

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso

**A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE, DE 2001 A 2004**

Autora: Eliane Aparecida da Cruz – 08/48514
Orientadora: Professora Doutora Ângela Vieira Neves

Brasília
2011

ELIANE APARECIDA DA CRUZ

**A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONSELHO NACIONAL DE
SAÚDE, DE 2001 A 2004**

Monografia apresentada ao curso de graduação
em Serviço Social da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Ângela
Vieira Neves

Brasília
2011

Monografia de autoria de Eliane Aparecida da Cruz, intitulada *A formulação de políticas de saúde no Conselho Nacional de Saúde, de 2001 a 2004*, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social da Universidade de Brasília, em 22 de novembro de 2011, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada.

Professora Doutora Ângela Vieira Neves
Orientadora

Professora Doutora Andréia de Oliveira

Professora Doutora Nair Heloisa Bicalho de Sousa

Brasília

2011

Gramsci assegurava que era “preciso elevar as Comissões Internas, fazer com que delas surjam conselhos de fábrica eleitos por todos os trabalhadores, independentemente de sua inscrição no sindicato [...] Através do conselho de fábrica, os operários devem intervir na organização do trabalho e estabelecer um poder democrático na fábrica, que depois propagar-se-á das fábricas para o campo, até transforma-se em poder, na sociedade e no Estado.” (GRAMSCI apud GRUPPI, 1985, p. 73)

Essa afirmativa me lembra a história de Luiz Inácio Lula da Silva, que desde a minha infância sempre foi uma inspiração de sabedoria e coragem que emerge do povo. Vê-lo chegar à Presidência da República foi uma vitória da classe trabalhadora e vivi esse momento como uma vitória pessoal. Vê-lo cumprir dois mandatos como um presidente comprometido com as necessidades do povo brasileiro reforçam meu respeito. Vê-lo ainda dedicar-se ao fortalecimento da cidadania mantém o meu respeito.

Por isso, dedico este trabalho de conclusão de curso ao ex-presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido filho Danilo e aos meus pais, Maria e José Carlos, que torceram para que eu concluísse esse curso.

À minha irmã Élide, sempre amorosa e disponível, e aos meus irmãos Lucio e Lucas.

Às minhas queridas amigas Mônica, Denise e Lica, que fazem parte da minha história de vida e de participação política.

Aos meus amigos e amigas do Hospital Radamés Nardini – Mauá /SP

Aos diretores do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde no Estado de São Paulo (Sindsaúde/SP), que me ensinaram a defender o SUS.

Aos dirigentes da Central Única dos Trabalhadores, aguerridos defensores da classe trabalhadora.

Aos dirigentes da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT – a qual tive a honra de presidir de 1998 a 2001 –, que apostaram em campanhas de valorização do trabalho no SUS.

Aos conselheiros nacionais de saúde, árdios defensores do SUS, cuja ação cotidiana foi motivadora deste estudo.

Aos funcionários da Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde, que comemoraram minha aprovação no vestibular de 2007 e me ajudaram a alcançar as condições necessárias para encarar o curso, apesar da rotina intensa de trabalho.

À equipe da Coordenação-Geral de Negociação e Relações Sindicais e ao Secretário de Recursos Humanos, Duvanier Paiva Ferreira, que nos anos de 2009 e 2010 foram solidários com meu cotidiano de estudante.

Aos queridos Adalgiza Balsemão Araujo, Conceição Rezende, Arthur Chioro e Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, que sempre me incentivaram nos movimentos de saúde.

Aos professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, em especial, à professora Ângela Vieira Neves, minha orientadora neste trabalho, que sempre me incentivou a pensar sobre os tensionamentos políticos produzidos pela democratização dos espaços públicos.

Aos colegas da Turma 2/2007, pelas trocas e aprendizado: Hiury, Iris, Shakespare, Hayla, Raquel, Luisa, Luciana, Tazy, Camila, Erika, Rafaella, Carol, Vanessa, Fernanda, Paula, Maíra e Libele.

Aos ex-ministros da Saúde do Governo Lula (Humberto Costa, Saraiva Felipe e Agenor Álvares), pelas contribuições ao fortalecimento do controle social.

Ao atual ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que hoje me dá a oportunidade de acompanhar de perto as relações entre Estado e sociedade civil.

A defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

Gastão Wagner

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que os seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém.

Renato Russo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1	
MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL E DEMOCRACIA	16
1.1 Estado e sociedade civil: notas introdutórias	16
1.2 O fortalecimento dos movimentos sociais de 1970 a 1980.....	21
1.3 Democracia participativa: um novo desafio para a sociedade brasileira.....	27
1.4 Espaços públicos no Brasil.....	32
CAPÍTULO 2	
SAÚDE E CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO	41
2.1 A reforma sanitária no Brasil	41
2.2 Saúde e controle social	45
2.3 Histórico do Conselho Nacional de Saúde	48
2.4 Projetos políticos em disputa: a aprovação das leis nº 8.080 e nº 8.142/1990... ..	52
CAPÍTULO 3	
ANÁLISE DA PESQUISA.....	57
3.1 A ampliação da participação da sociedade civil nos processos decisórios da área de saúde	57
3.2 A composição paritária dos conselhos de saúde.....	62
3.3 A formulação da política nacional de assistência farmacêutica.....	69
3.4 A definição de ações e gastos com saúde no orçamento público.....	73
3.5 A negociação coletiva no SUS.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	84
ANEXO.....	88

INTRODUÇÃO

A participação da sociedade civil, nos anos 1970 e 1980, forçava as portas do autoritarismo do Estado pela redemocratização do país e trazia a público as demandas sociais por melhores condições de vida e por trabalho.

Em meio a esse contexto de lutas, os profissionais de saúde também se mobilizavam em prol da chamada Reforma Sanitária¹ e se articulavam com a sociedade civil que engrossava fileiras na luta pelo direito à saúde.

Os movimentos sociais, que nos anos 1980 surgiram por demandas específicas, ampliaram suas ações para um contorno de organização partidária e lutas gerais evidenciado na Campanha das Diretas; na eleição da Assembleia Nacional Constituinte; na primeira eleição direta para Presidente da República, em 1989; na elaboração das Constituições dos Estados e das Leis Orgânicas dos Municípios; e na regulamentação da Constituição Federal de 1988.

No início do século XXI, verifica-se que os movimentos não abandonaram as pautas de lutas por direitos sociais e que a dificuldade de ampliação desses direitos exige sempre revisitar a política e a economia, as quais repercutem diretamente na evolução ou inibição de direitos sociais, como a saúde.

A Constituição Federal de 1988 garantiu a participação da comunidade como uma das três diretrizes de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa conquista da sociedade civil promoveu alterações na definição das políticas sociais, tencionando os espaços públicos a conviverem institucionalmente com os movimentos sociais representados nos conselhos e conferências de saúde, acompanhando e fiscalizando as políticas públicas.

Na esfera nacional, a recomposição do Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada em agosto de 1990, influenciou a formulação e aprovação da Lei nº 8.142, de 19 dezembro do mesmo ano, criando os conselhos de saúde. Colegiados que reúnem representações da população usuária, de prestadores dos serviços, de trabalhadores e de gestores do setor, os conselhos de saúde, segundo a legislação, têm o papel de formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas da área. E a experiência mostra que a formulação de políticas nos conselhos de

¹ “O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.” (FLEURY, 1995)

saúde quando considerada também pelo gestor que compõe tal fórum produz reais benefícios para os serviços.

Em 21 anos de funcionamento desde a sua recomposição em 1990, o Conselho Nacional de Saúde desenvolveu uma produção de qualidade em favor da saúde no país. Em relação ao financiamento do setor, por exemplo, diante da falta de uma lei de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 – a qual define o que são ações e gastos em saúde e delimita os percentuais de investimentos do Governo Federal, dos governos estaduais e municipais –, os gestores do SUS se baseiam, desde 2003, nos direcionamentos da Resolução CNS nº 322/2003, que pode ser considerada a base do projeto de lei que tramita no Congresso Nacional sobre o tema. Esse é um exemplo de como a ação permanente e qualificada dos movimentos permitiu a elaboração e a aprovação de um processo de normatização para o SUS, no que tange ao financiamento, que tem legitimidade perante usuários, trabalhadores de saúde e gestores.

Os movimentos reunidos no Conselho Nacional de Saúde foram convocados a tratar da organização dos serviços de saúde no país, ora com a necessidade de formulação de processos complexos e necessários como a Resolução nº 196/1996, que trata da pesquisa com seres humanos, ora com processos de enfrentamentos conjunturais.

O presente estudo, intitulado *A formulação de políticas de saúde no Conselho Nacional de Saúde, de 2001 a 2004*, parte do pressuposto de que as entidades com assento no CNS têm matizes políticas diferentes e que há uma produção no colegiado reconhecida pela sociedade. Assim, a pesquisa busca desenvolver as seguintes questões: Como os movimentos sociais atuam na formulação de soluções para o funcionamento do Sistema Único de Saúde? Como se dá a articulação dos movimentos sociais que compõem o CNS para construir e garantir as decisões tomadas acerca do direito à saúde e quais as tensões políticas que ocorrem nesse processo de formulação e deliberação? A renovação do Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2003 com adoção da paridade² na composição do Pleno ampliou sua influência na condução das políticas de saúde no país?

² A reivindicação de paridade, estabelecida nas resoluções nº 33/1992 e nº 333/2003, foi finalmente alcançada com a aprovação do Decreto nº 4.878, de 18/11/2003, o qual elevou o número de conselheiros nacionais de saúde de 32 para 40 e dividiu as vagas da seguinte forma: 50% para as representações dos usuários; 25% para as representações dos trabalhadores da saúde; e 25% para os gestores federais, estaduais, municipais e prestadores de serviços de saúde. Posteriormente, esse decreto foi revogado pelo Decreto nº 5.839, de 11/7/2006, que ampliou para 48 o número de conselheiros e instituiu eleições tanto para escolha das entidades representadas no CNS quanto para o presidente do colegiado.

Pretende-se com este estudo identificar: a) se as políticas formuladas ou analisadas pelo CNS influenciaram a elaboração de projetos de lei, programas ou projetos do Ministério da Saúde e; b) o efeito da homologação das resoluções na valorização do controle social na saúde.

Dessa forma, pretende-se analisar os resultados acerca da política nacional de saúde, produzidos pelo CNS, tendo como base os registros públicos de decisões do referido Conselho e a opinião dos representantes dos movimentos sociais que compõem o colegiado. Conforme aponta Gohn:

No contexto da democratização, o papel dos movimentos sociais na construção de nova cultura política foi fundamental para o questionamento de uma cultura política tradicional de ordem não democrática. (GOHN, 2001 apud NEVES, 2006)

Tendo em vista que os conselhos se manifestam principalmente por meio de resoluções, esses foram os instrumentos escolhidos para compor e delimitar o objeto de estudo. As resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, no período pesquisado, são uma espécie de retrato da atuação do colegiado, observando a autonomia e a capacidade de formulação dos movimentos sociais – incluindo aí as articulações, alianças e disputas – na proposição de políticas.

É notório que as decisões do Conselho Nacional de Saúde expressas em resoluções podem orientar o Poder Executivo em suas ações. No entanto, o que esse estudo busca mostrar é que as resoluções expressam, sobretudo, a conjuntura política e a atmosfera dos debates que subsidiaram a decisão do CNS, destacando a participação das representações da sociedade civil.

Assim, a pesquisa pretende sobremaneira investigar o protagonismo exercido pelos movimentos sociais nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde que resultaram em conquistas para o fortalecimento do SUS.

Neste estudo, os autores que permitiram avaliar o histórico de ressurgimento da sociedade civil, a gestão participativa e a democracia participativa, a democratização e a institucionalização dos espaços públicos e a análise da relação entre Estado e sociedade foram, entre outros, Evelina Dagnino, Marcos Aurélio Nogueira, Ângela Vieira Neves e Carlos Nelson Coutinho.

A escolha do tema está intrinsecamente ligada à experiência pessoal de participação da autora em movimentos de saúde na cidade de Mauá (SP), entre 1987 e 1989; na elaboração da Lei Orgânica do referido município, no que tange ao capítulo da saúde, por meio de emenda

popular organizada pelo movimento social daquela cidade, em 1990; no Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, de 1995 a 1997, e no Conselho Nacional de Saúde, representando a Central Única dos Trabalhadores (CUT), de 2001 a 2002; e na recente experiência, de 2003 a 2008, como secretária executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Essa experiência de atuação em espaços públicos democratizados, por meio dos conselhos de saúde, constituiu um profundo respeito pela atuação autônoma e legítima dos movimentos sociais e pela forma como os trabalhadores ultrapassam a formação tradicional e desenvolvem a capacidade de formular políticas públicas nas ruas e nas mesas de negociação.

Diante de um contexto, no qual a autora é também protagonista de muitos processos descritos e estudados, era necessário redobrar a atenção para manter um distanciamento crítico que permitisse o desenvolvimento do trabalho. Tal orientação foi cuidadosamente observada e acompanhada em toda a elaboração do estudo, da escolha do tema às conclusões finais.

Os procedimentos metodológicos aqui empregados, com vistas à obtenção dos dados analisados para demonstrar a atuação dos movimentos sociais que compõem ou compuseram o CNS na formulação de políticas de saúde, seguem a linha de pesquisa qualitativa.

O modelo qualitativo permitiu apontar particularidades nos discursos dos conselheiros e de suas entidades, identificando interesses comuns e divergências que geram consensos ou conflitos, quando da tomada de decisões referentes às políticas de saúde do país.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2010, p. 21)

O recorte analisado se inicia em 2001, com a aprovação da Resolução nº 308, e se encerra em 2004, com a Resolução nº 344, totalizando 37 resoluções. O período abrange a gestão de três ministros da Saúde: José Serra e Barjas Negri, no segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (2001/2002), e Humberto Costa, no primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003/2004).

As informações para a elaboração deste trabalho foram pesquisadas, principalmente, em três fontes: atas do Conselho Nacional de Saúde, disponíveis no *site* do colegiado (<http://conselho.saude.gov.br>), em busca de acompanhar os debates e analisar as falas dos

conselheiros; *Coletânea de Resoluções do Conselho Nacional de Saúde*, publicada pelo CNS em 2007, da qual foi possível consultar a íntegra do texto das resoluções (homologadas e não homologadas) tal como aprovado pelo colegiado; Diário Oficial da União, para extrair os instrumentos legais (leis, decretos e portarias) que tenham sido elaborados a partir de resoluções do CNS.

Também foram realizadas quatro entrevistas com conselheiros nacionais de saúde, a partir de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas possibilitando ao entrevistado “discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010, p. 64).

Os questionamentos fechados tinham como objetivo colher informações sobre o perfil do conselheiro e a entidade que ele representa; já as perguntas abertas versavam sobre a atuação do conselheiro no CNS, com destaque para suas opiniões sobre o processo de formulação de políticas de saúde, incluindo as articulações e os tensionamentos vividos com vistas à deliberação de políticas de saúde.

Para seleção dos entrevistados (sujeitos da pesquisa) entre os vários membros que compuseram o colegiado a partir de 1990, foram considerados os seguintes critérios qualitativos: representantes de entidades com capilaridade de organização e maior visibilidade nacional, que exerceram (ou exercem) uma efetiva participação nos fóruns do controle social como conselhos, plenárias de conselhos e conferências; e conselheiros representantes de entidades que passaram a compor o colegiado após a reestruturação realizada em 2003.

Seguindo esses critérios, foram entrevistados representantes da Central Única dos Trabalhadores (CUT); da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); do Movimento Nacional de Luta contra a Aids e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que passou a compor o CNS após 2003.

Ao serem convidados a contribuir, os entrevistados foram devidamente informados sobre o objetivo principal do estudo: analisar a formulação de políticas de saúde no CNS, de 2001 a 2004, destacando consensos e dissensos que compuseram esse processo desenvolvido pelos conselheiros de saúde representantes de usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços no setor.

De forma a traduzir em números as resoluções,³ foram elaborados gráficos e tabelas

³ De acordo com o Regimento Interno do CNS (Resolução nº 435, de 12 de agosto de 2010), as decisões do Conselho Nacional de Saúde são consubstanciadas em resoluções que, para ter efeito, devem ser homologadas pelo ministro da Saúde.

que detalham as informações colhidas. As resoluções avaliadas levaram em consideração a promoção de mudanças e paradigmas no controle social na área de saúde. Após avaliar cada uma das 37 resoluções aprovadas nos anos de 2001 a 2004, de acordo com os critérios já descritos, foram selecionadas sete resoluções para análise:

- a) duas referentes à questão do **controle social e funcionamento dos conselhos de saúde** (Resolução nº 319/2002 e Resolução nº 333/2003) devido à indução que produziram na composição paritária de conselhos de saúde, de acordo com a Lei nº 8.142/1990, que assegurava metade das vagas para usuários e a outra metade distribuída entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços. Essas resoluções também qualificaram as áreas de atuação dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil que deveriam compor os conselhos, a fim de propiciar maior representatividade nesses espaços;
- b) duas no quesito **políticas de saúde**, especificamente relacionadas à assistência farmacêutica (Resolução nº 311/2000 e Resolução nº 338/2004). Desde a CPI de Medicamentos, em 1999, até a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004, esse tema se manteve na pauta dos movimentos sociais e, conseqüentemente, do Conselho Nacional de Saúde, que promoveu diversos debates para disseminar o assunto e torná-lo mais acessível à população;
- c) duas relacionadas ao **financiamento das ações e serviços** prestados pelo Sistema Único de Saúde (Resolução nº 316/2002 e Resolução nº 322/2003), que figura como uma prioridade do setor desde a promulgação da Constituição de 1988. Essas resoluções apresentavam diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, a qual estabeleceu a obrigatoriedade de um comprometimento mínimo dos orçamentos federal, estaduais e municipais com o financiamento da saúde.
- d) uma sobre **gestão do trabalho e educação em saúde** (Resolução nº 331/2003), que tratava especificamente da reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Além de demonstrar a valorização que o CNS sempre deu à área de recursos humanos, essa resolução indicava que a democratização das relações do trabalho no

setor público era uma meta e pressupunha o reconhecimento dos conflitos que as relações de trabalho produzem e a necessidade da constituição de instrumentos institucionais para tratamento dessas questões.

Assim, o estudo está dividido em três capítulos. O primeiro, *Movimentos Sociais, Participação da Sociedade Civil e Democracia*, partindo de uma leitura conceitual, aborda o ressurgimento da sociedade civil no Brasil e o desempenho dos movimentos sociais na redemocratização do país e na criação de espaços públicos de participação da comunidade. No capítulo 2, *Saúde e Controle Social Democrático*, é apresentado o contexto de implantação do controle social no Sistema Único de Saúde, mediante um resgate da trajetória do Movimento da Reforma Sanitária, das disputas que possibilitaram a aprovação das leis que regulamentam o setor e da criação do Conselho Nacional de Saúde.

Os apontamentos teóricos dos dois capítulos iniciais servem de embasamento para o terceiro capítulo, *Análise da Pesquisa*. O capítulo se inicia com uma avaliação da ampliação do poder decisório dos movimentos sociais no SUS com o processo de reestruturação do CNS após a Constituição Federal de 1988, em seguida demonstra a importância do processo de conquista do caráter deliberativo nos conselhos de saúde, de acordo com a Lei nº 8.142/1990, e a reestruturação do CNS que tornou paritária a composição do colegiado em 2003, quando a representatividade dos movimentos sociais foi ampliada. Também apresenta os resultados da pesquisa propriamente dita, divididos em quatro áreas temáticas: *controle social e funcionamento dos conselhos, políticas de saúde, financiamento do SUS e gestão do trabalho e da educação em saúde*.

Essa experiência de controle social das políticas públicas demonstra a capacidade de a sociedade civil atuar na democratização do Estado. A guerra de posições, como estratégia *gramsciana* para a conquista do Estado, pressupõe “uma longa batalha pela hegemonia e pelo consenso no interior e através da sociedade civil, isto é, no interior do próprio Estado em seu sentido amplo” (COUTINHO, 2007, p. 135).

A atuação dos movimentos sociais nos conselhos evidencia, por meio da compilação de atas, que os temas de interesse da sociedade civil permanecem em pauta, que os debates sobre esses temas não são abandonados e que, mesmo com vitórias de posições sobre temas essenciais ao SUS, mantém-se o acompanhamento da aplicação das políticas.

Os movimentos da área da saúde não deixam de tratar nos conselhos e nas conferências de estratégias para estabelecer um SUS ágil, eficaz e, sobretudo, democrático.

CAPÍTULO 1

MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL E DEMOCRACIA

1.1 Estado e sociedade civil: notas introdutórias

Este capítulo analisará os conceitos de Estado e sociedade civil. Primeiro, de forma breve, examinaremos o tema a partir de diferentes autores. Depois, tendo como base o ressurgimento da sociedade civil no Brasil e o papel dos movimentos sociais nesse contexto, avaliaremos o processo de redemocratização do Estado.

Ao analisar o Estado, Gruppi (1985, p. 7) recorre à Enciclopédia Treccani:

Com a palavra Estado, indica-se modernamente a maior organização política que a humanidade conhece; ela se refere quer ao complexo territorial e demográfico sobre o qual se exerce uma dominação (isto é, o poder político), quer à relação de coexistência e de coesão das leis e dos órgãos que dominam sobre esse complexo.

O Estado passou a ser reconhecido por alguns conceitos essenciais como: a soberania e a autonomia. Bodin apud Gruppi (1985, p. 120) afirma que a soberania é “a pedra angular de toda a estrutura de Estado, da qual dependem os magistrados, as leis, as ordenações; essa soberania é a única ligação que transforma num único corpo perfeito (o Estado) as famílias, os indivíduos, os grupos separados”.

Para alguns pensadores da tradição liberal revisitados por Gruppi, como Locke, Hobbes, Kant e Rousseau, a sociedade humana teria nascido a partir do contrato entre indivíduos preexistentes. Para Gruppi, do ponto de vista histórico, essa visão é fantasiosa visto que

[...] o homem só se torna homem vivendo em sociedade com outros homens, só organizando socialmente sua própria vida. Imaginar que um indivíduo possa ser homem antes de organizar-se em sociedade não passa de uma típica projeção ideológica do individualismo burguês. É no modo de produção burguês que cada um individualmente se põe em relação com outro indivíduo, sem ter consciência do caráter social dessas relações econômicas. (GRUPPI, 1985, p. 14)

Com a concepção marxista surge uma visão crítica do Estado, na relação entre sociedade civil (entendida como o conjunto das relações econômicas) e sociedade política (o Estado). Marx percebeu a conexão que há entre essas duas sociedades separadas pelo pensamento liberal: “[...] elas estão entrelaçadas, uma é a expressão da outra. A sociedade

política, o Estado, é a expressão da sociedade civil, isto é, das relações de produção que nela se instalaram” (GRUPPI, 1985, p. 26).

