Ieda Uema Fontes (Francisco Mogadouro da Cunha)	Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG
Jecinaldo Barbosa Cabral (Valdenir Andrade França)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Hilário da Silva (Jecinaldo Barbosa Cabral)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Valdenir Andrade França (Hilário da Silva)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB
Volmir Raimondi	União Brasileira de Cegos – UBC	Marisa Furia Silva	Associação Brasileira de Autismo - ABRA	Rita de Cassia Maestri	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos – FENEIS
Ana Cristhina de Oliveira Brasil	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Maria Thereza M. de C. Rezende (Denise Torreão Corrêa da Silva)	Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	Antonio Francisco Silva	Federação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal - CONFETAM

Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br> (Portaria nº 2.201, de 15/09/2006 e Portaria nº 2.920, de 13/11/2007)

### Anexo 5 – Conselheiros CNS (2009-2012)

TITULAR	1º SUPLENTE	2º SUPLENTE
Abraão Nunes da Silva Central de Movimentos Populares	Sidnei Rodrigues de Faria Central de Movimentos Populares	Sílvia Maria de Vasconcelos P. Cruz Pastoral da Criança
Antônio Alves Souza Ministério da Saúde – MS	Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Ministério da Saúde – MS	Gerson Oliveira Penna Ministério da Saúde – MS
Arlson da Silva Cardoso Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS	Antônio Carlos Figueiredo Nardi Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	José Eri de Medeiros Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS
Artur Custódio Moreira de Sousa Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN	Paulo Fernando da Silva Teixeira Filho Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes - FENAD	Lucimar Batista da Costa Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN
Beatriz Figueiredo Dobashi Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS	Jurandi Frutuoso Silva Conselho Nacional dos Secretários de Saúde CONASS	Gilson Cantarino O'Dwyer Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo Ministério da Saúde – MS	Adson Roberto França dos Santos Ministério da Saúde – MS	Alberto Beltrame Ministério da Saúde – MS
Cleusa de Carvalho Miguel Movimento dos Portadores de Esclero Múltipla - MOPEM	Renato de Jesus Padilha Associação Pró Renais Crônicos do Brasil – APREC BRASIL	Fábio dos Reis Fonseca (Laudeci Vieira dos Santos) Associação Nacional de Grupos e Pacientes Reumáticos -ANAPAR

Clóvis Adalberto Boufleur Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	André Luiz de Oliveira Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	Frei Luiz Carlos Lunardi Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
Denise Torreão Correa da Silva Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFA	Rosane Maria Nascimento Conselho Federal de Nutrição - CFN	Jovita José Rosa União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde - UNASUS
Edemilson Canale Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena	Rildo Mendes Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul - ARPINSUL	Maria do Carmo Andrade Silva Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
Edmundo Dzuawi Omoro Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Valdenir Andrade França Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB	Dário Cardoso Salgado Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB
Eufrasia Santos Cadorin Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO	Walter Gomes de Sousa Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras - FASUBRA	Viviane Victor Afonso Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS
Fernanda Lou Sans Magano Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI	Maria Erminia Ciliberti Conselho Federal de Psicologia - CFP	Noemy Yamaguishi Tomita Conselho Federal de Biologia - CFBIO
Fernando Luiz Eliotério Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Wilson Valério da Rosa Lopes Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM	Wanderley Gomes da Silva Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
Francisco Batista Junior Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS/CUT)	Maria Laura Bicca Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS	Nelci Dias da Silva Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS/CUT)

Geraldo Adão dos Santos Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP	Luiz Alberto Catanoe Sindicato Nacional dos Aposentados	Rubens Graciano Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI
Geraldo Alves Vasconcelos Associação Brasileira de Odontologia - ABO	Graciara Matos de Azevedo Conselho Federal de Odontologia - CFO	Francisco das Chagas Dias Monteiro Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação - SINAGENCIAS
João Donizete Scaboli Força Sindical - FS	Gilson Silva Força Sindical - FS	Júlio Atanásio Gevaerd Força Sindical - FS
Jorge Alves de Almeida Venâncio Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB	Luis Antônio Festino Nova Central Sindical dos Trabalhadores - NCST	Luiz Anibal Vieira Machado Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB
José Caetano Rodrigues Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS	Ronald Ferreira dos Santos Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	Valdirlei Castagna Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS
José Marcos de Oliveira Movimento Nacional de Luta contra a AIDS	Júlio Cesar Figueiredo Caetano Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais - MBHV	Cláudio Toledo Soares Pereira Movimento Nacional de Luta contra a AIDS
José Rubens Rebelatto Ministério da Educação - MEC	Celso Fernando Ribeiro Araújo Ministério da Educação - MEC	Jorge Caetano Júnior Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA
José Wilson de Souza Gonçalves Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG	Maria do Socorro de Souza Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG	Alessandra da Costa Lunas Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG



