

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

RENATA SCHLUMBERGER SCHEVISBISKI

**REGRAS INSTITUCIONAIS E PROCESSO DECISÓRIO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS: UMA ANÁLISE SOBRE O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
(1990-2006)**

**SÃO PAULO
2007**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

RENATA SCHLUMBERGER SCHEVISBISKI

**REGRAS INSTITUCIONAIS E PROCESSO DECISÓRIO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS: UMA ANÁLISE SOBRE O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
(1990-2006)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Professora Dra. Marta Teresa Arretche

**SÃO PAULO
2007**

**REGRAS INSTITUCIONAIS E PROCESSO DECISÓRIO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS: UMA ANÁLISE SOBRE O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
(1990-2006)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Professora Dra. Marta Teresa Arretche

Aprovado em: ___/___/___

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA

Professora Marta Teresa Arretche
Universidade de São Paulo
Presidente

Professor Eduardo César Marques
Universidade de São Paulo
Membro

Professor Renato Monseff Perissinotto
Universidade Federal do Paraná
Membro

Para minha mãe Alice.

À memória de meu pai Renato.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pelo auxílio essencial a esta pesquisa.

Agradeço a todos do Conselho Nacional de Saúde pela colaboração e fornecimento dos dados utilizados para a realização deste trabalho.

Aos conselheiros que gentilmente concederam as entrevistas.

À Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão pelo fornecimento de informações relativas ao Conselho.

À Prof^a Dr^a Marta Teresa Arretche pela orientação desta pesquisa.

Agradeço ao Prof. Dr. Renato Monseff Perissinotto pelas discussões sobre o tema.

À Professora Doutora Vera Schattan P. Coelho que fez parte da banca de qualificação.

Aos professores da banca de defesa: Prof. Dr. Eduardo Marques e Prof. Dr. Renato Monseff Perissinotto.

Às Secretárias do Departamento de Ciência Política pelo apoio e amizade.

Ao Prof. Dr. Rafael Villa pelo grande incentivo, apoio e pelas conversas que nasceram no período de graduação, na Universidade Federal do Paraná.

Às minhas queridas irmãs Simone e Alessandra pelo carinho e cuidado de sempre!

A Wagner pelo apoio e cumplicidade.

A todos os meus amigos e amigas, especialmente Karla, pelas muitas conversas e risadas, as quais trouxeram mais leveza aos meus dias. Às queridas Gil e Gerby, pelo carinho, pelos fins de tarde e fins de semana em São Paulo. À Olivia pelas conversas, tão poucas e tão boas. A todos os meus amigos queridos da UEL.

A alienação/2

Os que mandam acreditam que melhor é quem melhor copia. A cultura oficial exalta as virtudes do macaco e do papagaio. A alienação na América Latina: um espetáculo de circo. Importação, imposição: nossas cidades estão cheias de arcos do triunfo, obeliscos e partenons. (...)

Eduardo Galeano (O Livro dos Abraços)

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar os determinantes institucionais que afetam a capacidade de atuação de organismos colegiados como os Conselhos Gestores de Políticas Sociais na produção de políticas públicas. Para tanto, realiza um estudo de caso sobre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período compreendido entre 1990 e 2006.

Verificamos que as regras institucionais definem recursos importantes nas mãos do Poder Executivo, os quais servem como mecanismo de controle sobre o processo decisório da instituição. Trata-se do que denominamos “instrumentos reguladores”, recursos definidos institucionalmente, utilizados pelo Ministro de Estado da Saúde para controlar a tomada de decisão por parte do Conselho, afetando o perfil de suas políticas.

Palavras-chaves: Conselho Nacional de Saúde, Políticas Públicas, Saúde, Regras Institucionais.

ABSTRACT

The aim of the present dissertation is to analyze the institutional determinants that affect the action of collegiate bodies, such as the Managing Boards of Social Policies in the making of Public Policies. Thus, a case study is conducted on the National Health Council, in the period between 1990 and 2006.

This study confirms that the institutional rules define important resources concentrated in the hands of the Executive Power and that rules are used to control the institution's decision-making process. Its focus is what we call regulating instruments, institutionally defined resources, used by the Health Minister in order to control the Council's decision making powers.

Keywords: National Health Council, Public Policies, Health, Institutional Rules.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INSTITUIÇÕES, “REGRAS DO JOGO” E <i>VETO PLAYERS</i>	15
1. “Regras do Jogo” e Pontos de Veto em Sistemas Políticos.....	16
CAPÍTULO II - A LITERATURA SOBRE CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS SOCIAIS	25
1. Os Conselhos de Saúde	29
2. Considerações Finais	39
CAPÍTULO III - O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	41
1. A Reforma Sanitária: O Novo Desenho Institucional do Setor Saúde	41
2. A Estrutura de Participação do Sistema de Saúde Brasileiro: da União para os Municípios.....	43
3. O Conselho Nacional de Saúde e seus Diferentes Formatos Institucionais ..	45
A) PRIMEIRO PERÍODO (1954-1969).....	46
B) SEGUNDO PERÍODO (1970-1986)	50
C) TERCEIRO PERÍODO (1987-1990).....	53
D) QUARTO PERÍODO: O ATUAL CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	54
4. Considerações Finais	67
CAPÍTULO IV - DESENHO INSTITUCIONAL, PODER DE VETO E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	70
1. O Perfil das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde	73
1.1 Variações na Produção de Políticas: o índice de Resoluções	73
1.2 Perfil dos Assuntos das Resoluções.....	76
1.3 Tempo de Discussão das Resoluções e a Atuação das Comissões	81
1.4 Participação dos Atores no Encaminhamento de Resoluções para Aprovação.....	84
2. “Instrumentos Reguladores” e a Dinâmica Decisória do Conselho Nacional de Saúde	88
2.1 A Atuação dos Ministros	93
5. Considerações Finais	105
CONCLUSÃO.....	109
ANEXOS	113
BIBLIOGRAFIA	125
OUTROS DOCUMENTOS PESQUISADOS	128

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 01 (anexo) – ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE AO LONGO DO TEMPO	114
QUADRO 02 – QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	65
QUADRO 03 – MODELO DE ATUAÇÃO DE CADA MINISTRO SEGUNDO O USO DE CADA INSTRUMENTO REGULADOR	72
TABELA 01: RESOLUÇÕES POR GESTÃO PRESIDENCIAL	74
TABELA 02 – RESOLUÇÕES EMITIDAS POR REUNIÃO EM CADA GESTÃO PRESIDENCIAL.....	75
TABELA 03 – CATEGORIA GERAL DOS ASSUNTOS DAS RESOLUÇÕES....	76
TABELA 04 - TIPO DE ASSUNTO DAS RESOLUÇÕES	77
TABELA 05 – ASSUNTO DAS RESOLUÇÕES POR GESTÃO PRESIDENCIAL	79
TABELA 06 - TEMPO PARA DISCUTIR AS RESOLUÇÕES	81
TABELA 07 – DISCUSSÃO DA RESOLUÇÃO NA COMISSÃO	83
TABELA 08 – PARTICIPAÇÃO DE CADA COMISSÃO NO ENCAMINHAMENTO DE RESOLUÇÕES	84
TABELA 09 – ATORES QUE ENCAMINHARAM RESOLUÇÕES PARA APROVAÇÃO	85
TABELA 10 – PARTICIPAÇÃO DOS ATORES POR ASSUNTO DAS RESOLUÇÕES	87
TABELA 11 – HOMOLOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES	88
TABELA 12 - TEMPO PARA HOMOLOGAR AS RESOLUÇÕES.....	89
TABELA 13 – ÍNDICE DE IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES.....	89
TABELA 14 – USO DO VETO NAS RESOLUÇÕES POR GESTÃO PRESIDENCIAL.....	91
TABELA 15 – INCIDÊNCIA DE DECURSO DE PRAZO POR GESTÃO PRESIDENCIAL.....	92
TABELA 16 – ÍNDICE DE RESOLUÇÕES POR TEMPO DE GESTÃO MINISTERIAL	94
TABELA 17 – ÍNDICE DE HOMOLOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES POR GESTÃO MINISTERIAL	95
TABELA 18 – INCIDÊNCIA DE DECURSO DE PRAZO POR GESTÃO MINISTERIAL	99
TABELA 19 – USO DE INSTRUMENTOS REGULADORES POR GESTÃO MINISTERIAL	101
QUADRO 02 (continuação) – QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	117

INTRODUÇÃO

O novo desenho institucional que passou a vigorar no Brasil após a Constituição de 1988 em alguns setores importantes de políticas públicas, notadamente nas áreas de seguridade social e de saúde, aponta para duas características principais: descentralização, isto é, a transferência de responsabilidade decisória para as unidades sub-nacionais (Estados e Municípios) e participação, a qual confere ao processo decisório um viés essencialmente participativo através dos Conselhos Gestores de Políticas Sociais.