Adentrando ao funcionamento do Estado, Marx apud Gruppi (1985) questiona a finalidade da igualdade jurídica posta e assevera que sua utilidade é “[...] separar o elemento da vida econômica do homem (a colocação do homem nas relações de produção) da sua figura de cidadão, e faz desta uma abstração”. Afinal, segundo o autor nunca existe igualdade de fato entre patrão e operário. “O cidadão é uma hipótese jurídica, uma forma jurídica.” (MARX apud GRUPPI, 1985, p. 34)

Nesse contexto, Coutinho avalia que a grande descoberta de Marx e Engels no campo da teoria política foi a afirmação de classe de todo fenômeno estatal, ao passo que a maior contribuição de Antonio Gramsci foi enriquecer as descobertas essenciais de Marx, analisando Estado e sociedade civil: “Para uma reconstrução do pensamento político de Gramsci, o conceito-chave, o conceito que devemos tomar como ponto de partida, é o de *sociedade civil*” (BOBBIO apud COUTINHO, 2007, p. 73). Coutinho avalia, no entanto, que o historiador Norberto Bobbio – que escreveu uma das mais completas análises filológicas do conceito de sociedade civil – equivoca-se ao examinar a questão da sociedade civil em Gramsci tendo em vista apenas o vínculo de condicionamento recíproco entre infraestrutura e superestrutura, sem ver que o conceito se refere ao Estado.

[...] o conceito de “sociedade civil” é o meio privilegiado através do qual Gramsci enriquece, com novas determinações, a teoria marxista *do Estado*. E se é verdade, como vimos, que esse enriquecimento motiva uma concretização dialética na questão do modo pelo qual a base econômica determina as superestruturas (ou seja, essa determinação é mais complexa e mediatizada onde a sociedade civil é mais forte), isso não anula de modo algum [...] a aceitação gramsciana do princípio básico do materialismo histórico: o de que a produção e reprodução da vida material, implicando a produção e reprodução da vida material, implicando a produção e reprodução das relações sociais globais, é o fator ontologicamente primário na explicação da história. (COUTINHO, 2007, p. 74)

Na análise da Teoria do Estado Ampliado, Coutinho indica que, no processo de disputa de classes, a novidade de Gramsci está contida no conceito de *sociedade civil* como portadora material da figura social da disputa de hegemonia. Seu conceito de sociedade civil e sua concepção ampliada de Estado partem precisamente do reconhecimento da socialização de políticas no capitalismo desenvolvido e do surgimento e da formação de sujeitos políticos coletivos de massa. “A teoria ampliada do Estado em Gramsci (conservação/superação da teoria marxista ‘clássica’) apóia-se nesta descoberta de ‘aparelhos privados de hegemonia’ o

que leva nosso autor a distinguir duas esferas essenciais no interior da superestrutura.” (COUTINHO, 2007, p. 76)

Para Coutinho, o melhor resumo da concepção ampliada de Estado defendida por Gramsci está contido em uma carta do cientista político à sua cunhada Tatiana Schucht,⁴ datada de setembro de 1931, na qual ele justifica seu novo conceito de intelectual.

Eu amplio muito [...] a noção de intelectual e não me limito à noção corrente, que se refere aos grandes intelectuais. Esse estudo leva também a *certas determinações do conceito de Estado*, que habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para adequar a massa popular a um tipo de produção e à economia de um dado momento); e não como *equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil* (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc.). (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p. 76)

Coutinho indica que, para Gramsci, essa sociedade política com seus aparelhos repressivos de Estado, controlados pelas burocracias executivas e policial-militar, e a sociedade civil com seus “aparelhos privados de hegemonia” estabelecem uma relação permanente de articulação e disputas. São esses organismos sociais oriundos das lutas das massas – entre eles os sindicatos, os partidos, os jornais de opinião etc. –, ou do capitalismo – como a Igreja e o sistema escolar, após laicização do Estado – que se constituem em espaços de formação de opinião, nos quais a disputa de visões de sociedade é instituída.

O cientista político Antonio Gramsci, em seu método de análise do terreno nacional, propiciou uma comparação entre a sociedade do Oriente e a do Ocidente. O resultado dessa análise demonstrava a necessidade de estratégias diferenciadas para a atuação política. No início do século XX, Gramsci avaliava que no Oriente, mais especificamente na Rússia, onde a Revolução Bolchevique acabara de ocorrer, “o Estado era tudo” e “a sociedade civil era fluída, gelatinosa, não articulada, sem solidez”. Enquanto isso, segundo o autor,

[...] no Ocidente, havia uma justa relação entre Estado e sociedade civil; assim que se produzisse uma vacilação do Estado, percebia-se uma sólida

⁴ Irmã de Giulia Schucht, esposa de Antonio Gramsci, Tatiana Schucht tornou-se uma das amigas mais presentes na vida de Gramsci no período em que esteve preso, de 1926 a 1934, pelo governo fascista italiano. Durante a prisão, o cofundador do Partido Comunista Italiano escreveu mais de 30 cadernos de história e análise, conhecidos como *Cadernos do Cárcere* e *Cartas do Cárcere*. Muitas dessas correspondências foram endereçadas à Tatiana Schucht, que morava na Itália e esteve sempre próxima ao cunhado, oferecendo apoio moral e material, em nome de sua irmã que adoentada vivia com os dois filhos na antiga União Soviética. Mais informações disponíveis em Gramsci e o Brasil <www.acesa.com/gramsci/>.

estrutura da sociedade civil. O Estado, então, era apenas uma trincheira avançada, atrás da qual existiam linhas de fortalezas e fortins, mais ou menos diferente de um Estado para outro. (GRAMSCI apud GRUPPI, 1985, p. 79)

A partir desse estudo, Gramsci conclui que, se na Rússia era possível uma guerra de movimento, o chamado “choque de classes com decisão rápida”, pelo fato de a sociedade civil ser “fluída e embrionária”, a estratégia adotada no Ocidente deveria ser a de uma guerra de posições, em busca de relativo equilíbrio dos processos sociais e políticos.

Coutinho ressalta que essa visão de Gramsci foi construída a partir de transformações que ele mesmo pôde observar, ao longo de sua vida: o desenvolvimento do Estado Socialista na União Soviética e a intensificação da participação política, nos países “ocidentais”, sobretudo ao final do século XIX com a formação de grandes sindicatos, de partidos de massa e a conquista do sufrágio universal. Portanto, ele não concebia, conforme disposto por Gruppi, que pudesse ocorrer um colapso repentino da sociedade burguesa-capitalista. Ao contrário, Gramsci defendia a ideia da transição como processo rumo à síntese de sociedade política e de sociedade civil, de Estado coerção e de aparelhos privados de hegemonia.

Comunista e estudioso da realidade de seu país, a Itália, Gramsci já considerava à sua época que era

[...] preciso elevar as Comissões Internas, fazer com que delas surjam conselhos de fábrica eleitos por todos os trabalhadores, independentemente de sua inscrição no sindicato. Devem surgir representantes de cada seção, de cada oficina, de cada profissão, etc., de forma que o conselho de fábrica seja o órgão não só dos direitos sindicais conquistados, mas também da apropriação pelos operários, do processo de produção. Através do conselho de fábrica, os operários devem intervir na organização do trabalho e estabelecer um poder democrático na fábrica, que depois propagar-se-á das fábricas para o campo, até transforma-se em poder, na sociedade e no Estado. (GRAMSCI apud GRUPPI, 1985, p. 73)

Segundo Gruppi, Gramsci foi quem introduziu o conceito de *hegemonia* no contexto das análises de estratégias políticas, ao empregar o termo não apenas no sentido tradicional que salienta principalmente a dominação, mas no sentido originário da etimologia grega, significando dirigir, guiar, conduzir.

Para Coutinho, Gramsci não perdia de vista construir um momento de unidade entre sociedade política e sociedade civil, através do consenso, construído por meio da correlação de forças entre as classes sociais, no qual uma luta de ideias garantiria a hegemonia da classe trabalhadora – a ditadura do proletariado.

O autor explica que Gramsci define sociedade política a partir da relação de identidade-distinção com a sociedade civil. Para Gramsci, sociedade política é o

[...] aparelho de coerção estatal que assegura ‘legalmente’ a disciplina dos grupos que não ‘consentem’, nem ativa, nem passivamente, mas que é constituído por toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise, no comando e na direção [nos aparelhos privados de hegemonia], quando fracassa o consenso espontâneo. (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p. 78)

Ao explicitar a dialética entre sociedade política e sociedade civil, Gramsci explica que: “A *supremacia*⁵ de um grupo social se manifesta de dois modos, como ‘domínio’ e como ‘direção intelectual e moral’. Um grupo social é dominante dos grupos adversários que tende a ‘liquidar’ ou a submeter também mediante a força armada; e é dirigente dos grupos afins ou aliados.” (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p. 78)

Além disso, Gramsci, ao apontar a importância da filosofia para a consciência do povo, indicou que esse processo, graças ao marxismo, poderia ser realizado pela classe operária, criando novos quadros intelectuais orgânicos (dirigentes) em suas próprias bases. Aqui há uma grande mudança na noção de intelectual dentro das organizações populares.

Intelectual não é quem sabe o latim ou o grego antigo, o escritor ou coisa parecida. Intelectual é o dirigente da sociedade, o quadro social. Um cabo do exército, embora analfabeto, segundo Gramsci é um intelectual, porque dirige os soldados; intelectual é também um chefe das ligas de assalariados agrícolas, ainda que analfabeto, como eram muitos deles na época de Gramsci, porque organiza os trabalhadores, dirige-os e educa-os. (GRUPPI, 1985, p. 84)

É importante destacar que Gramsci sempre falou de hegemonia da classe operária e não de hegemonia de partidos. Ele nunca pensou que a classe operária pudesse conquistar o poder apenas com o partido. Para Gramsci, a classe operária deveria ter outras ligações, outras organizações, estar presente tanto nas instituições estatais quanto nas organizações de massas. O autor também jamais subestimou o movimento de massas e aceitava o Parlamento inspirado na democracia ateniense; os conselhos comunais e as regiões, que vinham da tradição italiana, e “[...] os conselhos de fábrica, a descentralização dos bairros, e assim por diante, como elementos de uma democracia direta que supera o parlamentarismo” (GRUPPI, 1985, p. 91).

⁵ “Nesse texto, o termo *supremacia* designa o momento sintético que unifica (sem homogeneizar) a *hegemonia* e a *dominação*, o *consenso* e a *coerção*, a *direção* e a *ditadura*.” (COUTINHO, 2007, p. 78).

Após essas breves notas introdutórias, faremos uma análise deste difícil encontro entre Estado e sociedade civil no Brasil.

1.2 O fortalecimento dos movimentos sociais de 1970 a 1980

Nos anos 1970, as organizações da sociedade civil (clandestinas) expuseram as práticas criminosas do Governo Militar. Mesmo diante de um governo autoritário, interesses comuns uniram pessoas gerando movimentos que permitiram a redemocratização do país. Cresciam diversas iniciativas de movimentos contra a “carestia” e lutas por infraestrutura nas cidades em que os polos industriais foram instalados e para onde uma parte da sociedade brasileira migrava, indicando que apenas o atendimento de reivindicações era insuficiente. Diante das necessidades do país, era necessária a redemocratização das relações sociais.

Nos anos 80, após décadas de regime autoritário, o tema central do debate político nos países latino-americanos passa a ser a democracia que, no âmbito da crise do paradigma marxista e da efervescência política da transição de regime, assume diversos significados. (GECD, 1998-1999, p. 7)

Em 1979, a Lei de Anistia era um sinal real de mudanças, os filhos do Brasil voltavam para casa, uma vitória dos movimentos e da democracia. Ainda no final da década de 1970, a organização dos trabalhadores na região do ABC paulista, que marcou a autonomia e o fortalecimento dos movimentos sociais, movimentou a sociedade brasileira em favor da classe trabalhadora e constituiu frentes de solidariedade aos trabalhadores em suas greves. Era o surgimento de um novo sindicalismo que se distinguia do sindicalismo populista dos anos 1930/1940. Diversos grupos do campo e da cidade, movimentos específicos e difusos, além de partidos políticos, organizavam-se e se reorganizavam.

Apesar da heterogeneidade quanto aos projetos políticos e caminhos para a transformação social, os atores que compunham o campo movimentalista construíram, através das lutas sociais das décadas de 70 e 80, um campo comum de referência para a ação e para os discursos políticos. Este campo estava centrado na reivindicação de uma cidadania que privilegiava o fortalecimento do papel da sociedade civil na condução da vida política do país. (GECD, 1998-1999, p. 77)

Nos anos 1980, nem a recessão, a inflação, a violência e o desemprego, desmotivaram os movimentos que marcharam na direção de uma nova Constituição Federal. Em 1984, milhões de pessoas foram às ruas pela Campanha das Diretas Já. A eleição da Assembleia

Nacional Constituinte, em 1986, recolocou importantes lideranças no cenário político e promoveu o surgimento de novas lideranças políticas em todas as áreas de organização social. Foi um período de profundas alterações nos rumos do país, com importantes vitórias para a democracia política.

Fator determinante para esta nova concepção de política foi a insurgência, nas décadas de 70 e 80, de novos atores sociais que resgataram o termo *sociedade civil* e inauguraram, através de um amplo processo reivindicativo, novas formas de práticas políticas e formatos de sociabilidade, fundados em bases mais igualitárias. Mais do que isso, os movimentos sociais além de trazerem suas reivindicações a público e ampliarem as fronteiras da política para além da sua dimensão institucional, recriaram as concepções de direitos e de cidadania enquanto “estratégia política” na luta pela transformação social em direção a uma sociedade efetivamente democrática. (GECD, 1998-1999, p. 8)

As transformações na relação entre Estado e sociedade civil, que refletiram tanto no processo de enfrentamento do Governo Militar (1964-1985) quanto na luta pela redemocratização nos anos 1980, ganharam força, sobretudo, a partir da emergência dos movimentos sociais, o que impactou de forma decisiva a participação da sociedade nas decisões de Estado.

O termo sociedade civil passou a fazer parte do debate político nacional a partir da luta de movimentos sociais pela construção da democracia, nos anos 1970. Os movimentos sociais, historicamente, têm exercido papel primordial no processo de democratização, por meio da construção de um campo-ético pautado na promoção da igualdade e da justiça social. “Esses atores têm impulsionado um processo de democratização, não apenas no que diz respeito à instituição de um regime político democrático, como no que se refere à democratização das relações sociais.” (GECD, 1998-1999, p. 14)

As autoras Paoli e Telles (2000, p. 107) apontam que “[...] os anos 80 foram marcados por uma notável dinâmica associativa e organizativa que alterou o cenário político do país e introduziu fissuras importantes no pesado legado autoritário e excludente da história brasileira”. Nesse campo de reconstrução democrática, segundo as autoras, teve destaque a

[...] estruturação de um partido de forte enraizamento dos movimentos sindicais e populares; lançado oficialmente em 1980, a partir da iniciativa de lideranças de um sindicalismo atuante e renovado, que vinha protagonizando os principais conflitos operários do período, o Partido dos Trabalhadores (PT) consolidou, no decorrer da década, a sua presença na cena política nacional, redefinindo os termos excludentes e autoritários, de fortes traços oligárquicos, do sistema de representação e deliberação política no país. (PAOLI; TELLES, 2000, p. 108)

A Constituição de 1988 – chamada de Constituição Cidadã – redefiniu as relações sociais e democráticas no Brasil. Muitas foram as conquistas e também as derrotas. Nesse processo, a organização da sociedade, em torno de seus interesses, ganhou destaque no arcabouço das relações políticas.

No período, inúmeros movimentos específicos, frentes de movimentos temáticos ou gerais, articulações em torno de determinados temas necessários à qualidade de vida do povo brasileiro, como a luta pela “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, mobilizavam as pessoas no processo de construção da Constituição de 1988.

As caravanas ao Congresso Nacional, as audiências públicas e as Conferências Nacionais (a exemplo da 8ª Conferência Nacional de Saúde) que precederam as votações da nova Constituição passaram a limpo muitas das demandas sociais e políticas que a luta pela redemocratização instigava. Muito foi conquistado e ainda há muito para conquistar.

Além da Carta Magna, no período foram instituídas as Constituições dos Estados e as Leis Orgânicas dos Municípios. Nesse arcabouço legislativo, ficou garantida a criação de espaços de participação da comunidade. Os movimentos sociais e a sociedade civil – criada ou reconstituída – passaram, então, à segunda etapa desse processo: fazer com que os direitos estabelecidos em lei fossem consolidados na prática.

Em alguns casos, os movimentos sociais não somente conseguiram traduzir suas agendas em políticas públicas e expandir as fronteiras da política institucional, como também lutaram de maneira significativa para redefinir o próprio sentido de noções convencionais de cidadania, representação política e participação e, em consequência, da própria democracia. (ALVAREZ; DAGNINO; ESCOBAR, 2000, p. 16).

Evelina Dagnino apud Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática explica que os movimentos sociais além de contribuírem com suas lutas na instituição de novos padrões de comportamento social (igualdade de gênero, respeito à natureza), construíram um novo padrão de cidadania, ao reivindicar o direito de participação do sistema público e de sua definição.

A experiência democrática dos últimos anos, segundo Vera Silva Telles, demonstrou a necessidade da constituição de espaços públicos nos quais as diferenças podem se expressar.

[...] espaços nos quais valores circulam, argumentos se articulam e opiniões se formam; e nos quais, sobretudo, a dimensão ética da vida social pode se constituir em uma moralidade pública através da convivência democrática com as diferenças e os conflitos que elas carregam [...] (TELLES, 1994, p. 92).

A década de 1990 teve início com Fernando Collor de Melo – que se denominava “caçador de marajás” e “defensor dos descamisados”⁶ – à frente da Presidência da República e com boa parte da Constituição Federal aguardando regulamentação. Nos anos subsequentes, a bandeira da regulamentação dos direitos conquistados manteve-se como pauta permanente da sociedade civil.

Os planos de contenção da inflação, os sequestros dos recursos dos trabalhadores depositados em cadernetas de poupança em 1990 – já no primeiro dia de governo – mantiveram o conjunto da sociedade atenta às mudanças que os novos governantes instituíam. Nem a direita e nem a esquerda sustentaram esse projeto de governo, sua eleição deveu-se à junção das forças conservadoras do país em contraposição ao projeto democrático-popular que o então candidato Luiz Inácio Lula da Silva, do PT, representava. Em 1992, muitos movimentos sociais, insatisfeitos com os rumos da política adotada pelo Governo Collor, tomaram as ruas o que resultou na cassação do mandato (*impeachment*) presidencial. Os estudantes “cara-pintadas” tornaram-se um símbolo das lutas do período.

No entanto, na transição de Collor para Fernando Henrique Cardoso (FHC), o projeto de Estado foi posto em xeque de forma permanente. Eleito em 1994, após a criação do Plano Real – o qual possibilitou conter a inflação que tanto afligia a classe trabalhadora –, FHC já em seu primeiro ano de governo aprovou o Plano Diretor da Reforma do Estado. Elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare), na gestão do ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira. O Plano foi aprovado pela Câmara Federal, em 21 de setembro de 1995.

A sociedade civil organizada se contrapôs a esse projeto de reforma, principalmente pelo fato de retirar os serviços relacionados aos direitos sociais do espectro da prestação direta oferecida pelo Estado. Essa reforma foi marco do projeto neoliberal no Brasil. A luta pela garantia das conquistas sociais da Constituição Cidadã entrou em confronto direto com a Reforma de Estado.

A análise de Bresser-Pereira sobre os serviços essenciais⁷ à população é de que:

⁶ Primeiro pleito direto, após o período de ditadura, as Eleições de 1989 foram marcadas pelo tom emocional adotado pelas campanhas. O candidato alagoano Fernando Collor de Melo, do PRN, cunhou como mote de sua campanha o combate aos privilégios dos altos funcionários públicos, que ele denominava “marajás”, e a promessa de ascensão social da massa popular de excluídos, os chamados “descamisados”.

⁷ Segundo Bresser-Pereira (2000), a economia nos Estados está dividida em três setores: o setor de atividades exclusivas de Estado, que inclui o núcleo estratégico e as agências executivas ou reguladoras; os serviços sociais e científicos, que não são exclusivos, mas demandam, do ponto de vista técnico é ético, financiamento do Estado; e o setor de produção de bens e serviços para o mercado. Formado pelo Presidente ou Primeiro-ministro e seus ministros, pelo Parlamento, pelos Tribunais Superiores e pela cúpula dos servidores civis, o núcleo

Se assumirmos que devem ser financiadas ou fomentadas pelo Estado, seja porque envolvem direitos humanos básicos (educação, saúde) seja porque implicam externalidades envolvendo economias que o mercado não pode compensar na forma de preço e lucro (educação, saúde, cultura, pesquisa científica), não há razão para que sejam privadas. Por outro lado, uma vez que não implicam no exercício do poder de Estado, não há razão para que sejam controladas pelo Estado. Se não têm, necessariamente, de ser propriedade do Estado nem de ser propriedade privada, a alternativa é adotar-se o regime da propriedade pública não-estatal, é utilizar organizações de direito privado, mas com finalidades públicas, sem fins lucrativos. “Propriedade pública”, no sentido de que se deve dedicar ao interesse público, que deve ser de todos e para todos, que não visa ao lucro; “não-estatal” porque não é parte do aparelho do Estado. (BRESSER-PEREIRA, 2000)

O processo de Reforma do Estado, a partir de 1995, movimentou inúmeras organizações da sociedade e resultou em atos de manifestação pública, ações diretas de inconstitucionalidade, audiências e greves contra essa ação dirigida pela concepção de Estado Mínimo. No entanto, para Bresser-Pereira o objetivo da Reforma do Estado era outro:

Na verdade, os princípios que orientam a visão neoliberal ou neoconservadora são compatíveis com os princípios da administração pública burocrática, enquanto conflitam com os da reforma gerencial. O neoliberalismo parte do pressuposto do egoísmo essencial dos políticos e dos administradores públicos [...] Ora, diante desse pressuposto, que exclui a possibilidade de ação coletiva ou de cooperação através do Estado, as duas conseqüências lógicas são a opção pelo Estado mínimo e o controle burocrático rígido no Estado do que não puder ser controlado automaticamente pelo mercado. Já a administração pública gerencial parte do pressuposto de que não apenas egoísmo e conflito marcam as ações humanas, mas também cooperação e espírito público. Desta forma delega autoridade aos administradores públicos e os controla, de um lado, através da cobrança de resultados e da auditoria *a posteriori*; de outro lado, contando com a existência nos regimes democráticos de um espaço público onde seja possível exercer o controle social. (BRESSER-PEREIRA, 2000)

Diante da delegação do público ao privado, a ação organizada dos movimentos conseguiu, ao menos (como é o caso do Sistema Único de Saúde), manter as conquistas na lei e trilhar por esse caminho as lutas para universalização de direitos.

estratégico é o centro no qual se definem a lei e as políticas públicas. As atividades exclusivas envolvem o poder de Estado e garantem diretamente o cumprimento e o financiamento das leis e das políticas públicas. Integram este setor as forças armadas, a polícia, a agência arrecadadora de impostos e também as agências reguladoras, de fomento e controle dos serviços sociais (educação, saúde, e cultura) e da pesquisa científica, e a agência de seguridade social básica. Os serviços não exclusivos são os que o Estado provê, mas que também podem ser oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não estatal (compreende os serviços de educação, de saúde, de cultura, e de pesquisa científica). Já o setor de produção de bens e serviços é formado pelas empresas estatais.

Para Bresser a reforma aprovada em 1995 teve contornos de reforma constitucional. Para quem lutou por direitos sociais na Constituição Cidadã, ela foi, de fato, desconstitucionalizante. Os condutores da reforma introduziram a modalidade de serviços públicos gerenciados por terceiros ou diretamente privatizados. Essa ação foi denunciada como a precarização dos serviços públicos.