Jurema Pinto Werneck Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB	José Marmo da Silva Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra	Gilson da Cruz Rodrigues Congresso Nacional Afro Brasileiro - CNAB
Lauro Domingo Moretto Confederação Nacional da Indústria - CNI	Nelson Augusto Mussolini Confederação Nacional da Indústria - CNI	Solange Aparecida Nappo Confederação Nacional da Indústria - CNI
Lérida Maria dos Santos Vieira Conselho Federal de Farmácia - CFF	Paulo César Augusto de Souza Conselho Federal de Farmácia - CFF	Danilo Gonçalves Moreira Caser Federação Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR
Luiz Antonio Silva Neves Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES	Dulce Helena Chiaverini Rede Unida	Alcides Silva de Miranda Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES
Luiz Augusto Facchini Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO	Elias Rassi Neto Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO	Conceição Aparecida Accetturi Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica - SBPPC
Manoel Messias Nascimento Melo Central Única dos Trabalhadores - CUT	Expedito Solaney Pereira de Magalhães Central Única dos Trabalhadores - CUT	Maria Izabel da Silva Central Única dos Trabalhadores - CUT
Maria de Lourdes Alves Rodrigues Liga Brasileira de Lésbicas	Liorcino Mendes Pereira Filho Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - ABGLT	Carmem Lúcia Luiz Liga Brasileira de Lésbicas
Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Eline Jonas União Brasileira de Mulheres - UBM	Ana Maria Rodrigues da Silva Confederação das Mulheres do Brasil - CMB
Maria Helena Machado de Souza Ministério da Saúde – MS	Francisco Eduardo Campos Ministério da Saúde – MS	Reinaldo Felipe Nery Guimarães Ministério da Saúde – MS

Maria Thereza Almeida Antunes Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down	Gyséle Saddi Tannous Federação Nacional das Associações Pestalozzi	Alexandre Magno Lins Soares Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
Marisa Furia Silva Associação Brasileira de Autismo - ABRA	Edmundo Luiz Saunier de Albuquerque Associação Brasileira de Autismo - ABRA	Cândida Maria Bittencourt Carvalheira Associação Brasileira de Ostimizados - ABRASO
Nildes de Oliveira Andrade Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - FENACELBRA	Nadir Francisco do Amaral Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes - FENAFAL	Suzana Schommer Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - FENACELBRA
Olympio Távora Derze Correa Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS	Luiz Fernando Correa Federação Brasileira de Hospitais -FBH	José Luiz Spigolon Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB
Paulo Guilherme Romano Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Alexandre Frederico de Marca Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo	Luis Sérgio Soares Mamari Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
Remígio Todeschini Ministério da Previdência Social - MPS	Vilma Ramos Ministério da Previdência Social - MPS	Sérgio Antônio Gonçalves Ministério das Cidades
Rosângela da Silva Santos Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA	Tania Maria Onzi Pietrobelli Federação Brasileira de Hemofilia	Humberto Floriano Mendes Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA
Rosemary Dutra Leão Ministério do Trabalho e Emprego - MTE	Fernando Donato Vasconcelos Ministério do Trabalho e Emprego - MTE	Euler Albergaria de Melo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG
Ruth Ribeiro Bittencourt Conselho Federal de Serviço Social	José Naum de Mesquita Chagas Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais	Marlene Teixeira Rodrigues Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