Os Conselhos, especialmente os de Saúde, podem ser compreendidos como resultantes de um movimento de contestação na década de 1980, ao padrão centralizador e autoritário do Estado e à sua capacidade para responder às demandas da sociedade por maior acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, esperava-se que a participação da sociedade organizada no interior do Estado contribuísse para tornar as políticas mais transparentes e mais adequadas aos interesses dos setores afetados pelas decisões governamentais. Ao mesmo tempo, a sociedade poderia fiscalizar as ações da burocracia estatal, imprimindo uma lógica mais democrática às decisões.

Assim, os Conselhos de Saúde possibilitariam que a sociedade participasse mais ativamente do processo decisório de políticas públicas, tornando as decisões mais transparentes e mais adequadas às demandas dos diversos atores sociais. Além disso, essa participação contribuiria positivamente para desenvolver uma cultura cívica nesses atores.

Na literatura que analisa essas instituições, observamos que os estudos consideram a participação da sociedade civil organizada como uma das principais inovações desse formato institucional. As discussões em torno dessa problemática recolocam questões importantes para a Democracia, na medida em que procuram compreender aspectos como a relação entre participação social e desenvolvimento de uma cultura cívica, a qualidade da representação nessas arenas, a posição ideológica das autoridades federais, estaduais e municipais com relação à participação.

Nesses estudos, verificamos que a capacidade que essas instituições possuem para influenciar a definição do *policy making* (produção de políticas) tem sido analisada sob a perspectiva dos determinantes da participação. A hipótese que orienta esses estudos parte do princípio de que a qualidade na participação contribuiria para a democratização do processo de decisão governamental e para que as políticas atendessem às demandas da sociedade.

Consideramos que esses estudos têm o mérito de abarcar uma parte importante da explicação sobre o funcionamento dessas instituições e sobre o perfil das políticas públicas. Entretanto, existe uma dimensão pouco privilegiada pela literatura, a qual diz respeito às regras institucionais. Como evidenciou Ellen Immergut (1996), são elas que influenciam a tomada de decisão, criando diferentes limites e oportunidades para a ação dos atores envolvidos.

Nesse sentido, consideramos que existem variáveis institucionais responsáveis por afetar a capacidade dos Conselhos para influenciar políticas públicas. Argumentamos que a atuação dessas instituições participativas no âmbito do Poder Executivo não depende apenas do perfil da participação, mas também das regras institucionais.

Esta pesquisa tem a finalidade de trazer essa contribuição, realizando um estudo de caso sobre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período compreendido entre 1990 e 2006. Partimos do pressuposto de que as regras institucionais definem recursos importantes nas mãos do Poder Executivo, os quais servem como mecanismo de controle sobre o processo decisório da instituição. Trata-se do que denominamos “instrumentos reguladores”, recursos definidos institucionalmente, utilizados pelo Ministro de Estado da Saúde para controlar a tomada de decisão por parte do Conselho e, por conseguinte, o perfil de suas políticas.

No primeiro capítulo discutimos os pressupostos da literatura teórica sobre instituições, ressaltando a importância das regras institucionais na definição de recursos como o poder de veto no âmbito de sistemas políticos. Sobre essa questão, apresentamos a contribuição de três autores: Immergut (1996), Tsebelis (1997) e Cameron (2000).

Em seguida, discutimos as principais teses que norteiam os estudos sobre Conselhos Gestores de Políticas Sociais. Como poderemos observar neste capítulo, a maior parte dessa literatura faz uma investigação sobre o perfil da participação presente nessas instituições. Consideramos que além desses fatores existem outros, de caráter institucional, influenciando essas instituições, tal como procuramos demonstrar no terceiro capítulo.

Este, por sua vez, faz uma análise da “história institucional” do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cuja criação data de 1937. Investigamos as suas diversas reformulações ao longo do tempo e, como procuraremos demonstrar, a peculiaridade nessa trajetória está no fato de que o Ministro de Estado da Saúde sempre ocupou o cargo de Presidente do CNS, a possibilidade de desempatar votações, além de uma prerrogativa fundamental: a autoridade para acatar ou não as resoluções do Conselho.

Nesse sentido, consideramos que, se por um lado os Conselhos representam uma ruptura em relação ao formato institucional que vigorou até 1990, devido à institucionalização da participação social no âmbito do Estado, por outro, manteve-se uma continuidade dada pela possibilidade aberta ao Poder Executivo – Ministro – de vetar as decisões tomadas pela instituição.

Verificar em que medida isso afeta a atuação do CNS na elaboração e fiscalização das políticas de saúde, constitui o foco de análise do quarto capítulo. Este, faz uma análise da principal forma de deliberação do Conselho Nacional de Saúde: as resoluções. Trata-se de um mapeamento detalhado com a finalidade de verificar: a) quais assuntos são objeto de resolução; b) os índices de homologação e c) implementação das resoluções; d) a atuação das comissões no processo de aprovação; e) os atores que têm participado no encaminhamento das resoluções para aprovação no plenário. Todas essas categorias são analisadas de acordo com as gestões de cada um dos Presidentes da República e considerando a vigência de cada Ministro.

Conforme poderemos observar, o uso que cada Ministro fez do que denominamos “instrumentos reguladores” contribuiu significativamente para definir

a capacidade do Conselho Nacional de Saúde transformar suas principais decisões em políticas públicas.

CAPÍTULO I

INSTITUIÇÕES, “REGRAS DO JOGO” E VETO PLAYERS

O neo-institucionalismo constitui uma corrente de estudos das Ciências Sociais que tem ressaltado o papel das instituições na compreensão dos processos políticos e sociais. Segundo essa perspectiva, as instituições importam e adquirem centralidade nas análises, as quais permeiam diferentes questões como o funcionamento do mercado, as políticas públicas, a formação das classes sociais e a constituição dos Estados nacionais.

O termo “instituição” na literatura neo-institucionalista é empregado com um significado genérico que denota limites e constrangimentos ao comportamento dos atores. Em outras palavras, uma instituição define as “regras do jogo” em termos de restrições e oportunidades aos comportamentos individuais (DIEMEIER & KREHBIEL, 2002, p. 4). Dessa forma, o que essa literatura sugere é que regras, leis, procedimentos, normas, arranjos institucionais e organizacionais influenciam o comportamento, de tal forma que em uma situação de decisão, estabelecem restrições a escolhas individuais.¹

De acordo com March e Olsen (MARCH e OLSEN, 1984), o desenvolvimento do neo-institucionalismo está relacionado à transformação que tem sido operada no plano das instituições sociais, políticas e econômicas nas últimas décadas. A literatura tem atribuído grande atenção a elas, principalmente aquelas que se referem ao legislativo, aos orçamentos, produção de políticas públicas e elites políticas. Além disso, há estudos sobre o Estado, o desenvolvimento da capacidade administrativa nacional, em análises sobre a quebra de regimes democráticos, nas discussões sobre corporativismo, entre outras análises².

¹ Em Marques (Marques, 1997) encontramos uma discussão acerca dos limites do termo instituição, posto que na literatura, o mesmo tem sido motivo de polêmica.

² March e Olsen também mencionam que as instituições políticas estão presentes nas análises marxistas que procuram pensar o Estado. Além disso, há estudos sobre as organizações formais e, particularmente, estudos sobre o papel de algumas organizações na implementação de políticas públicas. (MARCH e OLSEN, 1983, p.734)

1. “Regras do Jogo” e Pontos de Veto em Sistemas Políticos

O estudo de Ellen Immergut (IMMERGUT, 1996) se propõe analisar o processo de criação do seguro nacional de saúde na França, na Suíça e na Suécia, procurando demonstrar que embora as características dos programas propostos tenham sido semelhantes, as políticas adotadas foram muito diferentes³. O que se verificou como resultado dos conflitos que permearam a aprovação das políticas foi a constituição de três sistemas de saúde, que representam três modelos de intervenção governamental na área: o sistema sueco foi considerado como o mais socializado da Europa, o suíço o mais privatizado e o francês, uma espécie de meio-termo conflituoso entre os dois.

Na opinião de Immergut (1996), a divergência nesses resultados não pode ser explicada por diferenças de opinião entre os legisladores, pelas diferenças nas preferências de partidos políticos ou por diferenças nas preferências e na organização dos vários grupos de interesse envolvidos na questão. A tese defendida pela autora sugere que “a melhor explicação desses resultados se encontra na análise das instituições políticas de cada país. São elas que estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, buscando aprovar ou bloquear planos de ação.” (IMMERGUT, 1996, p.140)

Nessa perspectiva, portanto, verificamos que a capacidade de mudança/estabilidade das políticas está relacionada ao tipo de arranjo institucional. O ponto de partida para a explicação são as regras que compõem o desenho institucional. São elas que determinam procedimentos que facilitam ou impedem a tradução do poder político em políticas concretas. A tomada de decisão, portanto, adquire lógicas distintas, visto que o conjunto de normas institucionais define os parâmetros de ação do governo e a influência dos grupos de interesse.