Conhecida também como *reforma administrativa*, a reforma de 1995 agregou formadores de opinião favoráveis ao processo. Segundo Bresser-Pereira (2000), muitos foram os resultados positivos dessa reforma para a gestão pública:

As principais mudanças legais previstas foram transformadas em leis: a reforma constitucional que ficaria chamada de ‘reforma administrativa’ foi aprovada praticamente na forma proposta pelo governo, flexibilizando o regime de estabilidade e terminando com o regime jurídico único; as agências reguladoras foram criadas e dotadas de autonomia previstas para agências executivas; foram definidas em lei e estabelecidas as primeiras organizações sociais destinadas a executar no setor público não-estatal atividades sociais e científicas que o Estado deseja financiar mas não quer executar diretamente; foi criado o regime de emprego público como alternativa ao cargo público quando não se tratar do exercício de atividade exclusiva de Estado; alterações substanciais na lei regulando o regime de trabalho dos servidores públicos foram introduzidas eliminando privilégios e distorções, os contratos de gestão e o conceito de indicadores de desempenho foram claramente definidos; e uma nova política de recursos humanos foi colocada em prática com ênfase no fortalecimento do núcleo estratégico do Estado e na realização de concursos anuais com pequeno número de vagas de reposição para as carreiras de Estado. Por outro lado, uma estratégia gerencial de administração – a gestão pela qualidade total – foi adotada e passou a ser consistentemente aplicada na Administração Pública Federal e em diversas administrações estaduais e municipais. Finalmente, o apoio recebido pela reforma junto à alta administração pública revelou uma clara mudança de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial. Houve, assim, êxito nos três planos da reforma: no institucional, no cultural, e no da gestão.

Ao longo dos anos, observa-se certo esgotamento do modelo neoliberal introduzido pela Reforma de Estado de 1995 e visões contrárias começam a se estabelecer. Nogueira avalia que o dito consenso promovido pelo neoliberalismo no mundo globalizado está cheio de incertezas. De acordo com o autor,

Reformadores antes endeusados passaram a confessar que o enxugamento sem projeto, reduzido à obtenção de ganhos financeiros ou à racionalidade de custos, não leva a lugar nenhum. Tanto no setor privado quanto no setor público, traz apenas resultados problemáticos: dizima recursos humanos duramente acumulados, corrói vínculos de lealdade no interior das empresas,

gera medo e insegurança entre os trabalhadores, desgasta seus sindicatos e sua vida associativa. (NOGUEIRA, 2004, p. 79)

Nogueira relembra que teóricos da chamada reengenharia, como Michael Hammer, passaram a admitir que nos projetos de ajuste não foi dada devida atenção à “dimensão humana”, o que inviabilizou a permanência de muitas empresas.

Economistas como Lester Thurow também observaram que, ao desmontar seu Estado previdenciário, o capitalismo norte-americano retornou ao darwinismo social do século XIX, quando se acreditava que apenas sobreviveriam os “mais fortes”, ou seja, os mais capazes de responder à dinâmica do mercado e de viver sem proteções sociais ou políticas compensatórias. (NOGUEIRA, 2004, p. 79)

Na visão de Nogueira, ainda que seja possível creditar ao neoliberalismo o ajuste da economia capitalista e a contenção da hiperinflação, não há como negar que, com o passar dos anos, o modelo “[...] se tornou um perigo, ameaçando paralisar o enfermo e condená-lo a morrer curado”. (NOGUEIRA, 2004, p. 83)

A disparidade entre as visões expressas por Bresser e Nogueira demonstra que o papel do Estado continua a ser objeto de disputas e que esse antagonismo torna-se ainda mais nítido nas diferentes formas de condução das políticas públicas, a depender de qual “visão” esteja à frente do gerenciamento efetivo de ações governamentais. A hegemonia por uma concepção de Estado mobiliza forças na sociedade política e na sociedade civil.

Nos anos que se passaram desde a redemocratização, a participação efetiva da sociedade civil fez-se presente em todas as questões do cotidiano do povo brasileiro.

1.3 Democracia participativa: um novo desafio para a sociedade brasileira

A sociedade brasileira nos anos 1980 estruturava diversos movimentos e opções de ação organizada. Alguns deles, que já participavam diretamente das atividades do Estado, passaram a integrar a coordenação dessas ações, conforme exemplifica Sonia Alvarez:

[...] as batalhas políticas travadas pelas feministas latino-americanas que em anos recentes penetraram no Estado ou no *establishment* do desenvolvimento internacional devem ser entendidas também como lutas para dar novo significado a noções predominantes de cidadania, desenvolvimento e democracia. (ALVAREZ apud ALVAREZ; DAGNINO; ESCOBAR, 2000, p. 23)

Outros ocuparam espaços em sociedades de bairro, investiram na reorganização do sindicalismo, refundando sindicatos, disputando sindicatos “pelegos”⁸ e atuando em projetos políticos de unificação da classe trabalhadora, tendo como exemplo da Central Única dos Trabalhadores (CUT), fundada em 1983. Observou-se ainda a reorganização do movimento estudantil, começando pelos grêmios estudantis até a União Nacional dos Estudantes (UNE), além da criação de novos movimentos na área de direitos humanos.

[...] os movimentos populares, ao lado das feministas, afro-latino-americanos, de lésbicas e homossexuais, assim como ambientalistas, foram instrumentais na construção de uma nova concepção de cidadania democrática, que reivindica direitos na sociedade e não apenas do Estado e que contesta as rígidas hierarquias sociais que ditam lugares fixos na sociedade para seus (não) cidadãos com base em critérios de classe, raça e gênero. (ALVAREZ; DAGNINO; ESCOBAR, 2000, p. 32)

De acordo com Gohn (2010, p.17), na atualidade os movimentos sociais são distintos tanto daqueles que levaram à sua emergência na cena pública no século XIX e nas primeiras décadas do século XX (movimento operário e movimentos revolucionários desde a Revolução Francesa) quanto dos movimentos que emergiram nos Estados Unidos nos anos 1960 (direitos civis, feminismo, contra a Guerra do Vietnã, estudantil etc.). Na América Latina, especialmente no Brasil, os atuais movimentos sociais são distintos dos movimentos que ocorreram na fase do regime populista. São diferentes também dos movimentos sociais ocorridos nas décadas de 1970 e 1980 (movimentos populares reivindicatórios de melhorias urbanas, articulados com pastorais, grupos políticos de oposição ao regime militar etc.), embora muitos dos atuais movimentos sejam herdeiros daqueles dos anos 1980. Naquela década, os movimentos lutavam para ter “direitos a direitos”.

Visto que interessa neste trabalho analisar o protagonismo dos movimentos sociais em espaços públicos de participação como os conselhos de saúde, os movimentos sociais ao serem analisados seguiram a seguinte concepção analisada por Gohn:

“um movimento social com certa permanência é aquele que cria sua própria identidade a partir de suas necessidades e seus desejos, tomando referentes com os quais se identifica, outros igualmente carentes, excluídos ou sem direitos, reconhecimentos ou pertencimentos. Um movimento social não assume ou “veste” uma identidade pré-constituída apenas porque tem uma

⁸ De acordo com o dicionário Houaiss, originalmente o termo pelego denomina a pele do carneiro com lã que é colocada nos arreios para tornar o assento do cavaleiro mais confortável. No texto, o termo é empregado como regionalismo, significando “indivíduo servil e bajulador; capacho, puxa-saco; agente disfarçado do governo que procura agir politicamente nos sindicatos de trabalhadores”.

etnia, um gênero ou uma idade. Este ato configura uma política de identidade política. O reconhecimento de identidade política se faz no processo de luta, perante a sociedade civil e política; não se trata de reconhecimento outorgado, doado, uma inclusão de cima para baixo. O reconhecimento jurídico, a construção formal de um direito, para que tenha legitimidade, deve dar uma resposta do Estado à demanda organizada. Deve-se tratar a questão da identidade em termos de campo relacional, de disputas e tensões, um processo de reconhecimento da institucionalização da ação coletiva, de forma normativa, com regras e enquadramentos, como temos observado nas políticas públicas do Brasil na atualidade. Estas considerações são fundamentais para diferenciar os movimentos sociais das redes de mobilização estimuladas pelas atuais políticas de parcerias.” (Gohn, 2010, p.31-32)

A aprovação da Constituição Federal de 1988 garantiu direitos sociais essenciais aos trabalhadores, incluindo a participação da comunidade no acompanhamento e na fiscalização das políticas públicas. A partir da regulamentação desse dispositivo constitucional, surgiram os conselhos de políticas públicas – espaços legalmente constituídos nos quais a sociedade poderia fiscalizar, formular e deliberar acerca das ações do Estado.⁹ Tais conselhos foram estruturados nas esferas de gestão municipal, estadual e federal; muitos com papel apenas consultivo e outros com caráter deliberativo, como os da área da saúde.

Nogueira (2004) avalia que, na disputa pelo papel do Estado é necessário que este seja capacitado para “dignificar a vida coletiva, radicalmente democratizado e dialeticamente articulado com a sociedade”; recoloca-se a ideia de um Estado “compatível com o projeto democrático e no âmbito do movimento democrático”.

A conquista do direito aos novos espaços de participação exigiu de uma parte do movimento social a decisão de participar ou não desses espaços alcançados. Muitas correntes de opinião consideravam que não havia como efetivar essa participação sem que as lideranças populares fossem cooptadas pelos governantes. Essa dúvida se devia ao fato de que muitos espaços de participação de caráter institucional funcionavam e ainda funcionam no âmbito do Poder Executivo. Tal incerteza somente foi sanada por aqueles movimentos cujo espectro de ação era conduzido por uma organização permanente e ativa permitindo uma participação propositiva, autônoma e independente. Os resultados dessa participação, que são diferenciados no quesito *conquistas de direitos*, passaram a crescer no quesito *consciência política*.

[...] relações que os movimentos organizados passaram a estabelecer com o Estado, deslocando práticas tradicionais de mandonismo, clientelismo e

⁹ Vale ressaltar que o caráter deliberativo apenas tornou-se explícito nas leis e decretos de regulamentação dos dispositivos constitucionais, entre eles a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

assistencialismo em formas de gestão que se abrem à participação popular e a formas de negociação em que demandas e reivindicações estabelecem a pauta de prioridades e relevância na distribuição dos recursos públicos, bem como a ordem das responsabilidades dos atores envolvidos; (TELLES, 1994, p. 99-100)

Nesse contexto, a democracia direta surge como necessidade da sociedade, como caminho para o aprofundamento de discussões, debates e decisões sobre os rumos que a sociedade quer para si e para um Estado que funcione tendo como pressuposto a participação popular.

Trata-se, assim, precisamente pela grandeza de seus propósitos, de um projeto que só encontra plena viabilidade quando é “imposto” e defendido pela sociedade organizada. [...] Só há como admitir um Estado soberano, (isto é, livre e responsável perante seus cidadãos e diante dos demais Estados) a partir da concomitante admissão de um povo soberano (isto é, capaz de se autodeterminar). (NOGUEIRA, 2004, p. 91)

A participação popular é genuína, nasce das demandas sociais que reúnem iguais em torno de interesses comuns e objetivos específicos. Ao serem ampliadas e politizadas, essas demandas alcançam os patamares de plataformas e projetos comuns de luta, de ação e de poder.

Nos anos 1990, a participação da sociedade crescia e confrontava as opções de gestão de Estado. Influências nas políticas públicas impostas pelo Banco Mundial em contraponto à Constituição Cidadã e a repressão a movimentos organizados no campo e na cidade, em contraposição ao direito de expressão, ao direito a terra e ao trabalho, foram se estabelecendo como pilares para as análises de conjuntura feitas pelos movimentos sociais. A partir desses cenários, a sociedade civil direcionava as formas de enfrentar a violência, o desrespeito à cidadania e o desmonte das políticas públicas.

O conceito de democracia participativa, então, ganha força e fôlego como estratégia dos movimentos sociais perante as políticas de Estado e os espaços públicos recém-surgidos. Nessa disputa pela participação popular real e decisiva, “O projeto democrático está *bloqueado*, não *desativado*. Repõe-se a cada dia, a cada dia impõe recuos à hegemonia neoliberal”. (NOGUEIRA, 2004, p. 100)

Os movimentos organizados da sociedade vão-se interpor ao avanço de um “Estado sem sociedade civil”, conforme descreve Nogueira. Esse Estado é “onipotentemente concentrado em seus poderes executivos, vazio de política, racionalmente gerencial, quando muito concebido como defensor de uma democracia minimalista e de uma sociedade civil

capacitada para firmar ‘parcerias’ ou para atuar em processos de descentralização participativa meramente protocolares”. (NOGUEIRA, 2004, p. 108).

Tanto nas lutas pela democracia nos anos 1980 quanto no exercício do processo democrático nos últimos 20 anos, a sociedade esteve ciente dos desmandos postos e atenta às ações do poder público nas esferas nacional, estadual e municipal. Nem sempre a correlação de forças permitiu suplantar ou derrotar projetos como a Reforma de Estado de 1995, mas a contestação sempre trouxe a público os problemas gerados por esse projeto, como a dupla porta de entrada na saúde – a qual permite que os serviços públicos lucrem com o atendimento de particulares em instalações públicas, excluindo o cidadão do atendimento universal. A precarização das relações trabalhistas descontextualizou qualquer possibilidade de compreensão e condução do processo de trabalho pelos próprios trabalhadores e dilapidou, como alertava Gramsci, os direitos sindicais conquistados e a apropriação do processo de produção. Além disso, rompeu e interrompeu o compromisso e a adesão do trabalhador ao serviço público. Mesmo diante desse quadro, Nogueira, visionário e otimista, avalia que:

O mundo se desprovincianiza a olhos vistos, perde os vínculos estreitos com os territórios, assiste à abertura de verdadeiras fendas nas velhas soberanias, nas velhas estruturas, nas velhas instituições, ou seja, em tudo aquilo com que se viabilizaram tantos horrores e com que se construiu o progresso passado. O futuro não está claro, mas está bem ao alcance da mão. (NOGUEIRA, 2004, p. 116)

No cenário de processos participativos, gestão pública e democracia participativa, há um dilema entre participação e representação, ampliando a discussão a respeito da democracia participativa e a chamada deliberação democrática. Nogueira avalia que os governos e o Estado, na década de 1990, com a ofensiva neoliberal, passaram por um cerco, ao qual responderam da seguinte forma: às pressões transnacionais (Nafta, Alca, Mercosul, Comunidade Europeia), com abertura econômica; às pressões subnacionais (governos estaduais e municípios em busca de recursos orçamentários), com a descentralização; às pressões do mercado, com a privatização; e às pressões da sociedade civil, com a participação.

A participação da comunidade, disposta na Constituição Federal de 1988, não seguiu um curso único, nesses últimos 20 anos. Dentro dos parâmetros postos pela legislação, muitas experiências e intercorrências – principalmente pela negativa dos políticos e administradores públicos a esse direito – constituíram diversas formas de exercer essa conquista.

Ao analisar esse cenário, Nogueira categoriza a participação como:

a) assistencialista – de natureza filantrópica ou solidária;

- b) corporativa – em defesa de interesses específicos de grupos ou categorias profissionais;
- c) eleitoral – visa não apenas a interesses particulares, mas interfere diretamente na governabilidade, com efeitos que atingem toda a coletividade;
- d) política – complementa e supera tanto a participação eleitoral quanto a participação corporativa. “Não colide com elas, nem as rejeita [...] É essa participação, em suma, que consolida, protege e dinamiza a cidadania e todos os variados direitos humanos.” (NOGUEIRA, 2004, p. 132-133)

1.4 Espaços públicos no Brasil

A criação de espaços públicos enfrentou inúmeros desafios, a partir de 1990. Surgiam questões como: *Seriam os conselhos os substitutos das Câmaras Municipais? A decisão de um Conselho Nacional suplantaria a Câmara dos Deputados ou o Senado? Se o gestor não concordasse com a decisão do Conselho, ele poderia deixar de cumpri-la; poderia fechar os Conselho ou substituir seus membros?* Todos esses questionamentos foram dirimidos um a um com a atuação da sociedade civil na disputa pela legitimidade de sua participação nos espaços determinados pela Constituição.

A tensão entre democracia representativa e democracia direta, ainda que constitutiva do conflito social moderno e do debate teórico-político contemporâneo, não se reproduziu de modo passivo. (NOGUEIRA, 2004, p. 138)

Os impactos da participação popular sobre a gestão exigem mudança de comportamento da administração burocrática, lenta, conservadora. A gestão participativa é uma estratégia que pretende dialogar com o modelo tradicional de Estado.

[...] a gestão participativa busca modificar a articulação entre governantes e governados [...] procura introduzir formas novas de controle social [...] opera em termos descentralizados e fomenta parcerias, dentro e fora do Estado [...] opera para além do formal e do burocrático [...] exige alterações substanciais na forma de se dirigir organizações públicas [...] orienta-se por critérios inteligentes de “flexibilidade”, eficiência e agilidade [...] dedica-se a inventar formas novas de tomada de decisões e de gerenciamento público [...] depende intensamente da agregação de conhecimento científico e de recursos humanos qualificados. (NOGUEIRA, 2004, p. 145-151)

Destaca-se ainda a participação gerencial, quando a sociedade civil invade o Estado e converte-se em instrumento para solidarizar governantes e governados, ou ainda, quando participar passa a significar também uma forma de interferir, colaborar, administrar.

Para Nogueira a existência desses espaços democráticos fez com que a sociedade exigisse cada vez mais espaços de participação. Essa arena política, que foi invadida por técnicos e *experts*, passou a pressionar o cidadão para o exercício de sua participação legítima.

Em um estudo sobre o orçamento participativo (OP) do município de Barra Mansa (RJ), Neves (2007) avalia que

[...] a participação social e coletiva correu riscos, ao enfrentar práticas políticas que colocam obstáculos ao processo de construção democrática, em especial, nos contextos em que a prática clientelista é tendência forte, pois ocorre um processo de despolitização da participação [...]
[...] para se construir uma cultura participativa, é preciso levar em conta o surgimento de tensão nas práticas políticas exercidas pelos atores da sociedade civil e pelos políticos locais, acostumados a exercer o clientelismo na troca e na intermediação de interesses com a população. (p. 58)

O desafio assumido pela sociedade civil brasileira de construir um processo de democracia participativa tem gerado grandes conquistas para o conjunto da sociedade, para populações vulneráveis e também populações específicas. Isso porque a proximidade dos movimentos com as reivindicações e a possibilidade de levar problemas e propostas aos espaços públicos constituídos, como os conselhos e as conferências, geram informações, mobilização, opinião e pressão sobre o poder público. “Nos anos 90, a participação deixa de ser um confronto ao Estado para se caracterizar como ‘participação negociada’ na disputa entre projetos distintos, em processo de co-gestão entre o Estado e a sociedade nesses novos espaços públicos.” (NEVES, 2008a, p. 16)

O surgimento de espaços públicos, decorrente das conquistas da sociedade civil na Constituição Federal de 1988, contou com a criação de conselhos de políticas públicas e iniciativas como o orçamento participativo.

A temática das experiências de participação popular a partir da década de 90, em especial, no que se refere ao orçamento participativo (OP), é pensada a partir da busca da democratização na relação entre Estado e sociedade na implantação de políticas públicas, desenhando assim uma nova questão em torno do que entendemos como ‘participação’ e ‘democracia’ no Brasil. (NEVES, 2008a, p. 1)

De acordo com Telles, é possível perceber na dinâmica de organização da sociedade sinais que apontam na criação desses espaços de exercício da democracia.

São práticas, experiências e acontecimentos que reatualizam a “invenção democrática” que caracterizou os anos 80, em uma descoberta da lei e dos direitos que se firma e se renova na prática da representação, interlocução e negociação de interesses. (TELLES, 1994, p. 99)

Ao assumir esses espaços públicos, a sociedade civil proclamou que sua ação seria a de controle social das políticas públicas. Isso fez com que a própria expressão *controle social* fosse revisitada.

De acordo com Correia (2009), a expressão *controle social* tem origem na Sociologia.

De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. (p. 66)

Mas a sociedade civil passou a utilizar a expressão *controle social* para referenciar o conjunto das ações praticadas pela população visando ao acompanhamento e à fiscalização da atuação do Estado, por meio dos conselhos, das conferências e do orçamento participativo.

Na teoria política, o significado de ‘controle social’ é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado. (CORREIA, 2009, p. 67)

Correia descreve que o controle social, na perspectiva das classes subalternas,

[...] visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia. (CORREIA, 2009, p. 68)

Assim, as instâncias de controle social instituídas para possibilitar a participação popular nas políticas públicas passaram a contar com os conselhos gestores, as conferências e

o orçamento participativo, além de fóruns populares afetos à própria organização da sociedade e audiências públicas, em especial, nos espaços do Legislativo, promovendo o encontro entre a democracia participativa e a democracia representativa.

Esse avanço em relação à participação da população nos espaços do Estado e na implantação do controle das ações públicas no Brasil pretendia e ainda busca agir na inversão da lógica de subordinação da sociedade ao Estado.

A sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando ‘mais próxima do Estado’, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade a alocação dos recursos públicos. (TATAGIBA, 2002, p. 47)

A presença da sociedade civil nos espaços formais criados pela legislação, como os conselhos, não significa que há uma “partilha do poder” entre Estado e sociedade civil. Aqueles que estavam à frente dos governos na década de 1990, apesar de já existirem dispositivos legais determinando a participação da comunidade, eram reticentes em cumprir a lei. Nos anos seguintes, a existência de conselhos passou a constar da “lista de tarefas do Executivo” para credenciá-lo em programas e projetos sociais, inclusive em repasses de verba. Tais exigências não se tratavam de iniciativa do Executivo federal para os estados e municípios. Na realidade, eram reivindicações da sociedade que se constituíram em normativas para a gestão pública.

[...] as queixas relativas à fragmentação, à setorialização etc. das políticas que resultam dos espaços que envolvem a participação da sociedade civil significam que essa partilha do poder, mesmo quando existe, tem um caráter limitado e restrito, sem ampliar-se para decisões sobre política públicas mais amplas que pudessem ter um impacto significativo para a sociedade civil como um todo. (DAGNINO, 2002, p. 283)

Diversos autores que estudaram a implantação dos espaços públicos citam as dificuldades geradas para que a sociedade fosse desestimulada a participar de conselhos, conferências, orçamento participativo entre outros, por exemplo: a exigência de apropriação de informações eminentemente técnicas para tomada de decisões eminentemente políticas, criando paralisia em discussões sobre necessidades sociais e constrangendo os movimentos quando questionavam a administração; o agendamento de reuniões em horários e locais que impedem as representações de se fazerem presentes, seja por dificuldades financeiras para deslocamento, seja por ocorrerem dentro do horário de trabalho (essa prática impede muitas representações de ocuparem cadeiras nos Conselhos de Saúde); além do não cumprimento das

decisões, ação que por si só é extremamente desestimulante quando o representante não participa de um movimento com o qual possa partilhar essa dificuldade e planejar formas de superá-la.

Segundo Tatagiba (2002), os também denominados conselhos setoriais, que emergiram a partir da Constituição de 1988, tornaram-se obrigatórios em vários níveis de definição das políticas e foram considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para estados e municípios, constituindo-se peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais:

Os conselhos gestores de políticas públicas são, portanto, espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas setoriais. (p. 54)

Tatagiba (2002) busca contextualizar os conselhos gestores no conjunto dos demais conselhos em funcionamento no país, utilizando a distinção proposta na pesquisa/ estudo “Conselhos Municipais e Políticas Sociais”, elaborada por Ibam, Ipea e Comunidade Solidária, em 1997, que divide os conselhos em três tipos principais: os de Programas, os de Políticas e os Temáticos.