Sandra Regis Associação de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Panamericana - CEPAMIGOS	Sebastião Geraldo Venâncio Pastoral da Saúde	Ana Maria Ferreira Melo Pastoral da Pessoa Idosa
Silvia Fernanda Martins Casagrande Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE	Maria Goretti David Lopes Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	Francisca Alves de Souza Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE
Solange Beatriz Palheiro Mendes Federação Nacional de Saúde Suplementar	Sérgio Custódio Vieira Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE	Maria Beatriz Coacci Federação Nacional de Saúde Suplementar
Ubiratan Cassano Santos União Nacional dos Estudantes - UNE	Luiz Carlos Cantanhede Fernandes Júnior Associação Nacional de Pós-Graduando - ANPG	Gabriela Caresia Wexell Severo União Nacional dos Estudantes - UNE
Volmir Raimondi União Brasileira de Cegos - UBC	Marcos Antônio Gonçalves Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência - FENAVAPE	Moisés Bauer Luiz União Brasileira de Cegos - UBC
Wilen Heil e Silva Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Ana Cristhina de Oliveira Brasil Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional - FENAFITO	Elias Nasrala Neto Associação Brasileira de Fisioterapia - ABEN-FISIO
Zilda de Faveri Vicente Souza Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAz	Merula Emmanoel Anargyrou Steagall Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia ABRALE	Juares Pires Sousa Associação Brasileira de Talassemia - ABRASTA

Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br> (Portaria nº 3.047, de 08/12/2009)

## Anexo 6 – Nota Técnica nº 001/2009 – CNS

Em 02 de setembro de 2009.

Assunto: **A Natureza Deliberativa e a Executoriedade das Decisões do Conselho Nacional de Saúde.**

### I. DO OBJETIVO

Trata a presente nota jurídica de parecer referente à natureza do Conselho Nacional de Saúde – CNS, o qual, como órgão público integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, possui, de acordo com o Decreto n. 5.839/2006, poderes deliberativos e decisórios, homologados pelo Ministro de Estado da Saúde.

### II. DOS FATOS

Conforme dispõe o artigo 1º do Decreto n. 5.839/2006, o Conselho Nacional de Saúde é um órgão deliberativo, ainda que para fazer valer suas resoluções necessite da chancela do Ministro da Saúde. Exatamente essa é a questão problemática quanto ao alcance das atribuições concedidas ao Conselho.

E o que se verá a seguir é justamente isso, pois é indiscutível que o Conselho Nacional de Saúde manifesta a vontade do Estado, na figura do referido Ministério, fazendo as vezes de órgão técnico em assuntos com competência legalmente constituída.

### III. DA ANÁLISE E DO FUNDAMENTO LEGAL

Como já destacado, a natureza do Conselho Nacional de Saúde é de **órgão deliberativo**, e tal definição se faz explícita no art. 1º do referido Decreto n. 5.839/2006, de seguinte teor:

“Art. 1º **O Conselho Nacional de Saúde – CNS, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo**, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde.”

Ora, como o próprio enunciado manifesta, o Conselho é um órgão deliberativo, ainda que para fazer valer suas resoluções necessite da chancela do Ministro da Saúde. Exatamente essa é a questão problemática quanto ao alcance das atribuições concedidas ao Conselho.

Efetivamente, caso o Ministro se negue a homologar alguma resolução, esta deverá ser encaminhada ao Conselho para mais uma vez deliberar sobre o conteúdo ou a forma da resolução, e só então ela será reenviada ao Ministro, tal como estabelece o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, *verbis*:

“Art. 58 A Resolução é ato geral, de caráter normativo.

§ 3º A Resolução aprovada pelo CNS que não for homologada pelo Ministro de Estado da Saúde, no prazo de até trinta dias após sua aprovação, deverá retornar ao Plenário do CNS na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência, para avaliação do Pleno que poderá acatar as justificativas revogando, modificando ou mantendo a Resolução, que, nos dois últimos casos, será reencaminhada ao Ministro para homologação”.

Uma vez que ele novamente negue assinatura ao documento, cabe ao Conselho proceder com os devidos encaminhamentos, nos termos do artigo. 58, § 4º:

“Se novamente o Ministro de Estado da Saúde não homologar a Resolução, nem se manifestar sobre esta em até trinta dias após o seu recebimento, ela retornará ao Plenário do CNS para os devidos encaminhamentos.”