Nesse estudo de caso, portanto, as diferenças na capacidade de os grupos de interesse nos três países conseguirem obter resultados políticos favoráveis, assim como as diferenças na capacidade de os governos aprovarem

³ Convém explicitar que nesse estudo, não apenas os projetos continham semelhanças, mas grupos de interesse de posição social equivalente possuíam objetivos parecidos.

suas propostas legislativas, encontra-se na dinâmica institucional do processo de tomada de decisão política. Dinâmica que foi abordada pela autora tendo em vista as regras constitucionais e os resultados eleitorais.

A fim de comprovar a sua tese, Immergut (1996) descarta aquelas explicações centradas na análise do poder de uma classe, no caso a classe médica, assim como aquelas que enfatizam o poder dos sindicatos e partidos de esquerda, para enfatizar as “regras do jogo”. Assim, voltando-se para a dinâmica institucional do processo de tomada de decisão política, a autora apresenta o seu modelo explicativo.

O número e as oportunidades de veto a que estão submetidas as decisões políticas adquire relevância na análise de Immergut (1996), visto que é capaz de determinar a sorte de uma proposta legislativa. Nesse caso, podem ser previstos vetos a partir da composição partidária das diferentes arenas políticas, assim como por meio das regras de transferência do processo decisório de uma arena para outra.

De acordo com a autora, regras formais como a separação entre os poderes Executivo e Legislativo, ou a divisão da Legislatura em duas câmaras, acabam por estabelecer a quantidade de instâncias de decisão necessária para a aprovação de uma lei e, por conseguinte, o número e a localização de potenciais vetos. Além disso, a autora aponta que as oportunidades de veto são influenciadas pelos resultados eleitorais e pelas características do sistema partidário que, por sua vez, afetam a distribuição dos representantes dos partidos nas diferentes arenas políticas.

Um sistema político, de acordo com Immergut (1996), “é a maneira pela qual as instituições políticas repartem os votos entre diferentes jurisdições, em combinação com a distribuição partidária desses votos.”(IMMERGUT, 1996, p.144) Dessa maneira, fatores políticos e institucionais dão origem a lógicas complexas de tomada de decisão, que criam diferentes oportunidades e limites para a ação, tanto dos líderes políticos quanto dos grupos de interesse.

Immergut (1996) afirma que “as normas constitucionais e os resultados eleitorais criam diferentes limitações à capacidade do governo de implantar novas

políticas. Esses obstáculos políticos e institucionais orientam o processo decisório por caminhos diferentes, em diferentes sistemas políticos. As oportunidades de veto é que determinam se a instância efetiva de decisão será a arena executiva, a arena parlamentar, ou ainda a arena eleitoral. Os mecanismos específicos de veto determinam com precisão que políticos ou eleitores têm o poder de ratificar ou rejeitar as políticas propostas”.(IMMERGUT, 1996, p. 146)

O “poder” dos grupos de interesse, de acordo com a autora, também depende de mecanismos institucionais. Segundo essa perspectiva, as oportunidades de influenciar as decisões por parte desses grupos não está associada aos recursos de que dispõem, como por exemplo, dinheiro, número de membros ou ainda, contatos que mantêm com políticos. Na verdade, a relação desses grupos com o sistema político deve ser compreendida através de uma análise da receptividade das instituições às pressões políticas.

Do estudo de Immergut (1996), portanto, pode-se depreender que as instituições é que determinam o ponto de equilíbrio entre as demandas dos vários grupos de interesse e os objetivos programáticos do Executivo. Além disso, o estudo procura ressaltar o impacto que as instituições políticas podem ter sobre a capacidade de cada um dos atores ser bem-sucedido em conflitos em torno de práticas políticas. Assim, de acordo com a autora, “propiciando diferentes oportunidades de vetar uma legislação, as instituições modificam o peso relativo dos atores, assim como as estratégias mais oportunas para defender interesses semelhantes.” (IMMERGUT, 1996, p. 148)

Sobre a questão do veto, Tsebelis (TSEBELIS, 1997) afirma que a estabilidade das políticas está relacionada ao número de veto *players*, à sua congruência e coesão. Sob o ponto de vista desse autor, um veto player é um ator individual ou coletivo cuja concordância é necessária para que se tome uma decisão política. Assim, há veto *players* institucionais, os quais são especificados pela Constituição (pesos e contrapesos) e veto *players* partidários.

O potencial de mudança de políticas, portanto, está relacionado ao desenho institucional, o qual define a capacidade de influência dos veto *players*.

Tsebelis (1997) é um autor que se posiciona criticamente frente a algumas análises que examinam diferentes variáveis como pares dicotômicos, como a distinção entre tipo de regime (parlamentarismo oposto ao presidencialismo), tipo de legislatura (unicameral contra bicameral) e sistema partidário (bipartidário ou pluripartidário). Segundo o autor, analisar esses fatores isoladamente pode induzir a erros:

meu argumento é de que a lógica do processo decisório nos sistemas presidencialista é muito parecida com a lógica de decisão dos sistemas parlamentaristas pluripartidários. O processo decisório do bicameralismo e do presidencialismo apresentam também muitas características comuns. Além disso, não pretendo discutir os prós e os contras de cada uma das alternativas institucionais (...). Em vez disso, faço uma comparação entre todas as instituições do ponto de vista de *uma única* variável importante: a capacidade de mudar as políticas públicas. Meu objetivo é proporcionar um modelo analítico coerente para a realização de comparações entre regimes, legislaturas e sistemas partidários.(TSEBELIS, 1997, p.91)

No estudo de Tsebelis (1997), a variável dependente é *potencial* de mudança de políticas existentes em diferentes contextos institucionais. A ausência deste potencial o autor denomina de *estabilidade das políticas*. Segundo o argumento do autor, a estabilidade das políticas é fonte de instabilidade do governo ou do regime. Essa interpretação baseia-se no conceito de *veto player* (ator com poder de veto) em diferentes contextos institucionais. Nesse sentido, Tsebelis (TSEBELIS, 1997, p.91) demonstra que a estabilidade das políticas aumenta com (1) o número de atores envolvidos; (2) com sua incongruência (divergência de posições políticas) e (3) com a coesão interna a cada um deles.

Tsebelis (1997) define algumas condições sob as quais é possível ou não alterar políticas: os que não estão satisfeitos com o *status quo* preferem um sistema político capaz de introduzir mudanças rapidamente; defensores do *status quo* preferem um sistema capaz de produzir políticas estáveis. Pode acontecer de as estruturas institucionais reagirem com uma velocidade maior ou menor do que seria desejável: a rapidez de uma decisão no que diz respeito à mudança de *status quo* será boa se a situação for indesejável (ou porque uma pequena maioria controla o governo), ou se um choque exógeno vier a transformar o processo

desejável. O compromisso com a não-interferência, por sua vez, pode ser preferível se o *status quo* for desejável, ou se um choque externo for benéfico. (TSEBELIS, 1997, p.92-93)

Ao falar de *veto player*, o autor define em termos de *institucional veto player* (especificados pela constituição – pesos e contrapesos) e *veto players partidários* ou *partisan veto players*, partidos que integram uma coalizão governamental⁴. De forma resumida, “pode-se dizer que se o número de *veto players* institucionais é especificado pela Constituição, o número de *veto players* partidários é especificado de modo endógeno pelo sistema de partidos e pelas coalizões de governo de cada país em particular”.(TSEBELIS, 1997, p.98)⁵

A definição do número de *veto players* para Tsebelis (1997) pode ser deduzida diretamente da definição do conceito: trata-se de qualquer ator – institucional ou partidário – capaz de bloquear a adoção de uma política. Um ator institucional só será computado como portador de um poder de veto se detiver poder formal para fazê-lo.

Segundo Tsebelis (1997), partidos diferentes devem ser computados como diferentes *veto players*. Além disso, no que diz respeito à distância entre *veto players* institucionais, isto é, as Câmaras e os Presidentes, essa distância pode variar de uma eleição para a outra. Dois *veto players* institucionais e composições políticas diferentes devem ser computados como dois atores distintos. Uma vez mais, a distância varia em função da composição das casas legislativas. Se essa composição for idêntica, os dois atores institucionais são idênticos e devem ser computados como um só.

⁴ O autor parte da premissa de que um projeto do governo tem de ser aprovado pela maioria dos atores relevantes dentro de cada partido que compõe a coalizão governamental. (TSEBELIS, 1997, p.96)

⁵ O autor menciona que há outras categorias de *veto players* em diferentes sistemas políticos: grandes grupos de interesse; representantes dos trabalhadores e das empresas; atores institucionalizados: tribunais, maiorias qualificadas exigidas pela Constituição, referendos. Em linhas gerais, o número de *veto players* varia de acordo com o assunto em discussão.” (TSEBELIS, 1997, p.100)

De um modo geral, os atores partidários devem ser computados como distintos, enquanto os atores institucionais podem ser absorvidos (ou seja, eliminados do cômputo em virtude da congruência). A consequência disso é que se os dois grupos parlamentares de todos os partidos (que ocupam assentos na Câmara e no Senado) forem idênticos, o número final de *veto players* será igual ao número de atores partidários necessários para formar o governo de coalizão. Se os grupos parlamentares dos partidos não forem congruentes, o número de *veto players* será maior que o número de partidos que integram a coalizão governamental. (TSEBELIS, 1997, p.102-103)

Entre as principais proposições de Tsebelis (1997), destacamos que a estabilidade das políticas de um sistema político aumenta de acordo com o número de *veto players*, diminui com sua congruência (na verdade, se dois atores forem completamente congruentes, eles podem ser considerados como um só) e aumenta com a coesão de cada um deles. Segundo o autor, pela lógica dos processos decisórios, para que ocorra uma mudança no *status quo*, deve haver a concordância de um certo número de *veto players*. Segundo essa abordagem, apenas três características desses atores importam: seu número, sua congruência e sua coesão.