Os Conselhos de Programas:

Vinculados a programas governamentais concretos, em geral associados a ações emergenciais bem delimitadas quanto a seu escopo e sua clientela [...] Exemplos são os Conselhos Municipais de Desenvolvimento Rural, de Alimentação Escolar, de Habitação, de Emprego, de Distribuição de Alimentos.

Os Conselhos de Políticas:

[...] ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais [...] São, em geral, previstos em legislação nacional, tendo ou não caráter obrigatório. [...] São também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado. Neste grupo situam-se os Conselhos [...] de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Direitos da Criança e do Adolescente [...] Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia ao exercício desses direitos.

Os Conselhos Temáticos:

[...] sem vinculação imediata a um sistema ou legislação nacional, existem na esfera municipal por iniciativa local ou mesmo por estímulo estadual [...] Neste grupo, incluem-se os Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, de Cultura, de Esportes, de Transportes, de Patrimônio Cultural, de Urbanismo etc.” (IBAM; IPEA; COMUNIDADE SOLIDÁRIA apud TATAGIBA, 2002, p. 49-50)

Ao analisar os diversos formatos e objetivos de conselhos, Tatagiba ainda recorre às análises de Teixeira (1996) e Daniel (1994) para distinguir os conselhos gestores de outros três tipos de experiências de conselhos: os comunitários, os populares e os administrativos:

Os *conselhos comunitários* comuns nas décadas de 70 e 80 tiveram como objetivo servir de espaços de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, numa relação que renova a tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade [...] Já os *conselhos populares* são espaços públicos criados pelos próprios movimentos sociais, que têm como características um nível menor de formalização e o não-envolvimento institucional. [...] os *conselhos administrativos* que estão voltados ao gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviços, como escolas, creches, hospitais etc., mas que não possuem poder para influir no desenho das políticas públicas da área em questão. (TEIXEIRA; DANIEL apud TATAGIBA, 2002, p. 53-54)

No contexto dos espaços públicos constituídos na década de 1990, o orçamento participativo tornou-se um diferencial. Os debates dos orçamentos públicos geralmente seguem ritos técnicos e burocráticos que, mesmo sendo tratados nos conselhos, não são construídos em um formato que dialogue com a sociedade. Interessante notar que, na maioria das vezes, as discussões sobre orçamento exigem do conselheiro um preparo técnico que falta há muitos servidores da administração pública e até aos representantes do Legislativo.

Segundo Neves, a experiência de orçamento participativo (OP) em Porto Alegre (RS), na gestão do PT, na década de 1990, foi considerada um marco na democratização das relações do Estado e da sociedade civil.

[...] o OP em POA modificou o processo político, democratizando o Estado ao introduzir mecanismos deliberativos de alocação das decisões sobre os recursos públicos na cidade e alterando substancialmente as formas tradicionais da cultura política. (NEVES, 2008a, p. 26)

A realização de um orçamento público com participação da população movimentou diversas áreas de participação social e de produção de conhecimento, dado que

O orçamento participativo se consolidou na literatura nos anos 90 a partir de alguns desafios: a) qualifica a Democracia Representativa; b) tem efeito distributivo – a justiça distributiva é um dos elementos para a constituição da inversão de prioridades, buscando a inclusão social dos subalternos; e c) baseia-se no princípio da autonomia e na participação popular, procurado construir novas gramáticas na política (um novo modo de exercer a política). (NEVES, 2008a, p. 28)

Para Neves, o orçamento participativo é um instrumento de inovação nos municípios ao “incentivar a participação popular na gestão pública e possibilitar o fortalecimento do governo local, a *accountability* e a fiscalidade participativa”. (NEVES, 2008a, p. 22)

Revela também novas representações da sociedade civil – como os conselheiros e os delegados participativos – muda a relação entre Estado e sociedade ao buscar uma atuação em conjunto dessas duas instâncias. O resultado pode ser administrações mais transparentes e fortalecidas pela participação da população nas decisões públicas, principalmente sobre a questão orçamentária. (NEVES, 2008a, p. 22).

Ainda, segundo Neves, a metodologia do OP estimulou uma cultura participativa em contraponto aos personalismos oriundos das práticas políticas vinculadas a motivações eleitorais, particularistas e fisiológicas, tão conhecidas na cultura política brasileira.

Dagnino avalia que os 12 anos de existência do orçamento participativo de Porto Alegre foram marcados não pela inexistência de conflitos, mas por uma base sólida – fornecida pelo compromisso das várias forças envolvidas com o projeto – sobre a qual os conflitos eram negociados.

Segundo Avritzer [...], não havia uma proposta inicial clara de orçamento participativo por parte da Administração Olívio Dutra em Porto Alegre em 1989. Cada um dos atores relevantes contribuiu com uma parte da proposta: os movimentos comunitários foram autores da proposta de decisão sobre orçamento pelas assembleias em cada uma das regiões da cidade; o Partido dos Trabalhadores foi o autor da proposta de formação de conselhos que levou à formação do Conselho do Orçamento Participativo; e a Prefeitura foi capaz de estabelecer uma conexão clara entre formas públicas de participação e os tempos e as estruturas da administração municipal. (DAGNINO, 2002, p. 288)

Para Paoli e Telles (2000) essa experiência de fóruns públicos de participação e representação possibilitou explicitar e tornar pública a dimensão conflitiva da vida social. A autora avalia que a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre é a mais conhecida e, talvez, a mais bem-sucedida de todas.

De acordo com Nogueira, os processos participativos de maneira geral, entre eles o orçamento participativo, converteram-se em “recurso estratégico do desenvolvimento sustentável e da formulação de políticas públicas, particularmente na área social”. (NOGUEIRA, 2004, p. 118)

[...] a idéia de que a participação deve ser incorporada ativamente aos processos de governos e de implementação de políticas irá encontrar uma tradução mais tópica, consubstanciada na figura do *orçamento participativo*, experimento eu se revelou particularmente forte no Brasil, sobretudo no âmbito das administrações locais dirigidas pelo Partido dos Trabalhadores (PT). (NOGUEIRA, 2004, p. 118)

Essas experiências de participação ativa da sociedade, segundo Neves (2008b), contrapõem o pensamento dos conservadores, que para manter a exclusão da população brasileira das decisões disseminavam uma falsa imagem de que o povo era apático e não participativo.

No que tange à representatividade dos conselheiros, inúmeras experiências podem ser descritas. A legitimação da representatividade de cada conselheiro está para além de seu desempenho individual; está, sobretudo, ligada aos interesses da entidade que representa e ao fato dos movimentos atuarem ou não pelo fortalecimento da sociedade civil e da participação social como meio de instituição definitiva da democracia participativa, como instrumento real de deliberação de políticas públicas.

Dagnino analisa a questão da representatividade tomando como exemplo a composição do Conselho da Comunidade Solidária:

[...] vinculado ao governo federal, onde a representação da sociedade civil se dá através de convites a indivíduo com alta “visibilidade” na sociedade, artistas de televisão, pessoas que escrevam com frequência na mídia impressa, etc. Esse entendimento particular da noção de representatividade a reduz à visibilidade social [...] Esse deslocamento da noção de representatividade não é obviamente inocente nem em suas intenções, nem em duas conseqüências políticas. (DAGNINO, 2002, p. 291)

Partindo da análise comparada de experienciais, Tatagiba (2002) constatou a fragilidade do vínculo entre os conselheiros e suas entidades.

As entidades, movimentos e ONGs indicam ou elegem seus representantes e então tendem a se afastar do cotidiano dos conselhos. Com isso, os conselheiros acabam emitindo sua própria opinião sobre determinado tema,

resultado de seu acúmulo pessoal ou da sua adesão às propostas defendidas no calor do debate (p. 66)

Sobre a representatividade da sociedade civil nos espaços públicos, vale destacar a participação das organizações não governamentais (ONGs) que atuam como representações da sociedade civil e também como prestadores de serviços contratados pelo Estado. No período em que a execução das políticas de saúde, educação, meio ambiente e outras – por definição da Reforma de Estado – deixou de estar sob a responsabilidade do Poder Executivo, as organizações sociais (OS), as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) e ONGs assumiram esta tarefa.

[...] as ONGs reconhecem as vantagens que a atuação conjunta com o estado lhes traz: além da sobrevivência material através dos recursos financeiros provindos do Estado, um aumento na sua própria capacitação, o prestígio que advém do reconhecimento do Estado [...] Por outro lado, essa atuação traz também resultados positivos para o “público-alvo” (os grupos sociais beneficiados por projetos específicos) e para os setores mais amplos que se reconhecessem nos “interesses difusos” promovidos pelas ONGs. (DAGNINO, 2002, p. 293)

No contexto de afirmação da participação da sociedade, Neves (2008) avalia que:

[...] a participação social e coletiva foi sendo modificada. Se durante os anos 80 tinha caráter mais reivindicativo no controle social sobre o Estado junto aos movimentos sociais urbanos, nos anos 90 é deslocada em virtude da confluência dos projetos e do enfrentamento em diferentes culturas políticas, que vão desenhando novo tipo de participação, a qual é despolitizada pelo projeto neoliberal. De outro lado, apresenta a possibilidade de fortalecer mecanismos deliberativos de partilhamento das decisões, reforçando a cultura participativa na busca da inclusão social e da democratização do Estado com a ampliação da participação popular nas decisões públicas. (p. 21)

A forma como a sociedade civil se movimentou e reagiu às dificuldades e às novidades dos últimos 30 anos indica que o processo de democratização permeou o cotidiano da população brasileira. Para os próximos anos, é fundamental que os movimentos sociais continuem reivindicando a existência de espaços públicos que se configurem como arenas de disputas políticas; espaços nos quais a apresentação de interesses reais e legítimos, estabelece debates, diálogos, embates e negociações, tendo a luta pela hegemonia como intuito e sustentação desse processo.

CAPÍTULO 2

SAÚDE E CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO

Este capítulo tem por finalidade demarcar o contexto no qual o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado, recuperando sua trajetória para se consolidar como parte da política nacional de saúde. Assim, recuperam-se os pressupostos elaborados pelo Movimento da Reforma Sanitária, as disputas que permitiram a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a ação permanente e organizada dos movimentos para sua efetivação.

2.1 A Reforma Sanitária no Brasil

Marcada pela movimentação intensa da sociedade em busca da recuperação das liberdades democráticas perdidas durante o regime ditatorial, que cerceava qualquer tipo de participação da população nas políticas públicas do país, a segunda metade da década de 1970 fincou as raízes do chamado Movimento da Reforma Sanitária.¹⁰

Tanto quanto outros movimentos que despontaram nas décadas de 1970 e 1980, o Movimento da Reforma Sanitária trazia para o debate público necessidade da democratização da oferta de serviços de qualidade. O acesso à saúde e a outras políticas públicas, como educação, moradia, meio ambiente, transporte e lazer, mobilizava a sociedade civil. Como destaca Bravo (1996, p. 16), “A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e só pode ser efetivada em um Estado democrático.”

Inicialmente constituído por intelectuais e técnicos, o Movimento Sanitário ganhou reforço de diversos setores da sociedade civil (sindicatos, partidos, associações), ampliou-se e ganhou visibilidade.

Uma das questões que se coloca ao movimento sanitário é como tornar efetiva a presença da sociedade civil nas políticas de saúde, ou seja, como se articular de forma mais orgânica com os diversos setores da sociedade civil. (BRAVO, 1996, p. 17)

¹⁰ O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. (MS, 2011b)

Um marco no movimento de retomada da luta pela Reforma Sanitária foi a 7ª Conferência Nacional de Saúde (7ª CNS), em 1979 – baseada na Conferência Internacional de Alma Ata, que reuniu 134 países no Cazaquistão, em 1978 –, a qual preconizou a atenção primária à saúde como um dos pilares do sistema de saúde. A repercussão da 7ª CNS estimulou uma série de outros debates, como o 1º e o 2º Simpósios Nacionais sobre Política de Saúde, realizados na Câmara dos Deputados, em 1979 e 1982, respectivamente. Cada vez mais a sociedade civil organizada reivindicava a criação de um sistema de saúde com capacidade de atender às necessidades de toda a população e não apenas de uma parcela.

Nesse período, os serviços de saúde não ofereciam acesso universal, eram seletivos. Os trabalhadores que tinham registro de trabalho na Carteira Profissional emitida pelo Ministério do Trabalho eram atendidos em serviços prestados pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica (Inamps). A parcela da população que, mesmo trabalhando muito, não contava com registro profissional era atendida em serviços beneficentes ou filantrópicos, os quais direta ou indiretamente sobreviviam e ainda sobrevivem com recursos públicos. Aos poucos a bandeira pela universalização do atendimento tornou-se conhecida e recebeu apoio da sociedade civil, que passou a pressionar o Estado.

A luta pela universalização do atendimento ganhou ainda mais força agregada a outros elementos como a descentralização¹¹ dos serviços. Para universalizar a assistência era necessário descentralizá-la, ou seja, fazer com que o comando dos serviços de saúde passasse aos municípios, com apoio financeiro e cooperação técnica dos estados e da União. Na época, os serviços de saúde municipais eram mínimos; a maioria mantinha apenas prontos-socorros. Já os estados gerenciavam postos de puericultura,¹² destinados à imunização. Os hospitais, em sua maioria, eram federais ou estaduais, nos estados de maior arrecadação tributária.

Diante da estrutura federativa do Brasil que garante a autonomia política e administrativa da União, dos estados e municípios, seria necessário um pacto federativo para a

¹¹ Stein (1999, p. 31) alerta para a dificuldade de definir uma única acepção para o termo descentralização, visto que o conceito relaciona-se a variadas visões de mundo com preocupações e prioridades diversas. “Na maioria das vezes, o termo descentralização é relacionado a algo positivo, como mais autonomia e menos burocracia, ou mais participação e ampliação da democracia, implicando o controle das políticas [...] a organização do sistema descentralizado dar-se-ia em duas direções: da esfera federal para a estadual e municipal, comumente chamada de *municipalização*, e do Estado para a sociedade.” Neste texto, o termo descentralização refere-se à primeira direção descrita por Stein, ou seja, “ao deslocamento do poder entre distintos níveis de governo, isto é, à transferência do poder federal aos governos estaduais e municipais”. Segundo a autora, esse tipo de descentralização desdobra-se em duas dimensões: a financeira (na qual ocorre a redistribuição das receitas públicas) e a político-institucional (que agrega novos arranjos no sistema de competências governamentais).

¹² “Conjunto de noções e técnicas voltadas para o cuidado médico, higiênico, nutricional, psicológico etc., das crianças pequenas, da gestação até quatro ou cinco anos de idade.” (HOUAISS, 2009)

implantação do Sistema Único de Saúde. Nesse pacto deveriam ser elaborados e difundidos critérios transparentes, em contraposição aos conhecidos critérios políticos eleitorais, a fim de fortalecer o município e passar para ele o comando único dos serviços de saúde, permitindo que o planejamento e a gestão fossem desenvolvidos de acordo com a realidade local.

Essas questões faziam com que os debates sobre “saúde e doença” se harmonizassem em favor de um conceito de saúde integral, que prioriza as práticas voltadas à prevenção, promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde, ultrapassando a concepção tecnicista de saúde curativa e promovendo uma concepção ampliada de modelo de atenção à saúde com participação ativa e decisiva da sociedade.

Em busca de tornar efetiva a participação popular nas políticas públicas, surgiram ações concretas como os conselhos populares, de iniciativa dos movimentos sociais, sem interferência institucional, conforme categorização de Tatagiba (2002). Graças a essa experiência, adotada em várias cidades, nos bairros mais pobres e em aliança com profissionais de unidades de saúde partidários da Reforma Sanitária, foi possível aperfeiçoar os serviços de saúde, ampliar as equipes de profissionais e principalmente garantir a unidade em torno de um projeto de saúde coletiva para o Brasil.

A partir da segunda metade dos anos 70, no contexto da emergente atuação dos movimentos sociais na cena política, a proposta de tornar a administração pública mais permeável à participação popular se fez presente no discurso oposicionista e configurou-se como um contraponto ao regime militar. (GECD, 1998-1999, p. 76)

O resultado desse conjunto de ações fez com que, em 1986, mais de 5 mil militantes, representando a sociedade civil, os movimentos sociais e populares e os profissionais de saúde, participassem da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Coordenada pelo médico sanitarista Sérgio Arouca, a 8ª CNS apresentou uma pauta afinada de luta pela atenção integral à saúde, universalização da assistência, descentralização dos serviços e participação popular. Essas bandeiras foram forjadas na atuação cotidiana dos movimentos e deram força para ações permanentes e engajadas que culminaram na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o direito do cidadão brasileiro à saúde e o dever do Estado de proporcionar condições dignas de vida à população e acesso universal às

ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território nacional. Como destaca a Introdução do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira. Exige-se uma reformulação mais profunda do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, e constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária. (MS, 1987, p. 2)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a participação social como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO apud CORREIA, 2009, p. 70). O controle social, como explica Correia, foi apontado “como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização”.

O movimento da saúde, junto com o conjunto de movimentos surgidos na sociedade brasileira, nos anos 1980, participou ativamente das eleições para a Assembleia Nacional Constituinte, em 1986, e de todo o processo de elaboração da legislação que criou o Sistema Único de Saúde.

Vale lembrar que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Foi o relatório final dessa Conferência que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da nossa Constituição, que já prevê a criação do SUS. (MJ, 2011).

O processo de elaboração da Constituição Cidadã foi um coroar do movimento pela redemocratização do país, uma lição de cidadania, uma disputa pela hegemonia, por um modelo de sociedade democrática.

O processo constituinte, o amplo movimento de “Participação Popular na Constituinte”, que elaborou emendas populares à Constituição e coletou subscrições em todo o país, marca este momento de inflexão e uma nova fase dos movimentos sociais. [...] “Na luta fazemos a lei” era o slogan de muitos candidatos do campo democrático-popular ao Congresso constituinte, revelando seu caráter de espaço de afirmação das mobilizações sociais no plano dos direitos instituídos. (CARVALHO, 1998, p. 3)

O processo de luta para fazer valer a Constituição começava, com muita organização e disposição da sociedade civil, em direção a um Estado democratizado.

O fato inegável é que os movimentos sociais dos anos 70/80 contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais novos, que foram inscritos na nova Constituição brasileira de 1988. (GOHN, 2003, p. 20)

2.2 Saúde e controle social

Na Constituição Federal, a força dos movimentos sociais garantiu que a participação da comunidade fosse elevada a condição de diretriz do SUS.

[...] a participação cidadã utiliza-se não apenas de mecanismos institucionais já disponíveis ou a serem criados, mas articula-os a outros mecanismos e canais que se legitimam pelo processo social. Não nega o sistema de representação, mas busca aperfeiçoá-lo, exigindo a responsabilização política e jurídica dos mandatários, o controle social e a transparência das decisões. (prestação de contas). (TEIXEIRA apud NEVES, 2008a, p. 20)

Enfrentar o Estado-Coerção, descrito por Gramsci, que não tem como perspectiva a partilha de poder e a convivência com a participação da sociedade civil, é o que movimenta a disputa pelo controle social das políticas públicas. Esse desafio de democratização exige

[...] desvendar os entraves colocados à construção democrática como um aprendizado significativo para os sujeitos que nela acreditam, confiam e persistem, apostando nesse processo participativo como uma das estratégias de enfrentamento ao projeto neoliberal e à cultura política dominante na sociedade brasileira. (NEVES, 2008a, p. 36)

As lutas da sociedade civil registraram na Constituição Cidadã as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que passaram a ter força de lei. Nem tudo foi conquistado, mas o que se conquistou é essencial à defesa da saúde pública no Brasil.

Na Seção II da Constituição Federal (BRASIL, 1988), os artigos 196 e 198 instituem a saúde como direito essencial de todos os cidadãos brasileiros e as diretrizes necessárias para construção do SUS:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. 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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A Lei nº 8.142, aprovada em dezembro de 1990, regulamentou a participação da comunidade, com a criação dos conselhos e conferências de saúde, inspirados nas experiências de movimentos sociais e de profissionais de saúde que, em muitas regiões do país, já praticavam a participação popular unidos na luta pela Reforma Sanitária, por meio de conselhos populares.

O ‘controle social’ é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização. (CORREIA, 2009, p. 70)

Os conselhos foram constituídos com a finalidade de formular, fiscalizar e deliberar acerca das políticas de saúde dos municípios, estados e da União. Como estabelece o artigo 1º, inciso I, §2º, da Lei nº 8.142/1990,

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 executivo legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990)

As conferências, por sua vez, têm como missão avaliar periodicamente as políticas de saúde e indicar diretrizes para seu fortalecimento e consolidação. De acordo com o artigo 1º, inciso I, §1º, da Lei nº 8.142/1990, a Conferência Nacional de Saúde:

[...] reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990)

As reivindicações constituídas em legislação foram, ao mesmo tempo, resultado e reconhecimento da Reforma Sanitária. Nesses quase 23 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988, a sociedade civil manteve suas ações organizadas para garantir a implantação e o funcionamento dos serviços de saúde e dos conselhos e conferências.

[...] alguns desses atores, principalmente os que atuavam em conjunto com os partidos de esquerda, viam na nova Constituição uma oportunidade de transformar a demanda por participação em propostas concretas que possibilitassem uma mudança nas relações entre Estado e sociedade, alterando a idéia de que apenas o primeiro teria o poder exclusivo de definir políticas e implementar ações públicas. (GESCD, 1998-1999, p. 78)

Segundo Correia (2009), a área da saúde foi pioneira na introdução do controle social nas políticas públicas devido

[...] à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ (MENDES, 1994) para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. (p. 69)

Garantir o pleno funcionamento dos conselhos também exige ações articuladas e permanentes. De acordo com a legislação que rege o setor, as decisões dos conselhos de saúde são dispostas em resoluções que devem ser homologadas pelo Poder Executivo. No entanto, essa determinação é constantemente descumprida pelos gestores de saúde, nas três esferas de governo. Recentemente, muitos gestores passaram a publicar as resoluções dos conselhos, ainda que com ressalvas.

Entender o motivo pelo qual os gestores de saúde não homologam as resoluções dos conselhos, conforme determina a lei, e também verificar se as decisões dos colegiados realmente se tornam políticas de saúde são questões que impulsionam o presente trabalho.

A participação da sociedade civil nos serviços de saúde por meio dos conselhos representa os interesses da saúde pública, por isso as ações para seu enfraquecimento são permanentes. Como já mencionado, cotidianamente observam-se o fechamento de conselhos de saúde, a tecnicização de reuniões como tática de desestimular os participantes, a disputa de vagas nos colegiados por representantes de organizações que não defendem o SUS, entre outros.