É indiscutível que o Conselho é órgão do Ministério da Saúde, e, como tal, manifesta a vontade do Estado, na figura do referido Ministério, fazendo as vezes de órgão técnico em assuntos com competência legalmente constituída, como se verá mais adiante.

Decerto, o Conselho Nacional de Saúde, em seu âmbito, é o instrumento destinado a dar eficácia ao Princípio da Participação Popular, plasmado nos arts. 194, VII e 198, III da Constituição Federal e no art. 7º, VIII da Lei n. 8.080/1990, *verbis*:

“Art. 194, CF. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.”

“Art. 198, CF. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

III - participação da comunidade.”

“Art. 7º da Lei n. 8.080/1990. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

VIII - participação da comunidade;”

Certamente, por ser o Conselho Nacional de Saúde um órgão colegiado – e esse colégio ser integrado por não somente representantes do governo, mas também por usuários do sistema público de saúde, dentre outros –, **confere legitimidade ao plano de descentralização das ações e políticas de saúde, plano esse corporificado na criação do próprio Conselho e na conseguinte ampliação de suas competências.**

Assim, configura-se com o Conselho o princípio da participação popular. Ademais, não se pode olvidar que esse Conselho é composto também por integrantes do governo e representantes de associações de classe, os quais assumem o papel de técnicos, isto é, de detentores de conhecimentos técnicos e políticos específicos para a gestão das atribuições e competências do CNS, razão porque não é arbitrada ao Ministro de Estado da Saúde a mera negativa de homologação às resoluções - atos normativos - do Conselho, salvo em situações excepcionais, devidamente justificadas e com proposta alternativa.

Entende-se, então, que, ao não homologar as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, Conselho esse dotado de força por ser um órgão deliberativo, **o Ministro de Estado da Saúde pratica ato contrário à lei, violando o princípio constitucional da legalidade**, de obrigatória obediência, nos termos do art. 37, caput, da Constituição Federal:

“Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito

Federal e dos Municípios obedecerá aos **princípios de legalidade**, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

É salutar trazer à baila os ensinamentos do sempre festejado Hely Lopes Meirelles:

“**A legalidade**, como princípio da administração (CF, art. 37, *caput*), **significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, e deles não se pode afastar ou desviar**, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil, criminal, conforme o caso

A eficácia de toda atividade administrativa está condicionada ao entendimento da *lei*.

**Na Administração Pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza.** A lei para o particular significa “pode fazer assim”; para o administrador público significa “deve fazer assim”.

As leis administrativas são, normalmente, de *ordem pública* e seus preceitos não podem ser descumpridos, nem mesmo por acordo ou vontade conjunta de seus aplicadores e destinatários, uma vez que contêm verdadeiros *poderes-deveres, irrelegáveis pelos agentes públicos*. Por outras palavras, **a natureza da função pública e a finalidade do Estado impedem que seus agentes deixem de exercitar os poderes e de cumprir os deveres que a lei lhes impõe**. Tais poderes, conferidos à Administração Pública para serem utilizados em benefício da coletividade, não podem ser renunciados ou descumpridos pelo administrador sem ofensa ao bem comum, que é o supremo e único objetivo de toda ação administrativa.” (MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 20ª. Ed., São Paulo: Malheiros Editores, 1990, os. 82-83 – g.n.).

Daí o porquê das resoluções emanadas do Conselho Nacional de Saúde – órgão colegiado deliberativo – serem carregadas de legitimidade e força executória, vez que são legalmente estabelecidas e amparadas nos mais altos princípios constitucionais.

Portanto, não pode o Ministro de Estado da Saúde negar-se arbitrariamente a homologar as resoluções tomadas pelo colegiado que compõe o Conselho Nacional de Saúde, pois, como dito, o Conselho Nacional de Saúde se ampara nos princípios da legalidade e da participação popular, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas à saúde. É o exercício da cidadania com efetiva participação democrática.