Em linhas bem gerais, e seguindo meu argumento, os sistemas que têm múltiplos *veto players* incongruentes e coesos deverão revelar níveis mais elevados de estabilidade no processo de formulação de políticas do que os sistemas que contam apenas com um único *veto player* ou com um pequeno número de *veto players* sem coesão e congruentes. (TSEBELIS, 1997, p.107)

Portanto, a estabilidade e mudança de políticas em qualquer sistema político, seja ele presidencialismo ou parlamentarismo, em suas múltiplas feições, dependerá da concordância de um certo número de *veto players*. Analiticamente, segundo essa abordagem, apenas três características desses atores importam: seu número, sua congruência e sua coesão.

Outra perspectiva analítica relativa ao uso do veto pode ser ilustrada com o estudo de Charles M. Cameron (CAMERON, 2000). Para este autor, o uso do veto por parte dos presidentes constitui uma forma de atingir seus objetivos políticos. Num sistema de separação de poderes, o poder de veto adquire relevância estratégica, uma vez que se constitui num importante mecanismo de

barganha à disposição dos presidentes, quando se trata de perseguir metas políticas.

O que se constata, de acordo com Cameron (2000) é que o veto tende a ser utilizado com pouca frequência. Nesse caso, o autor argumenta que essa situação pode corresponder a casos de não-decisão. Em outras palavras, o Congresso age de forma a prever a possível reação do Executivo, alterando as políticas no sentido da preferência deste último. Dessa forma, os projetos de lei são “calibrados”, de forma a evitar o veto.

Tal situação, entretanto, se dá em condições onde a informação é completa. Do contrário, quando o Congresso não possui informações sobre o que o presidente pode ou não tolerar num projeto de lei, o jogo se altera no sentido de criar ricas oportunidades para que o presidente desenvolva um comportamento estratégico, mediante ameaças de veto. Assim, parte-se do pressuposto de que o comportamento do Congresso encontra-se influenciado pelas circunstâncias sob as quais se dá o uso do veto, ou seja, em situações de informação completa e incompleta. Vejamos nas palavras do autor:

A particularly interesting form of strategic behavior is the veto threat. If Congress is quite sure what the president will accept, there is no room for threats to affect congressional behavior. But if Congress is not sure how far it can push the president before provoking a veto, a veto threat may warn Congress that it is close to or over the line. Perhaps Congress responds to the threat by modifying the proposed legislation before sending it to the president. (CAMERON, 2000, p. 19)

É importante frisar que em situações de ameaça de utilização do veto, este não precisa, necessariamente, ser aplicado para surtir o efeito desejado. Segundo Cameron, “the veto does not need to be used to have an effect. Anticipation is sometimes enough. Presidents help anticipation along by making veto threats, which, somewhat amazingly, do shape legislation and head off vetoes.” (CAMERON, 2000, p. 20)

Em situações de informação incompleta, instaura-se um jogo de ameaças, cuja principal consequência se verifica na definição de políticas. Três situações foram apontadas por Cameron como características desse processo. Na primeira delas, um presidente intransigente pode usar o veto para acabar com um projeto

de lei. Nesse caso, o constante reenvio do mesmo e, por conseguinte, a manutenção do veto elimina qualquer possibilidade de promulgação da lei em questão.

Na segunda possibilidade, o presidente pode forçar o congresso a criar um novo projeto à prova de veto. Em tal situação, o presidente poderá contestar, entretanto, preferirá este à versão original. E, finalmente, o presidente pode forçar o Congresso a reescrever o projeto vetado. Feitas as concessões, o projeto repassado será assinado pelo presidente.

O que se verifica em todas essas situações é o uso do veto como mecanismo estratégico de barganha, através do qual o presidente possui condições de imprimir às políticas seus próprios interesses.

Em seu estudo, Cameron desenvolve três modelos em que o veto é concebido como barganha. O mecanismo do primeiro modelo enfatiza a lógica da antecipação, a qual se dá por meio de jogos seqüenciais, onde os atores detêm informação suficiente para prever ações e reações. Nesse caso, afirma o autor, o modelo explora como o poder de veto do presidente afeta o equilíbrio entre os poderes.

O mecanismo do segundo modelo, por sua vez, é a incerteza. O modelo demonstra como a incerteza modera a ação do Congresso e faz com que o equilíbrio de poder seja alterado, sendo até certo ponto, transferido para o presidente. Nessa situação, a incerteza favorece a atuação estratégica do Executivo, por meio do recurso à ameaça.

O mecanismo do terceiro modelo, finalmente, é a reputação. Novamente, a relação entre os atores se dá mediante jogos seqüenciais. Nesse caso, o presidente age estrategicamente, manipulando a crença em torno de sua reputação na negociação de uma lei. Em tal situação, pensando em futuras negociações, o presidente dissimula seu verdadeiro interesse naquela questão, disseminando um determinado perfil de reputação⁶.

⁶ O presidente pode se mostrar mais ou menos cooperativo de acordo com seus objetivos políticos futuros.

Verificamos que no caso das *Executive Orders*, a mudança no *status quo* vê-se condicionada por uma alteração nas preferências dos atores no âmbito do Congresso. É importante mencionar que no caso norte-americano, o caráter descentralizado do mesmo configura um ambiente marcado por múltiplos vetos. Por conseguinte, qualquer proposta de mudança que represente um deslocamento no ordenamento de preferências dos atores, tende a ser vetada.

Assim, sob o ponto de vista das políticas, todos os atores envolvidos no processo devem estar de acordo com a nova decisão. Caso contrário, o que se verifica é a existência de constantes paralisias. Nesse sentido, pode-se dizer que há uma vasta área em que é difícil modificar políticas.

No que diz respeito ao poder de veto, ficou constatado a partir da literatura, que este se torna um importante instrumento de barganha nas mãos do presidente. Na relação entre Executivo e Legislativo, a balança de poderes tende a se deslocar no sentido do primeiro, visto que este se encontra em condições de forçar o Congresso a produzir políticas no sentido de seus interesses.

Nesses termos, em situações de informação completa e incompleta, o presidente e o Congresso participam de um jogo em que antecipação, ameaças e reputação são as principais estratégias quando se trata de definir políticas.

Como foi possível observar, o foco dessa literatura recai sobre as instituições, mais especificamente, sobre o desenho institucional. Nessa perspectiva, as instituições definem “as regras do jogo” e, portanto, afetam escolhas coletivas, de tal forma que criam restrições e oportunidades ao comportamento dos atores.

Um dos aspectos importantes evidenciados por esses estudos, diz respeito aos pontos de veto aos quais estão submetidas as decisões sobre políticas, os quais são definidos pelas regras institucionais. Assim, produzir mudanças no *status quo*, ou seja, alterar políticas públicas passa a depender das oportunidades de veto, conforme elucidou Ellen Immergut (1996), do número, congruência e coesão dos *veto players*, segundo Tsebelis (1997). Além disso, o veto constitui um recurso importante como evidenciou Cameron (2000), para barganhar resultados políticos.

CAPÍTULO II

A LITERATURA SOBRE CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS SOCIAIS

A partir da Constituição Brasileira de 1988, uma institucionalidade política proliferou por todo o país, integrando a nova estrutura do Estado: os Conselhos Gestores de Políticas Sociais.

Instituídos juntamente com outros mecanismos democráticos como a iniciativa de lei popular, o plebiscito e o referendo, os Conselhos Gestores fazem parte de uma nova estrutura organizativa do Estado brasileiro, marcada pela descentralização das políticas sociais e participação da sociedade⁷.

Por todo o país foram instaurados Conselhos Gestores localizados nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), em setores como educação, saúde, emprego, além daqueles criados para atender a segmentos como a mulher, o negro, o idoso e os direitos da criança e do adolescente, garantindo a participação de representantes da sociedade civil organizada, de forma permanente.

Toda essa estrutura faz parte do Estado, apresentando atribuições deliberativas, no que diz respeito à formulação de políticas públicas, e fiscalizadoras no que se refere à sua execução e implementação. Nesse sentido, segmentos representativos da sociedade e do Estado se reúnem, a fim de deliberar e fiscalizar ações tanto do setor privado, quanto do setor público.