A participação dos movimentos sociais nas decisões acerca das políticas de saúde se consolidou, mas Carvalho chama a atenção para uma reflexão permanente na sociedade civil:

Os setores excluídos foram, no entanto, persistentemente construindo seu lugar como atores nesta história e suas possibilidades de participar da

definição de seus rumos. Participar da gestão dos destinos da sociedade, em períodos fortemente autoritários, significou a contestação e a oposição ao Estado autoritário e centralizador. Foi uma participação centrada na construção social de novos valores democráticos, da relevância, da legitimidade, da justiça, da pertinência das demandas e dos atores sociais excluídos, do seu direito a ter direitos. (CARVALHO, 1998, p. 11)

A preocupação, posta no início dos anos 1990, com a manutenção da autonomia dos movimentos sociais se manteve. Segundo Gohn (2003):

Os movimentos construíram um entendimento sobre a questão da autonomia diferente do que existia nos anos 80. Atualmente, ter autonomia não é ser contra tudo e todos, estar isolado ou de costas para o Estado, atuando à margem do instituído; ter autonomia é, fundamentalmente, ter projetos e pensar os interesses dos grupos envolvidos com autodeterminação; é ter planejamento estratégico em termos de metas e programas; [...] ter autonomia é priorizar a cidadania: construindo-a onde não existe, resgatando-a onde foi corrompida. Finalmente, ter autonomia é ter pessoal capacitado para representar os movimentos nas negociações, nos fóruns de debates, nas parcerias de políticas públicas [...] (p. 16-17)

2.3 Histórico do Conselho Nacional de Saúde

Quando de sua criação, em 13 de janeiro de 1937, durante o Governo de Getúlio Vargas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) era um órgão técnico e consultivo do Ministério da Educação e Saúde que debatia apenas questões internas à pasta. Com a separação dos ministérios da Saúde e da Educação Pública, o CNS assumiu, pelo Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954, a função assessorar o Ministro de Estado da Saúde na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. Até 1990 a atuação do Conselho Nacional de Saúde se restringia a colaborar com o gestor federal no estudo de assuntos pertinentes ao setor saúde

Com a edição do Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990, que incorporava as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Constituição Federal, foram instituídas novas atribuições para o Conselho Nacional de Saúde e definidas as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Essa legislação fixou na composição do CNS representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos

entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. “A composição do CNS de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde.” (MS, 2011a)

De 1990 a 2003, a atuação do CNS foi marcada pela condução de quatro edições da Conferência Nacional de Saúde; pelo incentivo à criação de conselhos de saúde nos municípios e estados; pela instituição de uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; pela aprovação da Resolução nº 33/1992, que democratizou a composição dos conselhos com o princípio de paridade (50% das vagas para usuários do Sistema Único de Saúde; 25% para trabalhadores da área e 25% para gestores e prestadores de serviços). Nesse período, o Conselho Nacional de Saúde também participou ativamente do Movimento pela Reforma Psiquiátrica.

As entidades que compunham o Conselho Nacional de Saúde nesse período reforçaram as ações pela democratização do próprio CNS. Os objetivos principais eram: aumentar a participação de entidades da sociedade civil e dos trabalhadores de saúde, essenciais ao fortalecimento do controle social na esfera nacional; modificar o modelo de composição do colegiado, ou seja, em vez de entidades indicadas, a escolha se faria em processo eleitoral; e garantir a eleição dos presidentes do colegiado entre seus pares.

Entre o final da gestão presidencial de Itamar Franco e o início do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Conselho Nacional de Saúde ficou meses sem funcionar oficialmente, devido a não nomeação dos conselheiros pelo presidente da República, conforme o Decreto nº 99.438/1990. Mesmo assim manteve suas atividades. A nomeação dos conselheiros exigiu uma grande participação das entidades da sociedade civil que compunham o CNS em 1995.

O enraizamento dos conselhos nas lutas populares e democráticas lhes dá uma qualidade especial enquanto uma das formas de participação mais permanente, que resistem às mudanças e aos diferentes graus de abertura dos governos à participação social. Existem conselhos sólidos e democráticos construídos a partir de iniciativas sociais; eles persistem na sua atividade, mesmo sem apoio significativo de governos [...] É claro que os conselhos dependem de uma mínima resposta governamental. Sem a participação dos representantes governamentais e um acesso mínimo às informações do governo, eles deixam de ser espaços de negociação e co-gestão, reduzindo-se a espaços de luta social reivindicativa como os demais movimentos sociais. (CARVALHO, 1998, p. 14-15)

O Conselho Nacional de Saúde pós-Constituição de 1988, com participação da sociedade e caráter deliberativo, promoveu grandes questionamentos acerca da Reforma do Estado, proposta em 1995, no Governo FHC, contrária à consolidação do SUS universal.

Tratava-se, e ainda se trata, de defender o SUS da 8ª CNS. As divergências em torno dos serviços de saúde se dão em um cenário no qual os recursos financeiros do setor – ainda que insuficientes para a implantação do sistema universal – são disputados entre as esferas de governo para projetos que não são de saúde pública. Um exemplo característico desse tipo de situação foi o Plano de Assistência à Saúde do município de São Paulo, no ano de 1995. Lançado durante a gestão do prefeito Paulo Maluf, o plano instituiu um conceito de remuneração por serviços prestados e transferiu servidores de saúde para tarefas alheias à sua área de atuação. Como resultado, serviços de atenção à alta complexidade foram fechados e as cooperativas de serviços contratadas rapidamente se envolveram em problemas de corrupção. No mesmo período, a implantação de organizações sociais (OS) terceirizou a gestão dos serviços e os gerentes dessas OS puderam, por meio de contratos com a rede pública, estabelecer uma clientela para seus serviços, o que comprometeu o atendimento aos usuários do SUS. Essa prática, que configura a chamada “dupla porta de entrada” – ou seja, o serviço financiado pelo SUS atendendo as demandas do setor privado –, tem ampliado a ocupação de leitos de hospitais públicos por planos de saúde.

Durante os anos 1990, muitos foram os enfretamentos contra a desconstitucionalização do SUS. Em 1995, um projeto do Governo Federal, aliado à Reforma do Estado, propunha que após o artigo 196 da CF, “saúde é um direito de todos e dever do estado”, fosse acrescentada a expressão “conforme a Lei”. Essa medida alteraria os quóruns de votação no Congresso Nacional para fazer alterações na legislação da área da saúde, reduzindo a responsabilidade do Estado, e permitiria maior mobilidade do Executivo para o cumprimento ou não dessa conquista.

A chamada “inserção institucional” dos movimentos sociais é evidência dessa inflexão (Carvalho, 1997; GECD, 2000). Assim, grande parte da interlocução entre o projeto neoliberal, que ocupa majoritariamente o aparato do Estado, com o projeto participativo se dá justamente através daqueles setores da sociedade civil que se engajam nessa aposta e passam a atuar nas novas instâncias de participação junto ao Estado. (DAGNINO, 2004, p. 99)

Não foram poucas as práticas autoritárias que orientaram o planejamento e a execução das políticas de saúde em dicotomia ao descrito no artigo 198, inciso III da Constituição Federal, que determina a participação da comunidade como diretriz de funcionamento do SUS. Também não foram poucas as ações de enfrentamento da sociedade civil para a manutenção do SUS, conforme estabelecido na letra constitucional.

No Governo do Presidente Lula, o diálogo, a problematização, a negociação e as críticas a respeito das políticas de saúde foram revitalizados com a recomposição do Conselho Nacional de Saúde, pelo Decreto nº 4.878, de 18 de novembro de 2003. O CNS passou a contar com 40 membros titulares distribuídos da seguinte forma: 50% representantes de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço. Essa nova composição possibilitou ao colegiado cumprir, finalmente, a paridade das representações preconizada na Resolução nº 33/1992 – determinação esta que já indicava uma importante recomposição de forças nos conselhos de saúde de várias localidades do país, mas que ainda não era aplicada no próprio Conselho Nacional de Saúde. Dagnino avalia em uma situação como essa que:

[...] as continuidades autoritárias e conservadores que reproduzem a exclusão na sociedade brasileira estão longe de estarem confinadas no aparato do Estado e certamente respondem a interesses enraizados e entrenchados na sociedade civil. Avaliar então o impacto da sociedade civil sobre o desempenho dos governos (*governance*) é uma tarefa que não pode se apoiar num entendimento abstrato dessas categorias como compartimentos separados mas precisa articular aquilo que as articula e as separa, inclusive aquilo que une ou opõe as diferentes forças que as integram, os conjuntos de interesses expressos em escolhas políticas: aquilo que está sendo designado como projetos político. (DAGNINO, 2002, p. 282)

O CNS conservou e alimentou a compreensão correta de que não detém papel executor e sim de controle da execução das políticas de saúde, como destaca Moreira, em relação aos conselhos de políticas.

Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correccional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. (MOREIRA apud TATAGIBA, 2002, p. 50)

O Conselho Nacional de Saúde, devido ao compromisso das entidades que o compuseram e ainda compõem, configurou-se com um dos principais conselhos de políticas, cumprindo seu papel de formulação e deliberação com qualidade. Cada vez mais têm expressado opinião sobre temas essenciais às políticas de saúde no Brasil, atuando par e passo com a conjuntura política, econômica e social.

Neste estudo interessa, contudo, destacar o protagonismo dos movimentos sociais no Conselho Nacional de Saúde acerca de deliberações que resultaram em conquistas e soluções para o fortalecimento do SUS com acesso universal e atendimento integral; descentralizado, com repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde, para os fundos estaduais e municipais;

com acesso igualitário aos serviços em contraposição às “duplas portas de entrada” e com gestão pública. Esse conjunto de questões permeiam o cotidiano das ações do controle social, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos conselhos de saúde devido ao controle do Estado sobre suas agendas temáticas.

Em muitos casos, o debate e a negociação em torno dos “assuntos relevantes” têm sido limitados pela imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado. Isto porque, em vários conselhos analisados, os regimento interno concede ao presidente dos conselho, ou pessoa indicada, a prerrogativa de elaborar a pauta de discussões. (TATAGIBA, 2002, p. 77)

2.4 Projetos políticos em disputa: a aprovação das leis nº 8.080 e nº 8.142/1990

O projeto político para o fortalecimento de um Estado democrático necessita, sobretudo, de uma sociedade organizada e participativa, atenta a alterações da conjuntura, ciente de ataques autoritários e suficientemente articulada para coibir tais ataques com condições de negociação e pactuação de interesses comuns. A sociedade brasileira, desde a redemocratização nos anos 1980 atua pelo fortalecimento dessa Nação democrática. Ainda que haja oscilações, o país trabalha para a manutenção da democracia política e para atingir a democracia econômica e social.

A atuação dos instrumentos de controle social, como conselhos, conferências, orçamento participativo, fóruns e audiências têm suscitado avaliações e reflexão de vários autores a respeito da participação da sociedade civil exercida em tais instâncias, que funcionam no mesmo espaço ocupado pelo Poder Executivo.

Bravo e Souza (2002) fazem uma análise das quatro posições teóricas e políticas que têm embasado o debate sobre os conselhos de saúde e o ‘controle social’. A primeira, baseia-se no aparato teórico de Gramsci, a segunda na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos que consideram os conselhos como espaço de formação de consensos, através de pactuações. A terceira posição teórica é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. A quarta posição é a representada pela tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa, defendendo, apenas a democracia representativa. (CORREIA, 2009, p. 70-71)

Quando a Constituição de 1988 foi aprovada e a sociedade civil começou a se movimentar pela sua regulamentação, as ações se desdobraram para os cenários estaduais e municipais, com a elaboração e aprovação das Constituições dos estados e Leis Orgânicas dos

municípios. Somado a esse processo de mobilização ainda era necessária a elaboração de toda a legislação de regulamentação da Carta Magna.

As novas práticas políticas inauguradas pelos movimentos sociais e as questões que eles apresentavam para a sociedade como um todo redefiniram o espaço da política. Fazer política não era mais uma atividade apenas do Estado ou dos partidos, mas de toda a sociedade. (GECD, 1998-1999, p. 20)

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi elaborada para regulamentar o Capítulo da Saúde na Constituição Federal. Interessante destacar que quando da sua publicação, o texto legal sofreu cortes. Mantiveram-se os itens relativos à descentralização dos serviços e à atenção integral, mas os referentes à participação da comunidade foram vetados pelo então presidente da República, Fernando Collor de Melo.

Uma grande mobilização da sociedade civil contra os vetos fez com que, em 28 de dezembro de 1990, fosse publicada a Lei nº 8.142, tratando justamente da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde; das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da obrigatoriedade de o Poder Executivo apresentar relatório de gestão aos conselhos de saúde. Conforme ressalta Dagnino,

As principais forças envolvidas nesse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, construído desde os anos oitenta ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia. Esse projeto emerge da luta contra o regime militar empreendida por setores da sociedade civil, entre os quais os movimentos sociais desempenharam um papel fundamental. (DAGNINO, 2004, p. 95)

A aplicação da Lei nº 8.142 na prática demandava um forte poder de mobilização social, afinal mesmo com a uma legislação atualizada a concepção de gestão continuava conservadora. O processo de implantação e funcionamento dos conselhos enfrentava o Executivo e o Legislativo dissonantes com a participação popular. Verificaram-se casos de apropriação do espaço dos conselhos por indicações de prefeitos; fechamento de colegiados, substituição de conselheiros que votavam em desacordo com o gestor e perseguição a funcionários do setor saúde que se engajavam nos conselhos.

A exemplo do que ocorreu na área da saúde, “Em contraposição à cultura autoritária vigente, os movimentos sociais [...] foram apontados como sujeitos por excelência do processo de criação e generalização de uma cultura democrática [...]” (GECD, 1998-1999, p.

20), mediante diferentes formas de práticas políticas e outros formatos de sociabilidade, fundados em bases mais igualitárias.

A disputa política entre projetos políticos distintos assume então o caráter de uma disputa de significados para referências aparentemente comuns: participação, sociedade civil, cidadania, democracia. [...] Aí a perversidade e o dilema que ela coloca, instaurando uma tensão que atravessa hoje a dinâmica do avanço democrático no Brasil. (DAGNINO, 2004, p. 97)

No decorrer da década de 1990, como citado anteriormente, muitas ações foram desenvolvidas pelos conselhos de saúde em busca da implantação de um SUS inclusivo e transformador, mas muitos entraves exigiram alterações na estratégia de ação e de mobilização para a garantia da universalidade nos serviços de saúde.

Gohn destaca que, por conta da política neoliberal que tentou desorganizar e enfraquecer os setores organizados, os movimentos sociais tiveram que abandonar algumas posturas e adotaram posições mais propositivas. “Passaram a atuar em rede e em parceria com outros atores sociais, dentro dos marcos da institucionalidade existente e não mais à margem, de costas para o Estado, somente no interior da sociedade civil, como no período anterior, na fase ainda do regime militar.” (GOHN, 2003, p. 30)

Os movimentos sociais progressistas atuam segundo uma agenda emancipatória, realizam diagnósticos sobre a realidade social e constroem propostas. Atuando em redes, articulam ações coletivas que agem como resistência à exclusão e lutam pela inclusão social. (GOHN, 2003, p. 14-15)

Com o avanço da participação social nos conselhos, a sociedade passa a enfrentar os seus próprios dilemas. Dados do Conselho Nacional de Saúde, citados por Tatagiba (2002), apontavam que em 1992, havia 45 mil conselheiros de saúde no país; o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, por sua vez, apontou em 2006 a existência de 80 mil conselheiros.

Em 2009, pela primeira vez, a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) investigou a existência de conselhos municipais de saúde no país. Os dados mostram que dos 5.565 municípios brasileiros, apenas 148 declararam não tem Conselho de Saúde. Vale destacar que 30,6% dos conselhos municipais foram criados entre 1989 e 1992, ou seja, nos primeiros anos após a promulgação da Constituição da República, com destaque para o período de 1990 – ano de aprovação da Lei Orgânica da Saúde –, quando foram criados 1.267 conselhos municipais de saúde.

Esse quadro aponta para a necessidade de revisitar estratégias e dialogar com os conselheiros representantes de movimentos sociais que estão nos conselhos. Interessa saber se os movimentos se articulam para orientar sua participação nesses espaços, com apoio, qualificação e avaliação de seus representantes, ou se têm investido nesses espaços apenas como local de tratamento de demandas particularistas e corporativas.

Quando o conselheiro passa a tratar o colegiado como o espaço de discussão de demandas particulares, inclusive de sustentação financeira e política não propiciada por aqueles que o indicaram, acaba por descaracterizar a representação da sociedade civil, abrindo a portas para processos de cooptação política e reforçando a “participação gerencial”, descrita por Nogueira.

A valorização dos conselhos gestores, da democracia participativa, do papel do conselheiro e da autonomia dos movimentos são temas recorrentes na esfera de controle social das políticas públicas. Para Gomes:

O papel e a condição de conselheiro/representante é comum a todos os que estão no Conselho. Qualquer conselheiro tem as atribuições específicas estabelecidas na legislação e no regimento do respectivo Conselho. No exercício da representação, os conselheiros têm a responsabilidade de fazer a articulação necessária entre o segmento que representa e sua agenda específica, bem como o encaminhamento da agenda mais ampla do Conselho. Neste o conselheiro não é mais apenas e tão-somente o representante, porta-voz, defensor, deste ou daquele segmento – é um agente público – ou seja seu mandato é coletivo, não sendo propriedade do setor que representa. (GOMES, 2000, p. 6)

A existência e o funcionamento ininterrupto de espaços de controle social como os conselhos e as conferências demonstra o nível de consolidação dessa política no âmbito da administração pública. Quando um conselho é fechado, ou uma conferência é suspensa, e a sociedade não se pronuncia, isso pode significar que o desmonte por meio da burocratização ou a cartorização¹³ do espaço tenham descaracterizado seu relevante papel social.

¹³ É chamada de cartorização a atitude de alguns gestores de registrar conselhos compostos ficticiamente (apenas no papel) para garantir os repasses do Ministério da Saúde. O Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, no eixo sobre Controle Social, resalta essa problemática: “Os Conselhos de Saúde carecem de autonomia frente ao Executivo, pois muitos não têm orçamento próprio, e outros são instituídos por decreto e não através de Lei. São comuns os ‘Conselhos Cartoriais’, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários, comprometendo a autonomia política.” (MS, 2001)

A partir dessa análise de fortalecimento do controle social das políticas públicas, a intenção é avaliar como a ampliação dos movimentos sociais na composição do Conselho Nacional de Saúde, aprovada em 2003, permitiu uma maior produção de debates e deliberações pelo fortalecimento do projeto SUS.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DA PESQUISA

3.1 A ampliação da participação da sociedade civil nos processos decisórios da área de saúde

No início dos anos 1990, o Conselho Nacional de Saúde passou por um processo de reestruturação em direção à democratização com participação efetiva de entidades da sociedade civil e conquista do papel deliberativo frente às políticas de saúde.

Durante o Governo do Presidente Fernando Collor, em que muitas conquistas da Constituição Federal estavam em vias de regulamentação, o movimento social – em um processo de articulação com a sociedade e negociação com o ministro da Saúde, Alcení Guerra – alcançaram uma importante vitória com a publicação do Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990. Esse dispositivo legal regulamentava as atribuições do CNS, em cumprimento ao disposto na Constituição Federal, e definia nominalmente as entidades e órgãos que deveriam integrar o novo Plenário, com 30 membros. Nessa composição, os usuários ficaram com 50% das vagas e a outra metade era partilhada entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço.

O Decreto de 1990 já prenunciava questões que, posteriormente, seriam regulamentadas nas leis nºs 8.080 e 8.142/1990, que dispõem sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Com a aprovação do Decreto nº 99.438/1990, o CNS passou a ter as seguintes atribuições:

Atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal e estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde; aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde credenciado mediante contrato ou convênio; 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 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 (BRASIL, 1990).

O Plenário do colegiado passou a contar com entidades de destaque nacional que contribuíram de forma decisiva para a democratização do país e para a conquista do poder de deliberação dos conselhos de saúde na legislação, entre elas: a Central Única dos Trabalhadores (CUT); a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e a Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), além das representações de profissionais da saúde. Segundo Bravo:

O movimento sanitário, apesar de ter se constituído, no seu início, de um conjunto de intelectuais e técnicos de proporções reduzidas, ao longo dos anos ganhou o reforço e a contribuição das lutas específicas de diversos setores da sociedade civil (sindicatos, partidos, associações). (BRAVO, 1996)

Em relação ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, o texto do decreto incorporou uma determinação que o movimento social defendia com veemência: a de que a função de conselheiro nacional de saúde não seria remunerada, mas sim considerada de relevância pública. A criação de comissões com a finalidade de promover estudos para compatibilização de políticas e programas de interesse da área da saúde também foi essencial para ampliação do reconhecimento do espectro de atuação do Sistema Único de Saúde nos determinantes de promoção e proteção à saúde.

No processo de negociação da reconstituição do CNS, a correlação de forças não permitiu, inicialmente, a superação de alguns gargalos como: a ausência de paridade na composição do colegiado; a nomeação dos conselheiros pelo presidente da República e não por meio de eleições; o exercício da presidência do Conselho Nacional de Saúde como exclusivo do ministro da Saúde, o qual, além do voto comum, detinha o voto de qualidade, bem como a prerrogativa de deliberar *ad referendum* do Plenário, sendo substituído, nos seus impedimentos, pelo secretário do Conselho Nacional de Saúde.

Com a publicação da Lei nº 8.142/1990, que ocorreu após a recomposição do CNS, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde estava, enfim, garantido na legislação. No entanto, a luta da sociedade para exercer o direito de deliberar acerca das políticas de saúde ainda permanece no dia a dia do controle social no SUS.

Os conselhos de saúde, incluindo o Pleno do Conselho Nacional de Saúde, manifestam-se, especialmente, por meio de resoluções, recomendações e moções. As resoluções – instrumento escolhido como fonte deste estudo – podem ter caráter estruturante ou conjuntural. São elaboradas para atender a diferentes objetivos, como por exemplo:

regulamentar uma matéria; expressar a avaliação do colegiado a respeito de um assunto; manifestar apoio a uma política de saúde; apresentar o posicionamento do CNS diante de questões conjunturais.