Além disso, se o intento do Estado é a descentralização do próprio Estado, em consonância com todas as democracias modernas, e o CNS é essa tendência consubstanciada. Logo, o Conselho goza de prestígio, de real força, de maior poder, trabalhando com competências ampliadas para que possa ter eficácia, como sabiamente entendeu a autoridade promulgadora do Decreto n. 5.839/2006, no que se vê a seguir:

“Art. 2º - Ao CNS compete:

I – atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

II – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

III – elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS;

IV – aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;

V – propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

VI – acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;

VII – acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País; e

VIII – articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.”

Resta absolutamente, portanto, claro que a natureza jurídica do Conselho Nacional de Saúde é a de um órgão deliberativo, e não meramente consultivo, porquanto as atribuições expressas no art. 2º se mostram carregadas de força executória, força essa emanada/delegada pelo decreto presidencial, e reiterada pelo legislador na Lei n. 8.142/1990.



Dentre as atribuições, destacam-se o atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, o estabelecer diretrizes na elaboração dos planos de saúde, o elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos entes federados e o aprovar critérios e valores para remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura de assistência.

Ora, o enunciado desse artigo se faz evidente quanto às competências, vez que os termos utilizados no referido decreto carregam em si a força das atribuições que representam, isto é, os verbos componentes das sentenças de cada inciso são ativos, enérgicos, têm o seu sentido inteiro e literal presente no vocábulo, impossibilitando tergiversação no significado. Tais verbos, **atuar**, **estabelecer**, **elaborar**, **aprovar**, representam exatamente essa executoriedade reflexa ou oblíqua conferida pelo chefe do executivo.

Já o parágrafo 2º da Lei 8.142/1990 estabelece/delimita que “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na **formulação** de estratégias e no controle da **execução** da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas **decisões** serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

Ora, como se explicita da própria da lei, o órgão em questão é deliberativo, o que abarca seu caráter consultivo, manifestado nos substantivos *formulação* e *execução* do referido parágrafo, bem como no substantivo *decisões*, como se verá dos desdobramentos dessas implicações lingüísticas.

A lingüística, atendendo à finalidade primordial de compreender a comunicação do homem, serve também à interpretação teleológica da letra da lei, pois nos caracteres da língua estão insculpidos os intentos do legislador, sendo cada vocábulo cuidadosamente selecionado de todo um universo lexical, com o fito de direcionar sua exegese aos que lhe farão uso.

Essa é a razão porque se destacam os substantivos *formulação* e *execução*, entendidos como pontos fulcrais das atribuições do CNS. De acordo com o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, *formulação* é o “ato ou efeito de formular”, “o processo de criar e de dar forma a (uma ideia, uma teoria etc)”. Já a palavra *execução* significa “ato ou efeito de executar, de passar de projeto ao ato; realização”. *Decisão*, segundo o mesmo dicionário, é “resolução tomada após julgamento; juízo; sentença”.

Ora, resta evidente que os termos acima conceituados têm em seu bojo a noção de ato, que é um fazer, um executar, um poder. Se tais vocábulos estão expressamente alinhavados no rol de competências por lei e por decreto atribuídas ao Conselho Nacional de Saúde, isso significa que a vontade da autoridade competente, no momento da feitura da lei, era justamente a de que o órgão em comento gozasse dessa força, qual seja, a de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, dentre outras competências.

Ademais, o legislador frisou que essa competência alcança “inclusive os aspectos econômicos e financeiros”, do que se depreende, mais uma vez, a influência do CNS, visto que validar questões relacionadas ao orçamento do Sistema Único de Saúde é competência comprovadora da importância e do peso do referido Conselho nas políticas públicas de saúde, como garante o art. 26 da Lei n. 8.080/1990:

“Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.”

#### **IV. DA CONCLUSÃO**

Por todo o exposto, resta evidenciado a natureza deliberativa do Conselho Nacional de Saúde, tendo suas atribuições e competências legalmente constituídas, literariamente expressas no decreto e na lei que o disciplinam, razão pela qual referido Conselho pode fazer valer suas resoluções, a despeito de negativa de homologação do Ministro de Estado da Saúde, com base nos princípios constitucionais da participação popular e da legalidade, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas à saúde. É o exercício da cidadania com efetiva participação democrática.

#### **ASSESORIA JURÍDICA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**