Esse formato institucional atraiu a atenção de vários pesquisadores preocupados em estudar aspectos como a emergência histórica dessas instituições como a atuação dos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980 na difusão desse modelo (GOHN, 2001), assim como fatores relacionados ao

⁷ No que diz respeito à área da saúde a Constituição Brasileira de 1988, em seus artigos 196 e 198, garante o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, além de prescrever que a participação da comunidade constitui uma das diretrizes que organizam esse sistema. No entanto, somente as Leis 8.080 e 8.142, promulgadas no final do ano de 1990, estabelecem os princípios organizativos do sistema, assim como regulamenta a participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde previstas nas três esferas de governo.

desenvolvimento do sistema descentralizado de políticas sociais no qual essas instituições estão inseridas (JACOBI, 2000).

Mas afinal, o que são os Conselhos Gestores de Políticas Sociais? Sob o ponto de vista de Sônia Draibe (1998), eles representam uma “nova institucionalidade”, na medida em que consolidam na esteira da democratização, “novos mecanismos de expressão, representação e participação de interesses forjados pelos movimentos sociais”.(DRAIBE, 1998, p.01)

Para a autora, essa nova estrutura de representação e participação tende a introduzir uma alteração no padrão até então vigente de formação e tomada de decisões sobre políticas sociais. Com os Conselhos, afirma Draibe, uma parte substancial da nova tessitura da vida em democracia passa a ser moldada por essas instituições, “oferecendo alternativas de expressão às ‘forças puras’ dos pretéritos movimentos sociais.” (DRAIBE, 1998, p.01)

Essas características apontadas por Draibe são consideradas por Maria da Glória Gohn (GOHN, 2001), a qual atribui ao cenário de intensas mobilizações sociais característico das décadas de 1970 e 1980, as razões que nos permitem compreender os Conselhos Gestores enquanto “nova institucionalidade” de representação social.

De acordo com Gohn (2001), a forma Conselho não constitui algo novo na história. Duas formas de conselho que existiram no século XX no Brasil são destacadas pela autora: os criados pelo próprio Poder Executivo para mediar suas relações com as organizações populares, como os Conselhos Comunitários, criados junto à administração municipal ao final da década de 1970; e os Conselhos Populares, construídos pelos movimentos de igual caráter ou por setores organizados da sociedade civil em suas relações de negociação com o poder público, ao final dos anos 1970 e parte dos anos 1980.

No que diz respeito à forma Conselho atual, a sua institucionalização pelo poder Legislativo se deu após pressões e demandas da sociedade civil. De acordo com a autora, os Conselhos se originam da tendência à institucionalização de novas relações sociais, as quais são marcadas pela “intervenção social periódica

e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública.” (GOHN, 2001, p.57)

Além disso, para Gohn (2001), os Conselhos possibilitam o reordenamento das políticas públicas na direção de formas de governança mais democráticas, em função do novo padrão de relações que se estabelecem entre Estado e sociedade, a partir da participação de segmentos sociais no processo de formulação e decisão sobre políticas públicas. (GOHN, 2001, p.83)

Ao mesmo tempo em que foi incentivada pela mobilização social e política no período citado, a criação dos Conselhos Gestores também está relacionada ao processo de descentralização pelo qual passou o Sistema Brasileiro de Proteção Social na década de 1990.

Esse processo de transferência de atribuições e competências aos Estados e Municípios permitiu, na visão de Jacobi (JACOBI, 2000), que a gestão das políticas sociais na esfera local fosse aberta à participação da sociedade no debate e na formulação dessas políticas por meio dos Conselhos Gestores.

De acordo com a perspectiva desse autor, as transformações político-institucionais decorrentes do processo de descentralização tendem a contribuir para o processo de democratização do Estado. Na medida em que “o ingresso da cidadania organizada na máquina do Estado permite conhecer melhor seu funcionamento e seus limites e estimula uma relação de co-responsabilidade e de disputa, produzindo consensos cada vez mais qualificados e ‘dissolvendo o autoritarismo do Estado tradicional sob pressão da sociedade organizada.” (JACOBI, 2000, p. 143-144)

Desse modo, na perspectiva do autor, a incorporação da sociedade civil organizada no âmbito da esfera decisória local contribui para a aproximação das relações entre Estado e sociedade, para o desenvolvimento da cidadania, assim como para a gestão compartilhada dos bens públicos.

Na perspectiva de Santos Jr. (SANTOS Jr, 2001), entretanto, o modelo de governança descentralizado, tendo nos municípios sua extensão final, é incompleto. Para o autor, que buscou analisar em que medida a descentralização e a municipalização das políticas públicas no Brasil caminham na direção do

aprofundamento da democratização da esfera local de governo, embora existam canais de interação entre governo e sociedade, tais como os Conselhos Municipais, a existência de profundas desigualdades sociais contribui para o baixo grau de participação, além de produzir graves restrições à ampla inclusão social (SANTOS Jr., 2001, p.233).

No mesmo sentido aponta o estudo realizado por Mauro Rego dos Santos (SANTOS, 2000), após constatar diferenças significativas entre os municípios e os Conselhos Municipais da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).

De acordo com a perspectiva desse autor, o modelo de participação instaurado pelos Conselhos Gestores, deve estar associado a um projeto mais amplo de democratização da esfera municipal, onde sejam identificados aspectos como o capital social existente, os principais conflitos sociais, a sobreposição de atribuições dos Conselhos, assim como a capacidade técnica para o enfrentamento dos problemas sociais” por parte dessas instâncias colegiadas. (SANTOS, 2000, p.152)

Além disso, deve ser fomentada a participação social, por meio da criação de outros espaços que articulassem as principais demandas e prioridades da população. Nesse sentido, por meio desse projeto a participação da sociedade estaria inserida, para além dos Conselhos, num conjunto mais amplo de políticas responsáveis pela criação de um processo de democratização na esfera municipal.

Esses estudos ilustram um pouco a forma que tem adquirido o debate acerca dos Conselhos Gestores. Se, por um lado essas instituições representam a possibilidade de ampliação da participação social e formas de governança mais democráticas, por outro, esse processo não é automático, visto que está condicionado às especificidades das realidades estaduais e municipais/locais nas quais os mesmos estão inseridos. No próximo tópico, abordaremos sob o ponto de vista da literatura, alguns dos principais fatores que têm influenciado a atuação dos Conselhos Gestores de Políticas Sociais no processo de deliberação/formulação e fiscalização de políticas, dando ênfase aos estudos sobre Conselhos de Saúde, objeto desta pesquisa.

1. Os Conselhos de Saúde

No âmbito da política de saúde, o movimento no sentido da criação dos Conselhos Gestores não surge no período de elaboração da Constituição Federal, mas de um processo anterior de contestação ao modelo oficial de saúde no país, iniciado na década de 1970 com o Movimento pela Reforma Sanitária. Esse movimento, sob os auspícios da abertura política, inseriu na agenda pública a necessidade de se alterar o modelo vigente de assistência, centrado no seguro social, por meio da implantação de uma nova política de serviços de cunho democratizante que garantisse acesso universal aos serviços de saúde e atendesse aos princípios de equidade, descentralização e participação social.

De forma concomitante, um processo de reformas políticas começava a surgir, a partir das primeiras ações pela abertura política, no sentido de alterar o modelo centralizado de gestão das políticas de saúde, por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Aos poucos, foi se instituindo o novo modelo político-assistencial para o setor saúde, calcado na descentralização, na equidade e na participação social. No final da década de 1980, o surgimento e proliferação dos Conselhos Gestores de Políticas Sociais interligou Estado e sociedade na gestão e controle social das políticas públicas.

Grande parte da literatura sobre o funcionamento dessas instituições tem privilegiado, em grande medida, uma avaliação acerca da efetividade de seu caráter participativo. A preocupação recorrente dos analistas reside no fato de que a simples existência de canais como os Conselhos não se revela suficiente para promover uma participação efetiva num contexto em que fatores socioculturais têm influenciado a qualidade dessa participação.

Nesse sentido, para autoras como Coelho (COELHO, 2004), aspectos como o autoritarismo do Estado brasileiro, a presença de uma cultura política autoritária - entrave ao reconhecimento do outro como cidadão -, a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns tem comprometido a efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde. (COELHO, 2004, p.256)

Dessa forma, segundo a literatura, compreender a capacidade de influência dos Conselhos sobre o processo de produção de políticas - formulação e controle social – significa compreendê-los a partir dos condicionantes da participação política.

Para avaliar o quão efetivo é o caráter participativo dos Conselhos, algumas variáveis podem ser consideradas, como, por exemplo, a relação entre participação social e desenvolvimento de uma cultura cívica (LABRA e FIGUEIREDO, 2002; RIBEIRO, 2001; FUKS, PERISSINOTTO e RIBEIRO, 2003), a forma de eleição dos representantes da sociedade civil (COELHO, 2004), a qualidade da representação dos usuários (LABRA, 2002), a orientação político ideológica do Executivo local (CORTES, 1998), etc.