As resoluções são importantes no sentido de legitimar e institucionalizar demandas dos segmentos que representam a sociedade civil. (Trecho de entrevista concedida por conselheiro nacional de saúde)

A resolução é ato geral e conclusivo, de caráter normativo e de responsabilidade direta do CNS. Portanto, a deliberação por resolução requer tempo para aprofundamento, estudo, oportunidade para o debate e esclarecimento dos conselheiros. Penso que, salvo exceções, como as resoluções relacionadas com a Conep e a Resolução nº 333, existe desconhecimento sobre as resoluções. Em parte porque não se dispõe de estratégias para divulgá-las, além da página do CNS (na internet), e em parte porque elas não contextualizam a decisão, para que as pessoas entendam as razões da resolução. (Trecho de entrevista concedida por conselheiro nacional de saúde)

De acordo com a legislação, as resoluções só entram em vigor após a homologação do gestor respectivo, no caso, o ministro da Saúde. Como destaca um dos conselheiros nacionais entrevistados, o impacto das resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde pode variar:

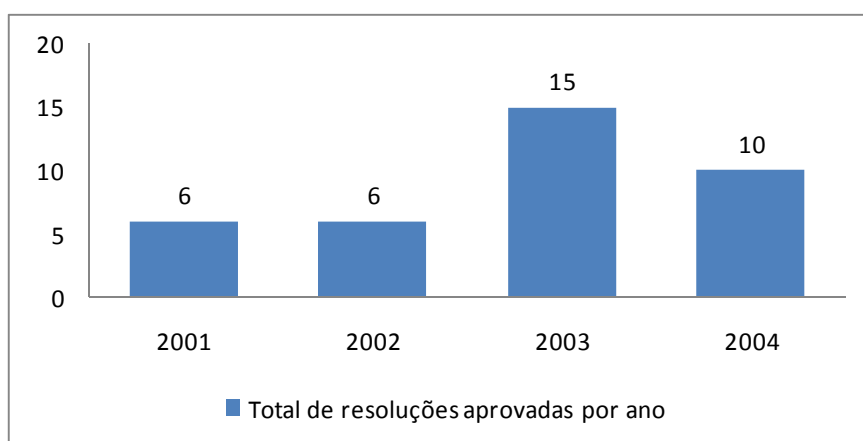
De cara, vejo três cenários: 1) as não homologadas são as que menos impactam, obviamente, pois o gestor as desconsidera; 2) as homologadas, e que têm a ver com a gestão, têm um impacto relativo, ora são mais decisivas, dão um rumo à política, fortalecem e respaldam politicamente a ação executiva (no caso daquelas em que há uma parceria estratégica e uma posição semelhante entre gestor e CNS), ora só servem para marcar a posição do CNS junto ao gestor (no caso daquelas em que o CNS diverge do gestor, o gestor até homologa para “brincar” de controle social, mas está fadada a um mero posicionamento discordante); 3) as resoluções que, por terem nascido no espaço do controle social, com uma agenda própria, não uma agenda a reboque do Executivo, têm impacto mais relevante, uma vida própria, por exemplo, as referentes à ética em pesquisa. (Trecho de entrevista concedida por conselheiro nacional de saúde)

Neste estudo, foram analisadas as resoluções aprovadas pelo CNS de 2001 a 2002 (durante o Governo FHC, nas gestões de José Serra e Barjas Negri à frente do Ministério da Saúde) e de 2003 a 2004 (no Governo Lula, na gestão do ministro Humberto Costa). Ao todo, o colegiado aprovou 37 resoluções nesses quatro anos (Anexo). Dessas, 11 não foram homologadas. Observa-se pelo Gráfico 1 que o número de resoluções aprovadas pelo CNS duplicou no biênio 2003/2004 em relação a 2001/2002.

A expressiva ampliação do número de resoluções homologadas ocorreu em função da mudança do padrão de participação do gestor federal e da ampliação do número de conselheiros nacionais em novembro de 2003. O gestor federal passou a participar do CNS e a submeter ao Plenário do Conselho as diversas políticas de saúde em construção para apreciação e votação, decisões estas que ficaram registradas na forma de resoluções.

Também aqui é importante destacar que, quando o gestor não se envolve com os conselhos, muitas demandas e os resultados de muitas produções se perdem. É essencial que o gestor participe do conselho. O conselho se ressentido desse desinteresse, também. Quando participam, precisam compreender seu papel no processo, que não é “gerir” o conselho e sim compartilhar discussões, compor deliberações e manter a atenção ao controle social, que é essencial para o SUS. (Trecho de entrevista concedida por conselheiro nacional de saúde)

Gráfico 1
Resoluções aprovadas pelo CNS de 2001 a 2004



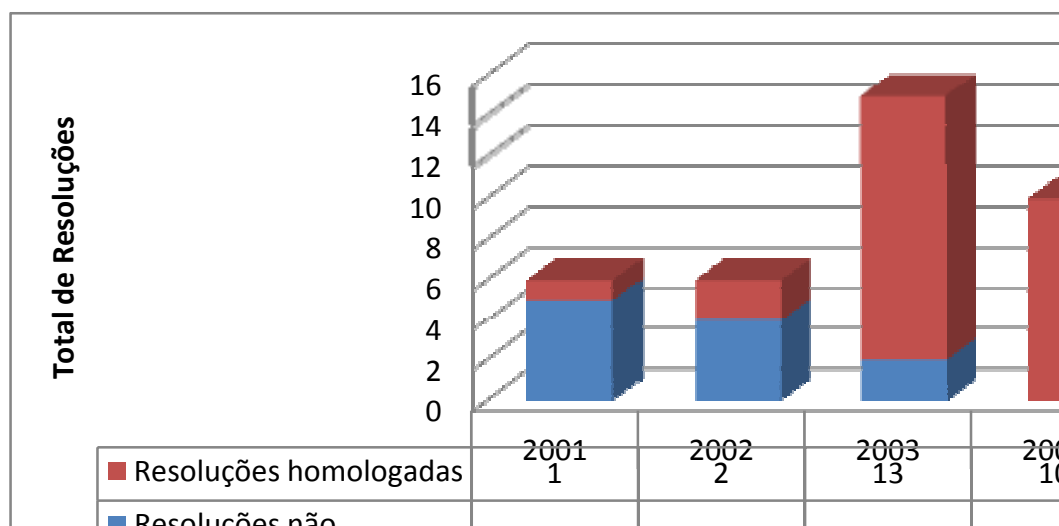
Fonte: Elaboração própria.

No período de 2001 a 2002, das 12 resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, apenas três foram homologadas pelo ministro da Saúde. De 2003 a 2004, somente duas resoluções, das 25 aprovadas pelo colegiado, não foram homologadas pelo ministro da Saúde (Gráfico 2).

Ressalte-se que muitas resoluções aprovadas e não homologadas voltaram ao Plenário do CNS em 2003, a exemplo da Resolução nº 316/2002, que foi rediscutida, aprovada e renumerada como Resolução nº 322/2003, e da Resolução nº 319/2002, amplamente rediscutida e renumerada como Resolução nº 333/2003. O período também foi profícuo na aprovação de resoluções para organizar o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, pois muitas dessas resoluções encontravam-se paradas e, ainda que o CNS autorregulasse seu

funcionamento, a homologação de resoluções em relação à composição de grupos de trabalho e comissões agregava poder aos resultados produzidos por esses fóruns.

Gráfico 2
Resoluções homologadas por ano



Fonte: Elaboração própria.

De 2001 a 2004 o CNS tratou de importantes temas e constituiu em resoluções os seguintes: Política Nacional de Saneamento Ambiental; redução de morbimortalidade por trauma e violência; conferências temáticas de saúde mental, ciência e tecnologia, e assistência farmacêutica; saúde do trabalhador; financiamento; reforma psiquiátrica; funcionamento dos conselhos; gestão da saúde no Distrito Federal; eliminação da hanseníase; saúde suplementar; e medicina tradicional. Todas as proposições contribuíram para a formação de opinião e influenciaram a política nacional de saúde, embora a correlação de forças não tenha permitido que todas as decisões fossem incorporadas nas ações do Executivo¹⁴.

A partir de 2003, o Plenário do CNS revisitou alguns temas, como a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, e buscou fortalecer sua posição diante dos ministérios da Saúde e da Educação, no que tange a pareceres referentes à abertura de cursos de medicina, odontologia e psicologia – todos consubstanciados em resoluções homologadas –, recuperando a posição do colegiado quanto à responsabilidade na educação em saúde.

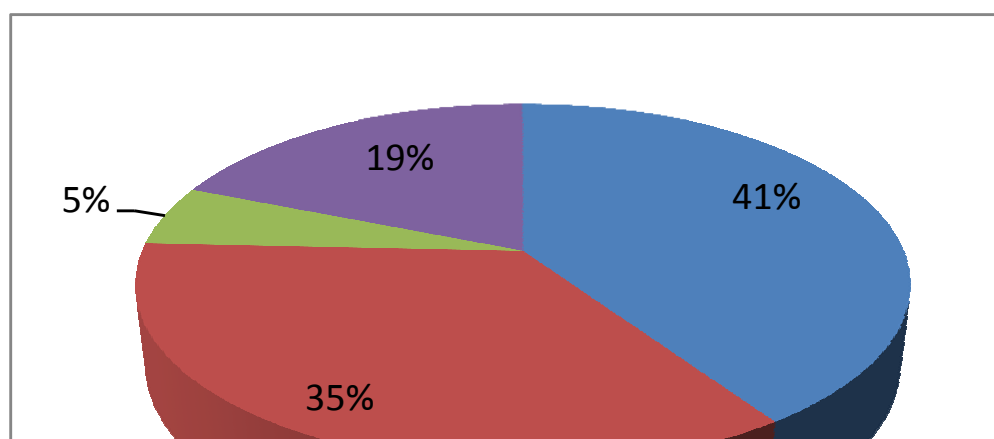
¹⁴ No arquivo anexo, encontra-se a listagem das resoluções aprovadas de 2001 a 2004, com as respectivas ementas, datas de aprovação, homologação e publicação no Diário Oficial da União.

No Gráfico 3, é possível visualizar os temas que mais suscitarão resoluções do Conselho Nacional de Saúde, no período pesquisado. *Políticas de saúde* (incluindo *assistência farmacêutica*) e *controle social* foram os dois assuntos sobre os quais o CNS mais deliberou, totalizando 28 resoluções aprovadas (76%). O segundo tema de maior destaque trata-se da *gestão do trabalho e da educação na saúde*, com sete resoluções.

Embora o número de resoluções sobre *financiamento* tenha sido menor, a repercussão dessas resoluções foi essencial para o Sistema Único de Saúde. A ampliação do poder de decisão dos movimentos sociais e da sociedade civil no SUS alterou as relações com o Estado, pois a participação da comunidade, por meio do controle social, passou a fazer parte do dia a dia dos governos.

Gráfico 3

Resoluções aprovadas pelo CNS de 2001 a 2004, por área temática



Fonte: Elaboração própria.

3.2 A composição paritária dos conselhos de saúde

A Lei nº 8.142/1990 estabeleceu a paridade na composição dos conselhos de saúde: 50% das vagas deveriam ser destinadas a usuários e 50% a gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

Embora a regra seja essencial na composição desse espaço de deliberação acerca das políticas de saúde, a sua aplicação na União, nos estados e municípios dependeu – e ainda depende – de decretos, portarias, resoluções. Por isso, observa-se que, muitas vezes, o equilíbrio proposto não é cumprido na composição dos conselhos de saúde.

Frente a esse cenário, o Conselho Nacional de Saúde aprovou em 1992 a Resolução nº 33, a qual estabeleceu, pela primeira vez, que o critério da paridade na composição desses colegiados deveria ser aplicado da seguinte forma: 50% das vagas para usuários, 25% para trabalhadores do setor e 25% para gestores ou prestadores de serviço.

De 2001 a 2004, período analisado no presente estudo, o CNS desenvolveu um processo de revisão da Resolução nº 33/1992. Nesse período, foram aprovadas duas importantes resoluções relacionadas ao funcionamento e à composição dos conselhos de saúde: Resolução nº 319/2002 e Resolução nº 333/2003. Essas resoluções pretendiam avançar nos quesitos de composição democrática dos conselhos de saúde já propostos e debatidos no Plenário do CNS e nas conferências de saúde.

Em um primeiro momento, o Conselho Nacional de Saúde, mesmo tendo aprovado a resolução que orientava a paridade na composição do Pleno, não conseguiu aplicar o critério da paridade em seu próprio colegiado. Isso porque, apesar de ter homologado a resolução, os gestores do Ministério da Saúde não se mostraram dispostos a alterar o decreto de composição do colegiado.

Nos estados e municípios, o quadro não era diferente, mas a existência de uma resolução nacional contribuía sobremaneira para induzir a criação, a composição e a democratização dos conselhos. Nos anos 1990, muitos municípios estavam em pleno processo de regulamentação de suas leis orgânicas e havia a disputa entre os movimentos sociais e a gestão se o melhor caminho seria acompanhar o Decreto nº 99.438/1990 ou a Resolução nº 33/1992 na formulação de projetos de lei para instituição de conselhos de saúde.

Ainda que não exista qualquer relação de hierarquia entre o Conselho Nacional, os estaduais e os municipais de saúde, a Resolução nº 33/1992 ganhou destaque nos conselhos, tornando-se um importante instrumento de democratização e fortalecimento do controle social.

A atuação do Conselho Nacional de Saúde no dia a dia mostrava claramente a necessidade de atualizar a Resolução nº 33 e garantir que o CNS adotasse as recomendações dispostas, especialmente as da paridade e a da eleição do presidente entre os membros do colegiado. Para tanto, em fevereiro de 2001, o CNS aprovou a criação de um grupo de trabalho (GT) para revisar a Resolução nº 33/1992, coordenado por uma conselheira representante do segmento de usuários. Na mesma ocasião, foi criado um GT para elaborar objetivos e metas para a organização das Plenárias de Conselhos de Saúde.

Apesar de, inicialmente, o prazo estabelecido para conclusão dos trabalhos do GT tenha sido de 90 dias, o processo de revisão e atualização da citada resolução durou mais de

um ano. Isso porque a discussão extrapolou o grupo de trabalho e o próprio Conselho Nacional de Saúde. O debate avançou para os conselhos estaduais e municipais de saúde. Também foram incorporadas contribuições da X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, das plenárias regionais e estaduais de conselhos de saúde, das conferências nacional, estaduais e municipais de saúde. Ao expandir o debate, a intenção era contemplar as diferentes realidades locais, como enfatizou um conselheiro nacional, ao esclarecer que “a Resolução CNS nº 33 era objeto de discussão de vários fóruns e que a definição de diretrizes mais amplas era um avanço” (Trecho Ata 125ª RO/CNS).

Nos dias 6 e 7 de novembro de 2002, durante a 125ª Reunião Ordinária, o Pleno do Conselho Nacional de Saúde debateu e aprovou a atualização das “Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde”. O novo documento foi numerado como Resolução nº 319.

Mesmo aprovada por unanimidade, a Resolução nº 319/2002 não foi homologada pelo então ministro da Saúde, Barjas Negri. Diante da não homologação, o debate sobre a estruturação e o funcionamento dos conselhos de saúde manteve-se como pauta essencial do controle social até o ano de 2003.

Com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a Presidência da República, em 2002, e o início da gestão do ministro da Saúde, Humberto Costa, em 2003, a recomposição do CNS foi destacada e tratada por meio de diversos decretos até a aprovação da Resolução nº 333, em 4 de novembro de 2003. Ao contrário do ocorrido anteriormente, a versão de 2003 foi homologada pelo ministro da Saúde exatamente como aprovada pelo Conselho Nacional. Após a homologação, o documento teve ampla divulgação e ganhou destaque nacional.

Dias após a aprovação da Resolução nº 333/2003, o presidente da República publicou o Decreto nº 4.878, de 18 de novembro de 2003, ampliando a composição do CNS de 32 para 40 membros titulares e garantindo a paridade entre as representações: 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço. Essa nova composição aumentou a participação da sociedade civil no colegiado, que passou a contar com representações do movimento de mulheres, movimento indígena e movimento popular de saúde e garantiu, sobremaneira, uma representação dos trabalhadores de saúde em consonância com a importância desse segmento para o controle social. Um passo a mais foi dado em direção ao fortalecimento dos conselhos de saúde.

Eu defendo a paridade. Eu acho que qualquer paridade é um ganho. Acho que ainda precisamos arrumar. Acho que o grande saldo disso foi a gente conseguir colocar na resolução a escolha do presidente entre os membros do conselho. Isso já foi um salto. (Trecho de entrevista concedida por conselheiro nacional de saúde)

Ao avaliar as Resoluções nº 319/2002 e nº 333/2003 e o processo de formulação dessas, verifica-se que as contribuições dos conselheiros nacionais de saúde demonstram a participação efetiva dos movimentos sociais e da sociedade civil na elaboração destes importantes instrumentos de controle social.

A primeira diretriz da Resolução nº 333/2003 partiu de proposição de uma conselheira nacional de saúde:

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo, integrante da estrutura permanente da saúde nos níveis de Governo Nacional, Estadual e Municipal e é representante no âmbito do SUS da participação direta da sociedade na formação dos atos de Governo, conforme determinação do Art. 198, Item III, da Constituição Federal e Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e, com o objetivo de exercer o controle social, atua na formulação de estratégias no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (Trecho Ata da 125ª Reunião Ordinária do CNS, em 6 e 7 de novembro de 2002)

Aqui está estabelecido o encontro da Constituição Federal de 1988 e das leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, na base de sustentação da referida resolução.

Com vistas a comprometer o Poder Executivo com as deliberações de conselhos e conferências e a democratização desses espaços, verifica-se que um conselheiro sugeriu que fosse destacado no texto da resolução que “o Poder Executivo deverá acolher as demandas da população consubstanciadas nas conferências de saúde, com relação à criação e reformulação dos conselhos” (Trecho Ata da 125ª Reunião Ordinária do CNS, em 6 e 7 de novembro de 2002).

No que tange à democratização dos conselhos de saúde, os conselheiros nacionais expressaram “apoio à proposta de o Presidente do Conselho ser eleito pelos seus membros, considerando que se tratava de recomendação das últimas Conferências de Saúde e contribuiria na democratização da participação popular” (Trecho Ata da 131ª Reunião Ordinária do CNS, em 4 e 5 de junho de 2003).

Os conselheiros nacionais de saúde também demonstraram a compreensão de que essa resolução deveria considerar a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do conselho de saúde sem desconsiderar as especificidades locais.

A conselheira nacional coordenadora do processo falou sobre a importância de ressalvar as especificidades locais, no texto da resolução, visto que muitas vezes o conjunto de movimentos nacionais indicados para compor o CNS¹⁵ inexistia no município. Daí a necessidade de valorizar o movimento social local.

Uma preocupação posta na Resolução nº 333/2003 é a preservação da autonomia dos movimentos nos conselhos e dos conselhos em relação aos poderes Executivo e Legislativo. Nas atas das reuniões do CNS, verificam-se algumas citações que indicam essa convicção configurada na proposição de que

A ocupação de cargos de confiança ou de chefia, que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro. (Resolução nº 333/2003, Terceira Diretriz, Item VI)

¹⁵ Resolução nº 333/2003, Terceira Diretriz, Inciso III – A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) de movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores;
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo, de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

Ao endossar a proposta, uma conselheira nacional destacou que

a questão era objeto de discussão das Plenárias de Conselhos e grupos e que a maior preocupação referia-se à perda de autonomia representativa, na medida em que, quando havia um compromisso empregatício ou vínculo de qualquer esfera com o Poder Público, não era possível representar. Nesse sentido, apresentou a seguinte proposta de redação [...] “Vinculações empregatícias ou não que interfiram na autonomia representativa do conselheiro devem ser avaliadas como possíveis impedimentos da representação do segmento e, a juízo das Conferências de Saúde em seu nível podem ser indicativos da substituição do conselheiro”. (Trecho Ata da 125ª Reunião Ordinária do CNS, em 6 e 7 de novembro de 2002)

Um pressuposto da Resolução nº 333 que favorece a atuação autônoma dos movimentos sociais nos conselhos é o de que “a função de Conselheiro é de relevância pública”. Portanto, a composição busca os movimentos e esses aderem não por uma remuneração, mas devido ao comprometimento com a causa.

Outra questão foi a necessária diferenciação entre o papel do conselheiro e do secretário executivo, pois a articulação entre os conselheiros na condução das atividades dos conselhos é uma premissa estabelecida, mas quando o sistema do Conselho conjugava as ações de especialistas e gestores da Secretaria Executiva com conselheiros, isso “ligava ambos de uma maneira equânime” (Trecho Ata da 125ª Reunião Ordinária do CNS, 6 e 7 de novembro de 2002). Entretanto, como as funções são distintas – o conselheiro nacional exerce uma representação política e os técnicos atuam no assessoramento –, era necessário destacar o papel de suporte administrativo exercido pelos secretários executivos diante do colegiado.

Os conselhos de saúde funcionam no espaço do poder Executivo e as ações do Executivo são seu objeto de deliberação, mas a reivindicação de um orçamento específico para o Conselho com gestão dos próprios conselheiros sempre compôs a pauta de democratização desse espaço público.

A eleição do presidente dos conselhos pelos pares, prevista na Resolução nº 333/2003, confronta os presidentes natos, quem em geral são os gestores, mas também indica que adotar modelos presidencialistas nos conselhos não permite evoluir no processo de democratização do espaço e na articulação dos conselheiros entre si e com a sociedade civil. Nesse sentido, propõe a criação de uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa na Resolução.

Os conselheiros nacionais defenderam a proposta de “mesa diretora paritária, submetida hierarquicamente ao Plenário, com o propósito de organizar e dirigir as reuniões, considerando que não influía no poder deliberativo do Pleno do Conselho” (Trecho Ata da 131^a Reunião Ordinária do CNS, em 4 e 5 de junho de 2003). Os membros da Plenária Nacional de Conselhos também se manifestaram a favor desse novo instrumento a ser adotado pelos colegiados.

Conforme demonstrado neste estudo, tanto a Lei nº 8.142/1990 quanto as Resoluções nºs 33/1992, 319/2002 e 333/2003 indicam que o Pleno dos conselhos deve se manifestar por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos e que as resoluções devem ser obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 dias.

Segundo esses dispositivos legais, caso a resolução não seja homologada no prazo e o gestor não envie justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o conselho podem buscar a validação das resoluções, inclusive recorrendo ao Ministério Público. É interessante notar que, durante o período pesquisado, as resoluções não homologadas não foram levadas ao Ministério Público.

No processo de formulação de políticas de saúde, destaca-se a Quinta Diretriz da Resolução nº 333/2003, a qual estipula a competência dos conselhos. Isso incorpora às prioridades desses colegiados a formulação sobre diversas demandas dos serviços de saúde o que induz a deliberações que ultrapassam as discussões sobre o modelo de funcionamento dos conselhos em si e para si.

A dedicação dos movimentos à produção e à aprovação de instrumentos de valorização dos conselhos de saúde tem por objetivo impulsionar o funcionamento desses fóruns e conferir poder e credibilidade às suas decisões influenciando na organização das políticas de saúde em favor da concepção de universalidade que sustenta o SUS, promovendo acesso universal à saúde integral e de qualidade.

A Resolução nº 333 foi publicada no Diário Oficial da União em 4 de dezembro de 2003 e não se constituiu em lei, decreto ou portaria, mas orientou o Plano Plurianual de Aplicações (PPA) 2004/2007 ao apontar as ações de valorização do controle social e fortalecimento da gestão participativa como estratégias de gestão pública.

3.3 A formulação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Dada a sua complexidade, a assistência farmacêutica é um tema recorrente nas reuniões das instâncias de controle social. Entre 2001 e 2004, os debates no Conselho Nacional de Saúde resultaram em duas importantes resoluções para a área. A Resolução nº 311/2000, que constituiu Grupo de Trabalho para realizar estudos e debates, articulando diferentes atores do setor de medicamentos e propôs estratégias orientadoras de políticas aplicadas na área de pesquisa e desenvolvimento tecnológico do setor farmacêutico e de reorientação da assistência farmacêutica no país. A citada resolução também propunha a convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Já na Resolução nº 338/2004 o CNS aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Os debates que deram origem à Resolução nº 311/2001 foram motivados pelas conclusões e recomendações derivadas dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos, realizada no período de 17/11/1999 a 30/5/2000, e a competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde de formular, avaliar e elaborar normas de políticas de medicamentos.

Na ocasião, ao analisar a precária situação do setor farmacêutico no país (preços altos e baixa qualidade dos produtos), os parlamentares constataram a necessidade de uma política de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, apoiada na produção de insumos farmacêuticos, a fim de diminuir gradativamente a dependência externa do país.

Na 100ª Reunião Ordinária do colegiado, em agosto de 2000, foi aprovado o documento “Balizamentos para a Atuação do CNS no Aperfeiçoamento do Setor Farmacêutico”, destacando os seguintes eixos: “a) análise e definição de diretrizes, estratégias, mecanismos e instrumentos para a implementação de um Plano Diretor para o Desenvolvimento Tecnológico Industrial do Setor Farmacêutico [...]; e b) definição de diretrizes e estratégias que possam conduzir à melhoria da racionalidade de uso dos medicamentos.” (Trecho Ata 100ª Reunião Ordinária do CNS, em 10 e 11 de agosto de 2000).