O estudo de Labra e Figueiredo (LABRA & FIGUEIREDO, 2002) propõe verificar até que ponto a participação nos Conselhos de Saúde fomenta um círculo virtuoso caracterizado pelo envolvimento dos cidadãos em questões de interesse geral, pela acumulação de capital social e pelo despertar de uma cultura cívica, contribuindo, em última instância, para o fortalecimento da democracia. Os autores apontam que tal círculo é possível, pois, mesmo num contexto desfavorável ao pleno desenvolvimento de uma verdadeira cidadania⁸, os dados indicaram que os conselheiros atribuem alto valor à sua participação nessas instâncias. Além disso, essa participação os levou a se interessar por assuntos relativos ao papel e funcionamento dos poderes públicos, a buscar a superação pessoal e a acumular um capital cultural, social e político⁹. A participação, portanto, os têm levado a se sentirem mais cidadãos, mais pertencentes à comunidade e mais responsáveis perante ela pela qualidade do atendimento à saúde (LABRA e FIGUEIREDO, 2002, p.546).

Por outro lado, verificou-se que o círculo virtuoso ainda é débil, no que diz respeito às condições efetivas de participação enquanto controle social,

⁸ De acordo com os autores, a Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro onde a pesquisa foi realizada reside uma população bastante carente de todo tipo de equipamento urbano e de bens culturais, e em cujas periferias persiste uma cultura política de mando dos caciques locais e de submissão do povo a seus favores ou pressões. (LABRA & FIGUEIREDO, 2002, p.546).

⁹ Os dados referem-se a entrevistas feitas com os conselheiros.

posto que não consegue romper o círculo inverso, vicioso, alimentado por políticos e burocratas e interesses particulares empenhados em impedir que se atinja o objetivo mais importante – o acesso dos cidadãos a informações vitais, como são as relativas a quanto, onde e como se gasta o dinheiro de seus impostos no que se refere a ações destinadas a cuidar da saúde da população.(LABRA & FIGUEIREDO, 2002, p.546)

Podemos constatar, a partir dessa análise que a efetividade da participação, bem como o desenvolvimento de uma cultura cívica em instituições como os Conselhos de Saúde, está relacionada ao contexto sóciopolítico no qual está inserido. Além disso, no que diz respeito ao controle social fatores como o acesso a informação tem atuado como entraves a essa prática.

Sob o ponto de vista da participação nos Conselhos como sinônimo de uma cultura cívica, o estudo de Ednaldo Ribeiro (RIBEIRO, 2001) é mais otimista, ao analisar empiricamente as orientações políticas subjetivas partilhadas por conselheiros do CONSUL (Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina) no interior do Paraná.

De acordo com a análise do autor, a cultura política verificada entre os entrevistados tende a contribuir para o aprofundamento da participação em canais alternativos como os Conselhos. Isso se deve, particularmente, a uma combinação aparentemente contraditória entre adesão aos valores democráticos e desconfiança e rejeição às instituições representativas democráticas.

Para Ribeiro (2001), essa dicotomia está relacionada à constatação dos atores de uma efetiva incapacidade administrativa dos representantes em solucionar crises. Por consequência, há um reforço da participação na percepção dos conselheiros sobre a importância da participação popular através de canais alternativos como os Conselhos (RIBEIRO, 2001, p.110).

Em outro estudo (FUKE, PERISSINOTTO & RIBEIRO, 2003), a análise esteve voltada à relação entre cultura política e desigualdade, abarcando uma investigação dos membros dos principais Conselhos Gestores de Políticas Sociais (Conselho de Saúde, Conselho de Assistência Social, Conselho do Trabalho e Conselho da Criança e do Adolescente) no município de Curitiba, estado do Paraná.

Nessa análise, a primeira constatação dos autores aponta para o fato de que os grupos analisados possuem, em relação à população brasileira em geral, maior quantidade de recursos de cultura política e, portanto de incentivos ao ativismo político. Tanto em termos do perfil sócio-econômico, como em termos de cultura política, o grupo sob investigação constitui uma elite. Dessa forma, os autores afirmam que o entendimento corrente do Conselho como uma instituição caracterizada pela “participação ampliada” deve ser relativizada. À luz dos dados apresentados, Fuks, Perissinotto e Ribeiro consideram que:

se, de um lado, parece evidente que a participação nos conselhos amplia aquela presente nas instituições políticas tradicionais, por outro, as pesquisas existentes indicam que a emergência dos conselhos gestores de políticas públicas não superou a distinção entre uma minoria de cidadãos politicamente ativos e maioria passiva.(FUKS, PERISSINOTTO & RIBEIRO, 2003, p.129-130)

O segundo ponto investigado pelos autores analisa a cultura política como um recurso desigualmente distribuído entre os grupos que compõem as instituições analisadas¹⁰ e que, portanto, pode ser pensada como uma das bases da desigualdade política. Orientados pela questão “como se dá a distribuição da cultura política entre os diversos segmentos (usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestores) que compõem os conselhos analisados?”, os autores afirmam que as desigualdades existem, mas elas não têm qualidade “cumulativa”, ou seja, nenhum segmento possui maior quantidade de todos os recursos. Assim, embora dispersa, a desigualdade existe, sendo convertida em formas diferenciadas de influência política entre os segmentos que compõem os Conselhos¹¹.

¹⁰ Tanto o Conselho de Saúde como o Conselho de Assistência Social são compostos por quatro segmentos: os gestores (representantes do governo), os trabalhadores, os prestadores de serviço e os usuários. Há diferença, porém, no que diz respeito ao peso de cada um desses segmentos nos dois conselhos. O Conselho da Criança e do Adolescente é formado por dois segmentos: o governamental e o não-governamental, sendo este último composto apenas por prestadores de serviço.

¹¹ É importante destacar que dois segmentos são apontados como contando com condições favoráveis para atuar nos Conselhos no que se refere à posse de recursos de cultura política: os prestadores de serviço e os usuários. Entretanto, considerando o conjunto dos dados, os trabalhadores e os gestores possuem os recursos de forma mais equilibrada, segundo a opinião dos autores. (FUKS, PERISSINOTTO & RIBEIRO, 2003, p.137)

Qual seria o impacto dessas instituições sobre a cultura política dos seus membros, notadamente sobre o seu interesse por política e, como esse impacto é mediado pela natureza dos segmentos e das associações que compõem os conselhos? Segundo a interpretação de Fuks, Perissinotto e Ribeiro, há uma relação positiva entre, de um lado, ter vida associativa e, de outro, avaliar que a participação nos conselhos teve como efeito aumentar o interesse desses agentes por política. Assim, “em princípio, a avaliação de que o interesse por política aumentou seria decorrência não apenas da experiência no Conselho, mas também da existência de algum vínculo associativo externo à instituição.”(FUKS, PERISSINOTTO & RIBEIRO, 2003, p.142)

No que diz respeito à questão da representação, o estudo de Vera Schattan P. Coelho (COELHO, 2004), sobre os Conselhos de Saúde da cidade de São Paulo considera que a legitimidade e a efetiva participação nessas instituições depende em grande medida da presença de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa.

Com o intuito de investigar sob que condições os Conselhos da cidade de São Paulo conseguem fazer valer princípios de organização democráticos e baixar os custos associados à participação política dos segmentos que contam com menos capacidade de mobilização, conhecimentos técnicos e recursos comunicativos, Coelho sai em defesa de novos procedimentos de representação.

O processo de seleção praticado nessas instituições, em que os próprios conselheiros decidem quem deve atuar como representante no Conselho, contribui para que grupos excluídos não-organizados, ou mesmo grupos organizados, mas sem os mesmos vínculos políticos acabem não participando. Além disso, de acordo com os dados o processo de escolha de representantes se apresentou extremamente insulado, isto é, pouco participativo, marcado por pequena divulgação sobre o processo de escolha de representantes¹².

¹² Outro aspecto relativo à forma como é realizada a escolha do representante diz respeito ao fato de que a eleição direta em assembléia dos membros da associação não é um método generalizado, segundo a análise de Labra e Figueiredo (LABRA & FIGUEIREDO, 2002, p.544). No

É por essas razões que a autora questiona a legitimidade dessas arenas decisórias, visto que deve haver critérios e procedimentos definidos de forma a garantir que grupos excluídos ganhem espaço no processo de formulação e gestão da política de saúde¹³.

O estudo de Soraya Cortes (CORTES, 1998) também traz contribuições importantes para a compreensão dos fatores que influenciam a dinâmica de participação nos Conselhos de Saúde.

Nesse estudo, a autora afirma que aspectos como a estrutura institucional, a organização dos movimentos popular e sindical na respectiva esfera; a posição das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde com relação à participação; e a dinâmica de funcionamento do Conselho, seriam os principais determinantes que viabilizariam a experiência da participação.

Para Cortes, o funcionamento dos Conselhos é limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros. Isso significa afirmar que embora a estrutura institucional dos Conselhos seja a mesma em todo o país, porque regida por princípios constitucionais da União para os estados federados, a implementação e o funcionamento adequado dessa estrutura em termos de participação política, depende de características essencialmente locais. Além disso, o papel de atores localizados em postos de comando deve ser destacado, tendo em vista que o maior acesso a informações e aos meios essenciais para implementação de políticas faz com que esses atores detenham poder considerável de influência na tomada de decisões¹⁴.

caso dos conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, o que se constata é o duplo papel do conselheiro – representante e dirigente da associação.

¹³ A autora aponta cinco critérios para assegurar a legitimidade da representação: 1) identificar pessoas, grupos ou associações que representam interesses de alguma forma afetados pelas políticas a serem implementadas; organizar a representação de forma a 2) reproduzir o perfil sociodemográfico da população; a 3) representar as principais posições em disputa; a 4) fazer uso de princípios de ação afirmativa, ou a 5) oferecer incentivos estruturais capazes de fomentar a participação de grupos vulneráveis. (COELHO, 2004, p. 260-261)

¹⁴ No que diz respeito à influência do gestor na dinâmica interna de debate e deliberação dos Conselhos, podemos citar também o estudo de Perissinotto (2004) sobre o Conselho Municipal de Assistência Social de Curitiba. De acordo com o autor, se há um segmento que conduz as deliberações dentro do Conselho, durante as gestões analisadas, este é o segmento dos gestores. Esse controle, por sua vez, é exercido sem que qualquer debate ou contestação sejam suscitados.

Importante é apreciar a atitude dos gestores em relação à participação de usuários. Dependendo de suas preferências políticas, eles podem promover diferentes tipos de participação. São eles que definem a natureza do apoio, em termos de infra-estrutura, a ser colocada à disposição dos Conselhos. (...) A trajetória pessoal pode caracterizar os gestores como membros ativos de uma categoria profissional ou como integrantes de um *policy community* tentando influenciar o processo de decisão que tem lugar no setor público. (CORTES, 2002, p.170-171)

A atuação de grupos de interesses também produz efeitos sobre o processo participativo, segundo a perspectiva de Ribeiro (RIBEIRO, 1997). De acordo com esse autor, a ação de grupos de interesses em arenas como os Conselhos de Saúde acaba por ser institucionalizada, gerando uma dinâmica em que os conflitos e os mecanismos de constituição de consensos e rupturas passam a fazer parte da estrutura dos Conselhos, criando dois modelos básicos de interação entre grupos de interesses e atores governamentais. Cada modelo influencia o processo político de maneira diferenciada.

Um deles se baseia na “vocalização política”, em que há o predomínio de denúncias, por parte dos grupos, tendo como consequência direta a sobrecarga de demanda sobre a agenda política. O outro se baseia num modelo de “pactuação política”, expressando o predomínio de acordos entre os grupos de interesses e, portanto, a auto-limitação na formulação de demandas.

Alguns estudos têm analisado os Conselhos sob o ponto de vista do controle social. O que se constata nessas análises, no entanto, é a ausência de uma especificação sobre o que se compreende por “controle social”. Além disso, as abordagens centram-se apenas nas condições que favorecem ou não a prática do controle social, deixando de lado as possíveis consequências dessa prática para a produção de políticas públicas.

Embora se verifique essa lacuna, as análises revelam constatações importantes como as apontadas por Soraya Cortes (CORTES, 2000), Amélia Cohn, (COHN, 2000) e Antonio Ivo de Carvalho (CARVALHO, 1997) ao levantar alguns dos problemas enfrentados por essas instituições no desempenho do controle social e dos avanços que traz para a democratização do Estado.

Como consequência, o que se constata é a existência de uma certa “harmonia” no processo decisório, entre os segmentos que compõem a arena. (PERISSINOTTO, 2004, p.69)

Na perspectiva de Soraya Cortes (CORTES, 2000), o controle social no âmbito da política de saúde deve transcender a experiência dos Conselhos de Saúde, tendo em vista que o papel dessas instituições tem sido alterado em situações específicas de corrupção e de intervenção do Poder Executivo na agenda dos Conselhos.

Segundo a autora, em situações em que se constata a existência de corrupção no aparato do Poder Executivo, os Conselhos de Saúde chegam a assumir o papel que, na verdade, deveria ser exercido pelas secretarias de saúde, atuando como executores da política de saúde na instância correspondente. Além disso, em muitos casos há uma redução na área de atuação política dessas instituições, a qual passa a ser restrita ao entorno das direções do Poder Executivo na área de saúde. Um último aspecto mencionado por Cortes é o fato de a mediação de muitos projetos conflitantes deixar de ser feita no processo decisório dos conselhos, para ocorrer nos gabinetes dos gestores públicos de saúde.

Desse modo, Cortes (2000) compreende que, para além dos Conselhos de Saúde, devem ser constituídos novos mecanismos de participação, tais como Conselhos Gestores em unidades ambulatoriais e em hospitais, cujos serviços são financiados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), assim como em indústrias farmacêuticas públicas. Além disso, o controle social exercido pelos Conselhos de Saúde pode ser estimulado, por meio da maior interlocução dessas instâncias colegiadas com os Tribunais de Contas e com o Ministério Público.

Assim como Cortes, Amélia Cohn (COHN, 2000) também identifica alguns problemas que vêm sendo enfrentados pelos Conselhos de Saúde, no desempenho da atribuição fiscalizadora. De acordo com essa autora, embora essas instituições possuam um forte potencial para conduzir as políticas de saúde na direção do interesse público, o que se identifica nesses espaços é uma forte tendência à burocratização. Isso se deve às limitações que se estabelecem às deliberações, pois não sendo da alçada dos Conselhos questões de abrangência macroestrutural, estas instâncias vêm-se limitadas a discutir questões do cotidiano da administração. Além disso, como já apontado por Cortes, a agenda de reuniões

é freqüentemente composta pelo Secretário de Saúde ou por alguém de sua confiança.

Como alternativa a esses entraves, Cohn (2000) aponta para a importância do Poder Legislativo, capaz de auxiliar os Conselhos na tarefa de canalizar e representar os interesses dos amplos setores da sociedade na esfera da política de saúde.

A perspectiva desenvolvida por Antonio Ivo de Carvalho (CARVALHO, 1997) parte inicialmente de uma crítica às análises que superestimam a margem de efetividade dos Conselhos como arenas decisórias. Para ele, embora os Conselhos de Saúde constituam inovações institucionais, orientadas para alterar o padrão de recepção e processamento de demandas pelo Estado na área de saúde, no sentido do seu alargamento, não se deve partir de uma concepção ilusória de um Estado neutro, passível de ser conduzido pelos segmentos que obtenham vantagens circunstanciais nesse espaço decisório (CARVALHO, 1997, p.99).

Na visão do autor, os Conselhos promovem *accountability* vertical, mas de tal forma que não sejam concebidos como instrumentos da sociedade para guerrear, invadir ou vigiar o Estado, mas sim como “estruturas de caráter público, que, à luz do pacto do bem-comum estabelecido para a saúde, examina e acolhe demandas, compatibiliza interesses e chancela uma agenda setorial ‘de interesse público’, capaz então de parametrar a ação do Estado” (CARVALHO, 1997, p.104).

Sobre a possibilidade de construção do interesse público em arenas decisórias como os Conselhos de Saúde há o estudo de Márcio R. Sales (SALES, 2004). Este autor busca analisar empiricamente se existem condições favoráveis para a construção de interesses que sejam públicos, na esfera das decisões políticas, e que superem os interesses imediatos de determinados grupos no interior do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMSC).

Segundo o ponto de vista de Sales (2004), o interesse público “é fruto da interação de indivíduos e grupos portadores de interesses próprios. Tal interação, mesmo que por vezes provoque conflitos, é capaz de influenciar a opinião e a

vontade dos atores políticos de uma determinada instituição, desde que esta reúna condições favoráveis.”(SALES, 2004, p.33)

Entre as condições favoráveis, o autor destaca (1) a existência de debates entre os participantes do Conselho, (2) a existência de deliberações e se (3) as decisões repercutem na administração municipal. Além disso, segundo Sales, os assuntos tratados pelo conselho devem, necessariamente, (4) representar demandas públicas ou coletivas de seus sujeitos sociais, ou seja, seus assuntos não podem se limitar a questões internas ao próprio Conselho.

De acordo com o autor, embora o conselho em questão reúna três das quatro condições apontadas - existência de debates, existência de deliberação e agenda composta por assuntos substantivos e de interesse público – o mesmo se credencia como portador e sinalizador do interesse do conjunto da sociedade. As decisões, no entanto, precisam avançar no sentido de ser formalizadas através de resoluções¹⁵.

Uma última referência de estudo buscou verificar de que maneira o controle social é promovido por instituições como os Conselhos de Saúde tendo em vista a sua configuração jurídico-institucional e o seu processo decisório (SCHEVISBISKI, SALES, FUKS, 2004). Nesse artigo, quatro condições são consideradas favoráveis à prática efetiva do controle social: 1) a distribuição homogênea da participação política entre os segmentos que compõem o conselho; 2) a existência de arena politicamente ativa; 3) uma agenda substantiva voltada para o controle social; e 4) o recurso a deliberações de teor impositivo.

De acordo com as conclusões, válidas para uma arena em particular, o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, há condições ao mesmo tempo favoráveis e desfavoráveis para o exercício fiscalizador, evidenciando a complexidade e especificidade dessas arenas decisórias. Se, por um lado, a arena revela níveis substanciais de atividade política, por outro, poucas decisões tomadas pelo Conselho apresentaram um caráter eminentemente impositivo.