Na 107ª Reunião ordinária, em abril de 2001, o CNS aprovou a Resolução nº 311/2001, na qual o colegiado se propunha a:

- I - Promover a realização de estudos e debates, articulando os diferentes atores envolvidos na problemática da área de medicamentos, e a proposição de estratégias orientadoras de políticas aplicadas aos eixos programáticos “pesquisa e desenvolvimento tecnológico do setor farmacêutico” e “reorientação da assistência farmacêutica no país, enfatizando os sistemas de distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos”, expressos no

documento “Balizamentos para a Atuação do CNS no Aperfeiçoamento do Setor Farmacêutico” [...]

II - Promover a realização da “1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”, buscando a articulação e a participação do Congresso Nacional, da indústria, do comércio, das categorias profissionais ligadas ao assunto, dos usuários, gestores e prestadores do SUS e demais setores envolvidos com a matéria.

Mais do que viabilizar o funcionamento de um grupo de trabalho, o colegiado optou por ampliar o debate visto se tratar de assunto “repleto de interseções e problemas no conjunto do sistema de saúde”, conforme destacou uma das conselheiras presentes à reunião.

Acho que, com relação ao que foi colocado, que a questão não cabe em um grupo de trabalho que vá tratar apenas de dois eixos temáticos. Acho que isso é matéria para o Conselho, dada a amplitude da reação dos sujeitos envolvidos. Temos que reagir, no mínimo, com uma Conferência Temática, que contemple todos os setores envolvidos com a CPI dos medicamentos. (Trecho Ata da 101ª Reunião Ordinária do CNS, em 13 e 14 de setembro de 2000).

A Resolução nº 311/2001, mesmo sem ter sido homologada pelo ministro da Saúde, lançou as bases para legislações aprovadas nos anos seguintes, como bem lembrou um dos conselheiros entrevistados para este estudo:

A Resolução nº 311, que trata de medicamentos, certamente contribuiu para as decisões da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. A lei descreve as formas de dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Trecho de entrevista concedida por conselheiro nacional de saúde)

O tema da assistência farmacêutica continuou em pauta no CNS. Nas reuniões, os conselheiros nacionais enfatizavam que o colegiado deveria recomendar ao Ministério da Saúde que priorizasse, por exemplo, “a implementação efetiva da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename)” (Trecho Ata da 108ª Reunião Ordinária do CNS, em 9 e 10 de maio de 2001), o que foi incorporado aos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: “utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica” (Resolução nº 338/2004, Art. 2º, item VII).

Além das reuniões ordinárias, o colegiado promoveu oficinas, seminários e mesas redondas para expandir o debate. O relatório do Seminário de Consensualização sobre as Diretrizes e Estratégias para a Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Setor Farmacêutico, realizado em 31 de outubro de 2001, apontava, entre outras questões, para a necessidade de desenvolver uma “proposta de política nacional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos”. Essa reivindicação também se tornou um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, como consta no item X do Artigo 2º da Resolução nº 338/2004: “definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde [...]”.

A importância de o setor investir em pesquisa também foi confirmada como eixo estratégico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica:

IX - implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS; (Resolução nº 338/2004, art. 2º)

Essa era outra reivindicação das instâncias de controle social, como bem sintetiza a fala de um dos conselheiros nacionais na 142ª Reunião Ordinária do CNS, ao destacar que “o Brasil tinha condições de produzir medicamentos com qualidade e baixo custo no território nacional, mas, para isso, seria necessário investir na área de pesquisa [...]”

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2001, 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica só foi realizada em 2003, entre 15 e 18 de setembro. Nos dois anos que se passaram entre a deliberação pela realização da conferência e sua convocação, o CNS manteve firme o propósito garantir a participação dos movimentos sociais na elaboração da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Peço que o Ministério da Saúde, antes de se apressar em suas iniciativas, saiba ouvir a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, porque, no ano eleitoral, seria importante apostar nos acordos capazes de dar permanência ao Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. (Trecho Ata 116ª RO do CNS, em 6 e 7 de fevereiro de 2002)

Isso demonstra a preocupação do CNS de que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica estivesse alinhada às necessidades dos cidadãos, como ponderou um conselheiro nacional de saúde ao afirmar que “seria necessário que a assistência farmacêutica não estivesse na contramão dos debates e da vida das pessoas”. Esse mesmo conselheiro

defendeu ainda que “seria preciso favorecer sempre o fortalecimento da rede de laboratórios públicos [...]” (Trecho Ata 116^a RO do CNS, em 6 e 7 de fevereiro de 2002), o que se concretizou na Política Nacional de Assistência Farmacêutica: “ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos” (Resolução nº 338/2004, art. 2º, item VI).

Segundo a conselheira nacional de saúde que coordenou a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, esta foi resultado de amplo e longo trabalho de articulação política, técnica e operacional.

[...] a particularidade de ser a primeira Conferência que tratou do tema Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil conferiu-lhe um caráter exploratório, tanto dos temas, como dos problemas e ações inovadoras, dos entraves e das soluções criativas, da interface técnica, econômica, comercial e científica. (Trecho Ata 137ª Reunião Ordinária do CNS, em 27 e 28 de novembro de 2003)

As deliberações da conferência realizada em 2003 – com o tema “Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social” – embasaram a construção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada oito meses depois pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 338/2004).

Vale destacar que a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, elaborada com contribuições dos movimentos sociais, representou algo inédito na história do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Resolução nº 338 foi publicada no Diário Oficial da União em 20 de maio de 2004 e subsidiou o PPA 2004/2008, o orçamento federal dos anos seguintes e os programas do Ministério da Saúde e órgãos vinculados. Também está expressa na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.4 A definição de ações e gastos com saúde no orçamento público

O financiamento do SUS é uma prioridade desde a Constituição de 1988, passando pela Lei nº 8.080/1990, a Norma Operacional Básica (NOB)/1993¹⁶, pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite¹⁷, que configurou a responsabilidade financeira das três esferas de governo para com o SUS, e o Projeto de Emenda Constitucional nº 169¹⁸, aprovado em 2000, como Emenda Constitucional nº 29.

Promulgada em setembro de 2000, a Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu um novo marco para a área da saúde. A vinculação orçamentária dos recursos federais não foi aprovada, mas a vinculação dos orçamentos dos estados e municípios, sim. A EC nº 29 deveria ser regulamentada logo em seguida à aprovação em 2000. No período, os recursos federais destinados à saúde eram R\$ 20 bilhões, segundo o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), e foram recompostos ano a ano pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) e pela inflação, conforme dita a EC nº 29. Em 2011, esses recursos representam R\$ 72 bilhões.

Com a Emenda nº 29, pela primeira vez, ficou determinado na lei máxima do país que União, estados, municípios e Distrito Federal deveriam destinar, obrigatoriamente, um valor mínimo de seus orçamentos para custear ações e serviços de saúde. Ou seja, a destinação de recursos para o setor não ficaria mais à mercê de posturas governamentais, como enfatizou um conselheiro nacional ao salientar que

o modelo proposto de alocação de recursos buscava o fim de decisões casuísticas, tomadas em função de pressões políticas regionais, que nem sempre levavam em consideração as necessidades da população. (Trecho Ata da 114ª Reunião Ordinária do CNS, em 7 e 8 de novembro de 2001)

A nova redação dada ao texto constitucional representou um grande avanço. No entanto, havia necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto para garantir a

¹⁶ Instituída pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, a NOB 01/1993 estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

¹⁷ Recomendada pela Resolução nº 002/1991 do CNS e instituída pela NOB 01/1993, a Comissão Intergestores Tripartite – integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos secretários estaduais e municipais de Saúde – tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. Atualmente, é regida pela Lei nº 12.466/2011, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e sobre as comissões intergestores do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições.

¹⁸ A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169, de 1993, foi elaborada pelos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge. Nela se estabelecia que a União deveria destinar para as ações e serviços de saúde um mínimo de 30% da receita de contribuições sociais e 10% da de impostos. Para os demais entes federados, um mínimo de 10% da receita de impostos.

sua perfeita aplicação pelos agentes públicos, enquanto não era aprovada a sua regulamentação mediante lei complementar.

O Conselho Nacional de Saúde, então, reconhecendo a necessidade de expandir o debate público para a elaboração do dispositivo legal que disciplinaria a aplicação da EC nº 29, coordenou a criação de grupos técnicos e seminários para discutir o assunto, com gestores das três esferas de governo, parlamentares e membros dos Tribunais de Contas. Esses debates resultaram em subsídios importantes como o documento “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29”.

O debate acumulado em dois anos possibilitou a elaboração da Resolução nº 316, de 4 de abril de 2002, com diretrizes acerca da aplicação da EC nº 29, que englobavam, entre outras questões, a base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados.

A intenção da EC é assegurar valor mínimo de recursos. Se isso fosse feito de acordo com a vontade dos governantes, esse valor mínimo, talvez, não seria empenhado. Caso utilizasse o valor empenhado, o valor mínimo constitucionalmente definido poderia não ser respeitado. (Trecho Ata da 118ª Reunião Ordinária do CNS, em 3 e 4 de abril de 2002)

O Tribunal de Contas da União, à época, manifestou formalmente apoio à proposta do CNS, ao redigir parecer favorável à escala de cálculo sugerida pelo colegiado para a contrapartida federal de financiamento da saúde.

A Resolução nº 316 também estabelecia critérios para definição de ações e serviços de saúde: “para efeito da aplicação da EC nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde”. Para tornar o entendimento mais claro, a Resolução elencava 15 áreas de atuação, entre elas as vigilâncias epidemiológica, sanitária e nutricional, o controle de doenças, a educação para a saúde, a saúde do trabalhador, a assistência farmacêutica e a atenção aos portadores de deficiência. Com isso, o CNS buscava combater a prática de desvios de recursos financeiros da saúde para outras áreas. Ao aprovar uma resolução, os conselheiros reconheciam a importância de “transformar as diretrizes em documento normativo a fim de garantir a sua aplicabilidade”. (Trecho Ata 118ª Reunião Ordinária do CNS, em 3 e 4 de abril de 2002)

Apesar de não ter sido homologada pelo então ministro Barjas Negri – que assumiu o Ministério da Saúde no lugar de José Serra, que se desincompatibilizou do cargo para concorrer às eleições presidenciais de 2002 –, a Resolução nº 316/2002 subsidiou o Projeto de Lei nº 01/2003, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que constituiu o primeiro esforço rumo à regulamentação da EC nº 29.

Os conselheiros nacionais persistiram nas conversas com o Ministério da Saúde ressaltando a importância de que a Resolução nº 316 fosse homologada visto que “os seus critérios eram utilizados pelo Ministério Público, pelos Tribunais de Contas” (Trecho Ata 128ª Reunião Ordinária do CNS, em 12 e 3 de março de 2003). O colegiado reconhecia, no entanto, a necessidade de elaboração de outra resolução que tratasse de tópicos não contemplados na anterior.

Já na gestão do ministro Humberto Costa à frente da Saúde, o CNS debateu e referendou novamente, durante a 30ª Reunião Ordinária do colegiado, em 7 e 8 de maio de 2003, as diretrizes para aplicação da Emenda Constitucional nº 29. A Resolução nº 316/2002 foi renumerada como Resolução nº 322/2003 e homologada pelo ministro da Saúde.

O movimento social aguardava um posicionamento do Governo Federal acerca do financiamento da saúde, especialmente em relação à regulamentação da EC nº 29. O compromisso com a Resolução nº 322/2003, então, representou um marco na relação do Conselho Nacional de Saúde com o Governo Federal.

Muitos foram os movimentos de oposição a esta Resolução do CNS, principalmente dos governos estaduais. O Governo do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, impetrou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) contra a Resolução nº 322/2003. Várias organizações nacionais da sociedade civil, que compunham ou não o CNS, impetraram ações junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) utilizando um instrumento intitulado *Amicus Curiae*¹⁹ (Amigos da Causa) em favor da Resolução do Conselho Nacional de Saúde. A Adin foi julgada improcedente pelo STF, que reconheceu o caráter deliberativo do CNS sobre as políticas de saúde, sobretudo, em relação à aplicação de recursos financeiros.

A Resolução nº 322/2003, publicada no Diário Oficial da União em 5 de junho de 2003, passou a regular os gastos com saúde no Governo Federal, servido de base para a operacionalização do Siops e para a elaboração do projeto de Lei nº 01/2003 de regulamentação da EC nº 29, de autoria do deputado federal Roberto Gouveia.

¹⁹ *Amicus Curiae* (Amigos da Causa) – intervenção assistencial em processos de controle de constitucionalidade por parte de entidades que tenham representatividade adequada para se manifestar nos autos sobre questão de direito pertinente à controvérsia constitucional. O relator Gilmar Mendes admitiu o ingresso de 73 entidades na condição *amicus curiae* no processo que julgava a Adin 2.999, do Governo do Rio de Janeiro contra o CNS. O Tribunal julgou a ação em 13/03/2008 e a considerou prejudicada. Juntaram-se aos autos da ação as manifestações na condição de *amicus curiae*. Resultado: Vencida a tese no sentido do conhecimento da ação, em razão de a Resolução no 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, objetivar atender à disciplina determinada pelo Art.198 da Constituição Federal, com redação conferida pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Ação direta não reconhecida. Decisão publicada no Diário Oficial da União de 26/06/2009. (Mais informações: www.stf.jus.br)

3.5 A negociação coletiva no SUS

O Conselho Nacional de Saúde sempre manteve entre suas prioridades a pauta dos recursos humanos, acompanhando questões como o reconhecimento das profissões, a educação em saúde e a abertura de cursos. O colegiado também buscou expandir o debate com a realização de Conferências Temáticas, em 1993 e 2005.

Todos esses temas, de alguma forma, encontraram respaldo junto à sociedade e aos gestores, mas a negociação coletiva entre empregador e trabalhador no setor público não avançou, nem mesmo na Constituição Federal. Somente em 2008, o Governo Federal enviou ao Congresso Nacional a Convenção 151 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)²⁰, que indica que a negociação coletiva deve ser praticada nos serviços públicos.

Diante do cenário e apesar das adversidades, essa é uma das pautas que o Conselho Nacional de Saúde manteve viva, visto que expressa a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. À frente de seu tempo, o CNS criou a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), em 1993, por meio da Resolução nº 52. Na transição dos governos dos presidentes Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, a MNNP-SUS deixou de funcionar. Em 1998, o instrumento foi reinstalado (Resolução nº 229), mas, novamente, a falta de investimento por parte dos gestores não permitiu a sua consolidação. Em 2003, o colegiado aprovou a reinstalação da MNNP-SUS durante sua 131ª Reunião Ordinária, em 4 e 5 de junho, demonstrando o compromisso do Pleno com a democratização das relações de trabalho. Desde então, a MNNP-SUS tem tido funcionamento regular.

A gestão do trabalho e da educação em saúde ganhou destaque no Ministério da Saúde com a instituição no organograma da instituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003. Pela primeira vez, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade sobre a gestão da política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

²⁰ A Convenção 151 da OIT aplica-se a todas as pessoas empregadas pelas autoridades públicas (em todos os níveis municipal, estadual e federal) e se refere a garantias a toda organização que tenha por fim promover e defender os interesses dos trabalhadores da função pública. Nela está previsto:

- 1- Proteção contra os atos de discriminação que acarretem violação da liberdade sindical em matéria de trabalho;
- 2 - Independência das organizações de trabalhadores da função pública face às autoridades públicas;
- 3 - Proteção contra atos de ingerência das autoridades públicas na formação, funcionamento e administração das organizações de trabalhadores da função pública;
- 4 - Concessão de facilidades aos representantes das organizações reconhecidas dos trabalhadores da função pública, com permissão para cumprir suas atividades seja durante as suas horas de trabalho ou fora delas.
- 5- Instauração de processos que permitam a negociação das condições de trabalho entre as autoridades públicas interessadas e as organizações de trabalhadores da função pública;
- 6- Garantias dos direitos civis e políticos essenciais ao exercício normal da liberdade sindical. (Disponível em: <http://antigo.andes.org.br/2010/gtpfs/gtpfs/arquivos/diversos/1691.pdf>.)

A nova secretaria abrigou o apoio logístico ao funcionamento da MNNP-SUS. Essa atitude foi importante, pois sinalizou o posicionamento do gestor federal sobre o tema e revitalizou a participação dos gestores do SUS nesse espaço. Essa se configurou em uma importante conquista para os trabalhadores do setor.

Além de perceber a necessidade de construção de espaços institucionais como instrumentos de negociação dos conflitos advindos das relações de trabalho, a gestão reconheceu que nesta relação há duas partes interessadas: o movimento sindical dos trabalhadores da saúde e os gestores do SUS. Esse é o primeiro passo para o tratamento das reivindicações dos trabalhadores e dos gestores.

A reativação da Mesa Nacional recuperou o debate sobre a construção de protocolos negociados entre os trabalhadores da saúde e representantes dos governos Federal, estaduais e municipais e setor privado. Demarcou um instrumento essencial para a apresentação de reivindicações e negociação dos direitos dos trabalhadores. A Mesa Nacional é um espaço reconhecido e legitimado para negociação e promoção de avanços nas relações de trabalho, em seus variados aspectos, como política de cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, precarização do trabalho, formação, qualificação e valorização profissional.

Destacou a importância da iniciativa de reinstalação da Mesa de Negociação [...] considerando-a importante instrumento para desenvolver uma cultura de direito e deveres do gestor e dos trabalhadores. Falou dos resultados positivos da prática de negociação direta e permanente [...] para tratar dos problemas de segurança e saúde do trabalhador nas empresas, destacando que se adequava ao modelo da Mesa de Negociação do SUS. (Trecho Ata 131^a Reunião Ordinária do CNS, em 4 e 5 de junho de 2003)

A negociação coletiva assumida pelo Ministério da Saúde estimulou a criação de mesas de negociação em diversos estados e municípios, pois

concretizava a prioridade do Ministério da Saúde de construir uma Política de Recursos Humanos, que engloba o tema da gestão do trabalho e da educação na saúde no Sistema Único de Saúde por meio do processo de negociação, tendo em vista que se configurava em um fórum privilegiado para alcançar tal objetivo. (Trecho Ata 131^a Reunião Ordinária do CNS, em 4 e 5 de junho de 2003)

O processo de reativação da Mesa Nacional contou com a participação ativa dos movimentos sociais que compunham o CNS e do movimento sindical representativo dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, destaca-se que a definição da composição e das

atribuições da Mesa foi resultado de um Seminário de Negociação, com a presença de representantes dos movimentos organizados de trabalhadores da saúde.

Na 136ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 331/2003, ratificou o ato de reinstalação da MNNP-SUS. A mesma resolução propôs alterações na composição da Mesa Nacional, levando em consideração o princípio da paridade e também os debates do Seminário de Negociação. De acordo com a Resolução nº 331/2003, a ocupação das cadeiras na Mesa Nacional ficou assim definida: 11 representantes dos empregadores públicos; dois representantes patronais do setor privado; e 13 entidades sindicais de trabalhadores. Nas palavras de um conselheiro nacional de saúde, a reinstalação da Mesa Nacional,

representava importante ação política de mudança de concepção de Estado, de política para o funcionalismo público, bem como para os trabalhadores do SUS em geral. Teceu comentários sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde e propôs que o assunto fosse incluído na pauta de discussão da Mesa de Negociação do SUS. (Trecho Ata 131ª Reunião Ordinária do CNS, em 4 e 5 de junho de 2003)

Além da questão da precarização do trabalho, a Resolução nº 331/2003 estabeleceu como pautas permanentes da MNNP-SUS a negociação sobre outros temas contidos no documento *Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH)* ²¹: plano de cargos e carreira da saúde; formação e qualificação profissional; jornada de trabalho no SUS; saúde do trabalhador da saúde; critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical; seguridade de servidores; precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no setor público; instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação; reposição da força de trabalho no SUS. Para não restringir a atuação da Mesa Nacional, o Pleno do CNS fez questão de deixar registrada no texto da resolução a possibilidade de inclusão outros temas na pauta de negociações.

²¹ A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. Propõe princípios e diretrizes para a regulamentação dos seguintes itens: gestão do trabalho no SUS; política de desenvolvimento do trabalhador do SUS; política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS e o controle social da gestão do trabalho. (Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0977_M.pdf>)

A Resolução nº 331 foi publicada no Diário Oficial da União em 4 de dezembro de 2003 e aguarda-se a ratificação da Convenção 151 da OIT para regulamentação em forma de Decreto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo *A formulação de políticas de saúde no Conselho Nacional de Saúde, de 2001 a 2004*, demandou pesquisas sobre a relação entre Estado e sociedade; a democratização dos espaços públicos e os impactos que a chamada Constituição Cidadã, de 1988, estabeleceu no funcionamento do Poder Executivo, com a aprovação do controle social de políticas públicas.

Para Gruppi (1985), uma importante reflexão de Marx foi a de que “O cidadão é uma hipótese jurídica, uma forma jurídica”. Tratar essa hipótese era um desafio naqueles tempos e também o é na atualidade, pois vivemos em uma sociedade de classes e a definição de um conceito de cidadania pode significar a ampliação ou a restrição de direitos civis, políticos e sociais.

De acordo com Gramsci, essa sociedade dividida em classes sociais contava com os “aparelhos privados de hegemonia” como um patrimônio para dirigir, guiar e conduzir mudanças em favor dos direitos da classe trabalhadora.

Nogueira (2004) destacou a necessidade de que o papel do Estado seja compatível com o projeto democrático de sociedade. Tal projeto, segundo o autor, só pode ser formulado, viabilizado e defendido pela sociedade organizada para estar de acordo com os interesses da maioria tendo a democracia participativa como uma estratégia dos movimentos sociais para a disputa de projetos de sociedade.

No processo de construção e implantação do SUS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a participação de cinco mil pessoas, constituiu-se em um esplêndido espaço de formulação da sociedade civil. Seu relatório embasou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tal qual aprovado na Constituição Federal.

Inspirados nas experiências dos movimentos sociais e de profissionais de saúde que, em muitas em regiões do país, já praticavam a participação popular unidos na luta pela Reforma Sanitária, por meio de conselhos populares, foram instituídos, na década de 1990, os conselhos e as conferências de saúde. Ao lado do orçamento participativo, essas instâncias se estabeleceram como espaços efetivos da democratização das relações entre Estado e sociedade civil.

O Conselho Nacional de Saúde democratizado em 1990 investiu na produção de informações e de políticas em favor da saúde no país e valorizou sua representação social com a participação efetiva de entidades de abrangência nacional e em articulação direta com os interesses da sociedade.

Os movimentos e as lideranças forjadas neste recente período da história do país nunca tiveram dúvida de que somente a persistência, a organização permanente e o fortalecimento dos movimentos sociais, com a formação de quadros no contexto de ação dos próprios movimentos, garantiriam as mudanças necessárias e também a manutenção dessas conquistas no longo prazo.

O movimento social que precisou sair às ruas para trazer para dentro das suas casas condições de vida mais adequadas sabe que ainda há muito para conquistar, mas não despreza o que já foi alcançado. Por isso, reconhece a importância da autonomia dos movimentos sociais na definição de suas pautas de luta, de suas estratégias de organização, de seus posicionamentos públicos que num período de democracia permite a expressão de opiniões de forma independente e a liberdade de decidir sobre a sua organização.

Foram e são muitos os embates que os movimentos de saúde fazem em defesa do SUS. Nos anos de 1990, na contramão do neoliberalismo, esses movimentos combateram a desconstitucionalização do SUS, que pretendia na Reforma do Estado tratar o direito à saúde como lei ordinária e não como direito constitucional.

Em seu cotidiano, os movimentos organizados tencionam os espaços públicos pela conquista ou manutenção de direitos e ressaltam o direito de formular, fiscalizar e deliberar, conforme estabelece a Lei nº 8.142/1990.

Neste estudo identificamos que matizes políticas e ideológicas diferenciadas entre movimentos sociais e entidades da sociedade civil organizada foram tratadas com maturidade nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. As contraposições dentro do próprio movimento não são explicitadas nos instrumentos públicos do CNS, como atas e resoluções, mas é possível identificar a polarização com o gestor, que por vezes não se comprometeu com os resultados da formulação de políticas no colegiado.

A ampliação da participação de representações do movimento social em 2003 agregou novas pautas e reforçou a atuação segmentada de usuários, trabalhadores e gestores que penderam, por vezes, a um tratamento burocratizado dos debates, pautados em resultados de discussões de blocos ou frentes externos ao CNS. Quando o Conselho admite os encaminhamentos organizados por bancada, está atuando com instrumentos afetos à democracia representativa e não à democracia participativa, o que pode fragilizar o debate público e a real possibilidade de a sociedade participar efetivamente de tais discussões.

Dessa forma, nas atas encontram-se as decisões do Pleno, mas nem sempre os argumentos que as orientaram. Para apresentar o processo de formulação de políticas no CNS, deparamos com as seguintes dificuldades: a) a existência de decisões anunciadas por

representantes dos segmentos²², mas sem exemplificação dos motivos; b) a ausência de informações nas atas que possibilitem demonstrar com riqueza de detalhes os posicionamentos dos conselheiros frente aos temas debatidos; e c) o fato de muitas decisões serem comunicadas ao Plenário após negociações dos segmentos. Embora essa prática seja favorável ao funcionamento do CNS, pois significa a formulação de acordos entre as partes, só oferece resultados consolidados.

As resoluções destacadas para este estudo, de uma forma geral, refletem sobremaneira como o CNS esteve e está em consonância com a conjuntura política do país, afinal os temas *controle social e funcionamento dos conselhos; formulação e fiscalização de políticas de saúde; financiamento do SUS; e valorização dos trabalhadores da saúde* nunca saem de pauta, pois são políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde.

Durante o quadriênio pesquisado (2001 a 2004), o Conselho Nacional de Saúde também atuou em importantes ações junto à sociedade, a exemplo do debate entre os representantes dos candidatos que disputaram as eleições presidenciais em 2002 e da preparação para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou o colegiado interna e externamente durante todo o ano de 2003.

Em relação ao financiamento do setor saúde, destaque para os embates travados pelos movimentos sociais, nos últimos 11 anos, em defesa da regulamentação da EC nº 29, visando assegurar as conquistas da Resolução nº 322/2003 e ampliar os recursos financeiros para a saúde.

No que tange às ações que fortaleceram o CNS, vale lembrar do movimento “amigos da causa”, promovido por 73 entidades nacionais da sociedade civil, que impetraram ações junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) em resposta à Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) apresentada pelo Governo do Rio de Janeiro contra a Resolução nº 322/2003. Ao julgar a Adin improcedente, o STF reconheceu o caráter deliberativo do CNS sobre as políticas de saúde e, sobretudo, em relação à aplicação de recursos financeiros.

Os dados analisados neste trabalho nos permitem observar que a formulação de políticas nos conselhos é resultado da ação dos movimentos sociais em torno de temas essenciais à saúde. As proposições e soluções para as políticas de saúde com sustentação social, levadas pelos movimentos sociais para os conselhos de saúde, são formulações legítimas e representativas.

²² Os segmentos que compõe o Conselho Nacional de Saúde são usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços da área da saúde, conforme Resolução nº 333/2003.

É na autonomia dos movimentos sociais que se sustentam as demandas da sociedade com o devido recorte social. Somente os movimentos sociais organizados e autônomos agregam as condições para promover o embate em favor da inclusão social e as negociações para a construção de políticas públicas de acordo com os interesses e necessidades da população.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Sonia E.; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo. O cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. In: _____. *Introdução à cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: jul. 2011.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Rio de Janeiro: UFRJ, Cortez Editora, 1996.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do estado de 1995. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 4, jul. 2000.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. *Participação social no Brasil hoje*. São Paulo: Pólis, 1998.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (Coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, FACES, 2004. p. 95-110.

DAGNINO, Evelina (Org.). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. 2009.

FERREIRA, Marieta de Moraes. *As reformas de base*. São Paulo: CPDOC, FGV, 2011. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidenciaRepublica/As_reformas_de_base>. Acesso em: jun. 2011.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: GOHN, Maria da Glória (Org.). *Movimentos Sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. *Movimentos sociais: espaços de educação não formal da sociedade civil*. Disponível em: <<http://noticias.universia.com.br/destaque/noticia/2004/04/02/519734/movimentos-sociais-espaos-educao-no-formal-da-sociedade-civil.html>>. Acesso em: jul. 2011.

_____. *Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GOMES, Ana Lígia. Os conselhos de políticas e de direitos. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*, Brasília, UnB, Cead, n. 4, p. 162-172, 2000.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GRUPPI, Luciano. *Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci*. 5. ed. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: L&PM, 1985.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA (GECD). Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática: sociedade civil, esfera pública e gestão participativa. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp. *Revista Idéias*, Campinas, v. 5, n. 2/ v. 6, n.1, 1998-1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento E Gestão (MP). *Pesquisa de informações básicas municipais: perfil dos municípios brasileiros 2009*. Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org.). *Pesquisa Social: teoria e método*. 29. ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). Conferência Nacional de Segurança Pública. *Conselhos e Conferências*. Disponível em: <<http://www.conseg.gov.br/portal/conseg/conseg-2/conselhos-e-conferencias>>. Acesso em: jul. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

_____. Situação Sanitária da População Brasileira: apreciação geral do problema. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Niterói, RJ. **Anais...** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. 246p.

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: jul. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resoluções do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 646 p. il. (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *História do CNS*. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: jul. 2011a.

_____. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Reforma sanitária*. Disponível: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: jul. 2011b.

NEVES, Angela Vieira. Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da participação da sociedade civil. In: SEMINÁRIO NACIONAL DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais (NPMS), 2007.

_____. *Cultura política e democracia participativa. Um estudo sobre o orçamento participativo*. Rio de Janeiro: Editora Gramma, 2008a. Cap. 1.

_____. O pensamento conservador na sociedade brasileira: ambiguidades entre o público e o privado. *Revista Serviço Social e Sociedade*, ano 19, mar. 2008b.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra; MENDONÇA, Sônia Regina de. Capital social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil. Temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

PAOLI, Maria Célia; TELLES, Vera da Silva. Direitos sociais, conflitos, e negociações no Brasil contemporâneo. In: ALVAREZ, Sonia; DAGNINO, Evelina (Org.). *Cultura e política nos movimentos sociais latinoamericanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

STEIN, Rosa Helena. A descentralização político-administrativa na Assistência Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez Editora, ano XX, n. 59, mar. 1999.

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

TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade Civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ANEXO

Lista de resoluções aprovadas pelo CNS de 2001 a 2004²³

Resolução nº 308, de 8 de março de 2001

Reunião: 106ª Reunião Ordinária – 7 e 8/3/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Solicita ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República que, em face do exposto, reconsidere a decisão da Urgência Constitucional na tramitação do Projeto de Lei nº 4.147/2001, com a redefinição de um prazo de, pelo menos, 90 dias para o esclarecimento técnico, político e público das implicações para a sociedade brasileira das diretrizes sugeridas pelo referido Projeto de Lei. Solicita, em face da complexidade e das implicações de uma decisão relevante para a saúde pública, ao presidente da Câmara dos Deputados e aos líderes partidários, a conveniência de se retirar o caráter da urgência constitucional do referido Projeto, para que se viabilize a realização de um consistente debate sobre a matéria no Congresso Nacional.

Situação: Não homologada

Resolução nº 309, de 8 de março de 2001

Reunião: 106ª Reunião Ordinária – 7 e 8/3/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Aprova a proposta do Ministério da Saúde de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência. Cria Grupo de Trabalho no Conselho Nacional de Saúde, composto pelos conselheiros representantes da Comunidade Científica e da Sociedade Civil, Abrasco (Coordenador), Cobap, Conasems, CNBB, Pastoral da Criança e Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi (Fenasp), com o objetivo de acompanhar a implementação desta política, nas três esferas da Gestão do SUS, e propor ao CNS ações de informação e mobilização dos conselhos de saúde, entidades e instituições da sociedade, com vistas à elevação do tratamento desta questão ao primeiro nível de prioridade das políticas públicas e de saúde. Estabelece prazo de 30 a 60 dias para o Grupo de Trabalho apresentar um primeiro relato ao Plenário do CNS.

Situação: Não homologada

Resolução nº 310, de 5 de abril de 2001

Reunião: 107ª Reunião Ordinária – 4 e 5/4/2001

Publicação no DOU: 9/4/2001 – DOU nº 69

Assunto: Solicita ao ministro da Saúde a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, para que seja realizada em 2001, objetivando marcar a alta relevância do tema “Saúde Mental” para a população.

Situação: Em vigor

Resolução nº 311, de 5 de abril de 2001

Reunião: 107ª Reunião Ordinária – 4 e 5/4/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Promove a realização de estudos e debates, articulando os diferentes atores envolvidos na problemática da área de medicamentos, e a proposição de estratégias orientadoras de políticas aplicadas aos eixos programáticos “pesquisa e desenvolvimento tecnológico do setor farmacêutico” e “reorientação da assistência farmacêutica no país, enfatizando os sistemas de distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos”, expressos no documento “Balizamentos para a Atuação do CNS no Aperfeiçoamento do Setor Farmacêutico”.

Situação: Não homologada

²³ Lista elaborada com informações do livro *Resoluções do Conselho Nacional de Saúde*, publicado pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em 2007.

Resolução nº 312, de 7 de junho de 2001

Reunião: 109ª Reunião Ordinária – 6 e 7/6/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Que se realize um seminário do setor saúde e ambiente, com a cooperação e parceria do Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, Conass, Conasems e Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados, no sentido de aprofundar as discussões sobre o Projeto de Lei nº 4147/01, tendo também como objetivo consolidar as propostas do setor saúde e ambiente no processo de aprimoramento do referido Projeto de Lei.

Que seja convocada a Conferência Nacional de Saneamento, precedida de conferências municipais e estaduais, como fórum de ampla discussão com a sociedade brasileira.

Situação: Não homologada

Resolução nº 313, de 9 de agosto de 2001

Reunião: 111ª Reunião Ordinária – 8 e 9/8/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Institui a Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência, do Conselho Nacional de Saúde.

Situação: Não homologada

Resolução nº 314, de 7 de março de 2002

Reunião: 117ª Reunião Ordinária – 6 e 7/3/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Aprova manifestação do Plenário do CNS, solicitando à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, urgência na tramitação do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.377/1995, dada à relevância de seu conteúdo na regulamentação da execução integrada das políticas governamentais de proteção à Saúde do Trabalhador. Recomenda às entidades representadas no Conselho Nacional de Saúde o encaminhamento de manifestações no mesmo sentido para a Presidência e membros da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados. Manifesta perante a Presidência da Comissão de Seguridade

Social e Família o interesse na continuidade do assessoramento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do CNS ao Deputado relator do Projeto.

Situação: Não homologada

Resolução nº 315, de 7 de março de 2002

Reunião: 117ª Reunião Ordinária – 6 e 7/3/2001

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Recompôr, até a aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde das novas regras de organização de suas comissões e grupos de trabalho, a Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT).

Situação: Não homologada

Resolução nº 316, de 4 de abril de 2002

Reunião: 118ª Reunião Ordinária – 3 e 4/4/2002

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Aprova diretrizes acerca da aplicação da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Situação: Não homologada

Resolução nº 317, de 9 de maio de 2002

Reunião: 119ª Reunião Ordinária – 8 e 9/5/2002

Publicação no DOU: 25/7/2002 – DOU nº 142

Assunto: Reconhece que a estratégia de erradicação do *Aedes aegypti* tornou-se ineficaz, devido à enorme diversidade epidemiológica dos aglomerados urbanos no país. Reconhece a necessidade da discussão inadiável, visando equacionar ao nível das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, e da maneira mais efetiva e transparente, as duas dificuldades centrais. Prioriza o apoio e a incorporação dos agentes comunitários de saúde nas ações de combate à dengue em especial às de educação em

saúde, como componente do fortalecimento nas redes municipais de unidades básicas de saúde. Solicita aos gestores que informem regularmente as atividades executadas e os resultados alcançados no controle do *Aedes* e da dengue ao Conselho Nacional de Saúde, conselhos estaduais e municipais de saúde, mantendo a transparência dos pactos entre os gestores. Solicita que sejam remetidos aos conselhos estaduais e municipais de saúde os relatórios de gestão dos municípios e os relatórios de supervisão dos estados e do DF, bem como os relatórios de supervisão do MS/Funasa.

Situação: Em vigor

Resolução nº 318, de 5 de setembro de 2002

Reunião: 123ª Reunião Ordinária – 4 e 5/9/2002

Publicação no DOU: 4/12/2002 – DOU nº 234

Assunto: Aprova, na íntegra, as Portarias GM nº 251/2002 e SAS nº 77/2002.

Situação: Em vigor

Resolução nº 319, de 7 de novembro de 2002

Reunião: 125ª Reunião Ordinária – 6 e 7/11/2002

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Aprova as Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Situação: Não homologada

Resolução nº 320, de 25 de abril de 2003

Reunião: 24ª Reunião Extraordinária – 24 e 25/4/2003

Publicação no DOU: 9/6/2003 – DOU nº 109

Assunto: Aprova a criação da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase (CIEH), com o objetivo de assessorar o plenário do CNS na articulação e na formulação desta política.

Situação: Em vigor

Resolução nº 321, de 25 de abril de 2003

Reunião: 24ª Reunião Extraordinária – 24 e 25/4/2003

Publicação no DOU: 9/6/2003 – DOU nº 109

Assunto: Aprova a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, com o objetivo de assessorar o plenário do Conselho Nacional de Saúde na articulação e na formulação desta política.

Situação: Em vigor

Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003

Reunião: 130ª Reunião Ordinária – 7 e 8/5/2003

Publicação no DOU: 5/6/2003 – DOU nº 107

Assunto: Aprova as diretrizes acerca da aplicação da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Situação: Em vigor

Resolução nº 323, de 8 de maio de 2003

Reunião: 130ª Reunião Ordinária – 7 e 8/5/2003

Publicação no DOU: 9/6/2003 – DOU nº 109

Assunto: Aprova a criação do Grupo de Trabalho para acompanhamento das Políticas em DST e Aids, com o objetivo de assessorar o plenário do CNS na articulação e na formulação destas políticas.

Situação: Em vigor

Resolução nº 324, de 3 de julho de 2003

Reunião: 132ª Reunião Ordinária – 2 e 3/7/2003

Publicação no DOU: 5/7/2003 – DOU nº 134

Assunto: Delibera contrariamente à abertura dos cursos superiores da área de Saúde constante dos processos ora em tramitação neste Conselho Nacional de Saúde.

Situação: Em vigor

Resolução nº 325, de 3 de julho de 2003

Reunião: 132ª Reunião Ordinária – 2 e 3/7/2003

Publicação no DOU: 15/7/2003 – DOU nº 134

Assunto: Recomenda, aos excelentíssimos senhores ministros da Saúde e da Educação e ao senhor presidente do Conselho Nacional de Educação, a realização de Audiência Pública específica para a área da saúde com a Comissão Especial de Avaliação.

Situação: Em vigor

Resolução nº 326, de 18 de julho de 2003

Reunião: 26ª Reunião Extraordinária – 17 e 18/7/2003

Publicação no DOU: 28/7/2003 – DOU nº 143

Assunto: Acompanha a discussão, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do processo de desabilitação do Distrito Federal da gestão plena e o cumprimento das providências adotadas; convida o secretário de saúde do Distrito Federal, o Ministério Público Federal e o coordenador da força tarefa para prestarem esclarecimentos ao CNS e faz recomendações.

Situação: Em vigor

Resolução nº 327, de 7 de agosto de 2003

Reunião: 133ª Reunião Ordinária – 6 e 7/8/2003

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Recomenda a Desabilitação do Distrito Federal na Gestão Plena do Sistema Estadual, de acordo com o disposto na Noas/SUS nº 01/2002.

Situação: Não homologada

Resolução nº 328, de 4 de setembro de 2003

Reunião: 134ª Reunião Ordinária – 3 e 4/9/2003

Publicação no DOU: Não homologada

Assunto: Solicita inclusão do cumprimento da meta de eliminação da hanseníase na agenda de governo. E que o Ministério da Saúde promova ações no campo de eliminação da hanseníase, tais como: campanhas, abastecimento de medicamentos, legalização funcional ou trabalhista dos expacientes que trabalham em hospitais colônia, aprimoramento do Sinam, capacitação para trabalhadores e agentes de saúde, solicitando que o Ministério da Saúde apresente dados do comitê de acompanhamento referentes à hanseníase.

Situação: Não homologada

Resolução nº 329, de 4 de novembro de 2003

Reunião: 136ª Reunião Ordinária – 3 e 4/11/2003

Publicação no DOU: 4/12/2003 – DOU nº 236

Assunto: Reativa e implementa a Comissão de Saúde Suplementar com a atribuição de subsidiar a atuação no CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e a revisão do espaço institucional da regulamentação da saúde suplementar, bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde.

Situação: Em vigor

Resolução nº 330, de 4 de novembro de 2003

Reunião: 136ª Reunião Ordinária – 3 e 4/11/2003

Publicação no DOU: 4/12/2003 – DOU nº 236

Assunto: Aplica “Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”, como política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, no âmbito do SUS.

Situação: Em vigor

Resolução nº 331, de 4 de novembro de 2003

Reunião: 136ª Reunião Ordinária – 3 e 4/11/2003

Publicação no DOU: 4/12/2003 – DOU nº 236

Assunto: Ratifica o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação permanente do SUS (MNNP-SUS), ocorrida na 131ª Reunião Ordinária, em 4 e 5 de junho de 2003, de acordo com os objetivos das resoluções nº 52 e 229 e das deliberações do Pleno do Conselho para estabelecer negociação sobre os seguintes temas contidos no documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”: Plano de Cargos e Carreira e Salários (PCCS), formação e qualificação profissional, jornada de trabalho no SUS, saúde do trabalhador da saúde, critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical, seguridade de servidores, precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no setor, instalação de mesas estaduais e municipais de negociação, reposição da força de trabalho.

Situação: Em vigor

Resolução nº 332, de 4 de novembro de 2003

Reunião: 136ª Reunião Ordinária – 3 e 4/11/2003

Publicação no DOU: 4/12/2003 – DOU nº 236

Assunto: Aprova, em caráter excepcional, a composição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos.

Situação: Em vigor

Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003

Reunião: 136ª Reunião Ordinária – 3 e 4/11/2003

Publicação no DOU: 4/12/2003 – DOU nº 236

Assunto: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Revoga as Resoluções nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

Situação: Em vigor

Resolução nº 334, de 4 de novembro de 2003

Reunião: 136ª Reunião Ordinária – 3 e 4/11/2003

Publicação no DOU: 4/12/2003 – DOU nº 236

Assunto: Propõe a convocação da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS), sob o tema “O Conhecimento Trabalhando pela Equidade em Saúde”, a ser realizada no período de 24 a 27 de maio de 2004, em Brasília-DF; propõe que a portaria de convocação seja assinada pelos ministros da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia.

Situação: Em vigor

Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003

Reunião: 137ª Reunião Ordinária – 26 e 27/11/2003

Publicação no DOU: 5/2/2004 – DOU nº 25

Assunto: Aprova a “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 locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

Situação: Em vigor

Resolução nº 336, de 15 de janeiro de 2004

Reunião: 138ª Reunião Ordinária – 14 e 15/1/2004

Publicação no DOU: 3/2/2004 – DOU nº 23

Assunto: Recomenda aos senhores ministros da Saúde e da Educação e ao senhor presidente do Conselho Nacional de Educação prorrogar a suspensão total de abertura de novos cursos superiores da área da saúde por mais 60 dias.

Situação: Em vigor

Resolução nº 337, de 11 de março de 2004

Reunião: 140ª Reunião Ordinária – 10 e 11/3/2004

Publicação no DOU: 3/5/2004 – DOU nº 83

Assunto: Recomenda aos senhores ministros da Saúde e da Educação manter a suspensão da abertura de novos cursos superiores da área da saúde, conforme disposto nas Resoluções CNS nº 324, de 3 de julho de 2003, e nº 336, de 15 de fevereiro de 2004.

Situação: Em vigor

Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004

Reunião: 142ª Reunião Ordinária – 5 e 6/5/2004

Publicação no DOU: 20/5/2004 – DOU nº 96

Assunto: Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Situação: Em vigor

Resolução nº 339, de 3 de junho de 2004

Reunião: 143ª Reunião Ordinária – 2 e 3/6/2004

Publicação no DOU: 10/2/2006 – DOU nº 30

Assunto: Reativa e implementa a Comissão de Saúde Complementar com a atribuição de subsidiar a atuação do CNS, nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional da regulamentação da saúde suplementar bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde.

Situação: Em vigor

Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004

Reunião: 144ª Reunião Ordinária – 7 e 8/7/2004

Publicação no DOU: 9/8/2004 – DOU nº 152

Assunto: Aprova as Diretrizes para Análise Ética e Tramitação dos Projetos de Pesquisa da Área Temática Especial de Genética Humana.

Situação: Em vigor

Resolução nº 341, de 1º de setembro de 2004

Reunião: 146ª Reunião Ordinária – 30 e 31/8 e 1º/9/2004

Publicação no DOU: 25/10/2004 – DOU nº 205

Assunto: Apóia o Anteprojeto de Lei (APL) “Diretrizes para os Serviços Públicos de Saneamento Básico e a Política Nacional de Saneamento Ambiental”.

Situação: Em vigor

Resolução nº 342, de 7 de outubro de 2004

Reunião: 147ª Reunião Ordinária – 6 e 7/10/04

Publicação no DOU: 28/12/2004 – DOU nº 249

Assunto: Manifesta posição contrária à política de apropriação e exploração indevida, por empresas privadas, dos mananciais das águas minerais brasileiras.

Situação: Em vigor

Resolução nº 343, de 7 de outubro de 2004

Reunião: 147ª Reunião Ordinária – 6 e 7/10/2004

Publicação no DOU: 28/12/2004 – DOU nº 249

Assunto: Delibera pela reativação da Comissão Nacional de Crenologia, de caráter interinstitucional, constituída por representantes dos ministérios da Saúde, das Minas e Energia, e das Cidades, do Conselho Nacional de Saúde e de outros órgãos afins.

Situação: Em vigor

Resolução nº 344, de 11 de novembro de 2004

Reunião: 148ª Reunião Ordinária – 10 e 11/11/2004

Publicação no DOU: 29/12/2004 – DOU nº 250

Assunto: Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (CIVS).

Situação: Em vigor