¹⁵ As resoluções são apontadas com certa frequência pela literatura que analisa a problemática do controle social, pois, de acordo com as normas constitucionais, cabe ao secretário de saúde homologar as decisões do Conselho consubstanciadas em Resoluções. O que se verifica em algumas situações é o gestor deixando de acatar essas resoluções (LABRA, 2002)

Dessa forma, de acordo com a interpretação dos autores, o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba atua encaminhando a maior parte das questões de caráter fiscalizatório a outras instâncias que contam com instrumentos mais eficientes para atuar nessa área, como é o caso do Ministério Público e do Poder Legislativo.

2. Considerações Finais

Como foi possível observar neste capítulo, os Conselhos Gestores são vistos pela literatura como instituições responsáveis por alterar o padrão até então vigente de formação e tomada de decisões sobre políticas sociais no Sistema Político brasileiro. De acordo com essa perspectiva, eles possibilitam um reordenamento das políticas na direção de formas de governança mais democráticas, devido ao novo padrão de relações que passam a estabelecer entre Estado e Sociedade por meio da participação de segmentos sociais no processo de formulação e decisão de políticas.

Para que possam efetivamente produzir este reordenamento os Conselhos precisam satisfazer algumas condições, relacionadas principalmente à questão da participação social. A literatura considera que um dos pressupostos para a democratização dos processos de decisão no âmbito do Estado está relacionado à existência de certos condicionantes que favoreçam a qualidade da participação social no âmbito dos Conselhos. Assim, havendo qualidade na participação dos atores - representatividade dos conselheiros perante suas entidades, qualificação em termos de conhecimentos técnicos e acesso à informação para deliberar, cultura política dos conselheiros, elevando a participação em termos de um engajamento cívico, entre outros fatores apontados pela literatura - os processos de decisão mostrar-se-iam cada vez mais democráticos e voltados para as demandas sociais.

Entretanto, convém fazermos a seguinte questão: considerando hipoteticamente que um Conselho tenha satisfeito todas essas condições relativas à participação, podemos afirmar que o mesmo consegue efetivamente influenciar a produção de políticas, tornando-as mais democráticas e afinadas com o

interesse da sociedade? Em outras palavras, a qualidade da participação é um fator suficiente para explicar a capacidade dos Conselhos para influenciar a produção de políticas?

Responder a essa questão significa considerar outros fatores que vêm atuando sobre essa participação, tais como as regras institucionais. São elas que definem, por exemplo, o poder de veto e a capacidade de aprovação das políticas por parte dos atores envolvidos no processo decisório.

Assim, no caso do Conselho Nacional de Saúde, torna-se importante saber se as suas principais decisões podem ser vetadas e, em caso positivo, por qual ator, e quais os recursos que o Conselho dispõe para aprovar suas principais decisões políticas – as resoluções. O próximo capítulo será dedicado a uma análise dessas considerações, a partir do desenho institucional do Conselho Nacional de Saúde, objeto deste trabalho.

CAPÍTULO III

O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1. A Reforma Sanitária: O Novo Desenho Institucional do Setor Saúde

A experiência atual dos Conselhos de Saúde nasce na década de 1970, num período marcado por intensas transformações no modelo político-assistencial do Sistema de Saúde Brasileiro, assim como pelo surgimento de movimentos reivindicatórios na área de saúde. A combinação desses dois fatores contribuiu para que no âmbito político-institucional fosse consolidado o Sistema Único de Saúde (SUS) e para que se constituísse a base sócio-política sobre a qual se deu a institucionalização da participação nos moldes de organismos colegiados, como os Conselhos de Saúde.

Esses movimentos reivindicatórios constituíram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que, na cena setorial, representou a inserção de novos atores, tais como intelectuais, profissionais de saúde e movimentos sociais. Dentre as principais propostas defendidas pelo Movimento estavam aquelas dirigidas à promoção de uma nova política de saúde de cunho democrático que garantisse o maior acesso aos serviços de saúde, assim como os princípios da universalidade, equidade, descentralização, universalização e participação da comunidade.

A emergência desses novos atores ativos e organizados esteve associada a um outro processo auto-reformador do sistema de saúde, a partir da segunda metade da década de 1970, caracterizado pela implantação de várias propostas como uma rede de serviços que atendesse aos princípios da hierarquização, descentralização e universalização.

O primeiro programa a implementar esses princípios foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Após quatro anos, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), o qual, na realidade, nunca saiu do papel. Logo em seguida, foi concebido o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde

Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde marca o início da participação institucional de representantes da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactuação de políticas em saúde. No corpo de propostas da Conferência, a temática da descentralização, universalização e participação adquirem densidade, além da redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios) na prestação dos serviços de saúde. Nesse momento, ganha peso e importância a sociedade civil no interior da Reforma Sanitária, adquirindo status de protagonista do processo de planejamento em saúde, entendido na sua dimensão política e social de pactuação e viabilização de políticas (CARVALHO, 1995).

A questão da democratização do aparelho estatal também constava no temário da VIII Conferência, contribuindo para que a proposta do controle sobre os processos de gestão e execução das políticas do novo sistema tivesse participação da sociedade civil organizada. Nesse sentido, o relatório final da Conferência apresentou como aspectos principais: a participação da população na gestão, execução e avaliação das ações de saúde; a formação de Conselhos de Saúde nos níveis local, municipal, regional e estadual, sendo compostos por representantes da sociedade civil organizada¹⁶.

Logo após, em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujas diretrizes anunciaram a criação do SUS em 1988 pela Constituição Brasileira, sendo elas a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras, além de uma política de recursos humanos.

Um aspecto importante do processo de formulação da proposta de reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde do país, o qual estaria

¹⁶ Para maiores informações sobre as Conferências Nacionais de Saúde, ver artigo de ESCOREL, S. e BLOCH, R. A. (2005) As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

delineado nos marcos da nova Constituição foi a formação de uma comissão, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de composição paritária (Governo/Sociedade), contribuindo mais uma vez para que o processo se caracterizasse pela concertação e pactuação de interesses.

As diretrizes encaminhadas pela Comissão para a política de saúde se resumem à universalização da atenção, a equidade no atendimento, a integralidade das ações de saúde, a descentralização e a participação dos usuários (da população) no controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando a participação efetiva dos profissionais de saúde nesse processo (CARVALHO, 1995).

Nesses termos, tal como sintetizado por Carvalho (1995), o quadro das relações Estado-Sociedade no final da década de 1980 caracterizava-se pela crescente permeabilização do Estado às demandas/reivindicações de setores sociais até então excluídos ou pouco contemplados nas agendas públicas, o que suscitou modificações na arquitetura institucional do Estado em direção à criação de espaços permanentes para esses setores através de suas representações. (CARVALHO, 1995, p.46).

2. A Estrutura de Participação do Sistema de Saúde Brasileiro: da União para os Municípios

A promulgação da nova Constituição traz alterações importantes para a política de saúde, ao estabelecer em seu artigo 196 que esta é um direito de todos e um dever do Estado, devendo-se garantir o acesso universal e igualitário. Já no que diz respeito à participação, a Constituição prescreve no seu artigo 198 que a participação da comunidade constitui uma das diretrizes que organizam o sistema de saúde, tal como se observa abaixo:

As ações de saúde e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui 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.¹⁷

Os princípios organizativos e operacionais do sistema, no entanto, apenas foram estabelecidos no final de 1990, através das Leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira delas, Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, constitui a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que regulamenta as ações e serviços de saúde e institui o SUS, além de definir as competências das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), no que diz respeito à gestão desse novo Sistema.

No que concerne à participação e aos mecanismos de controle e fiscalização, a LOS apenas estabelece a participação da comunidade no artigo 7º, inciso VIII, e a competência às três esferas de governo de definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde (Artigo 15, inciso I), sem estabelecer a existência de Conselhos de Saúde.

Somente a Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde é que institui a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde¹⁸ como instâncias colegiadas com atribuições específicas, sendo compostas paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde¹⁹.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.²⁰

¹⁷ BRASIL. Constituição (1988)

¹⁸ É importante enfatizar que a natureza das Conferências e dos Conselhos de Saúde é diferenciada, conforme o que estabelece a legislação, algo que contribui para estabelecer um papel específico a cada um desses fóruns participativos no que diz respeito à participação da comunidade, à elaboração de políticas e ao controle social.

¹⁹ A paridade diz respeito à composição do segmento “usuário” (50%), em relação aos demais segmentos.

²⁰ Lei 8.142/90, Art. 1º, §2º.

Enquanto instâncias colegiadas de caráter permanente, os Conselhos têm a prerrogativa de controlar periodicamente a execução da política, ao mesmo tempo que possuem a atribuição deliberativa. Isso torna os Conselhos instâncias sempre prontas a emitir pareceres, resoluções, num exercício cotidiano de acompanhamento das ações da burocracia estatal.

No que diz respeito às atribuições e prerrogativas de cada Conselho de Saúde, cabe ao Regimento Interno da instituição defini-las.

3. O Conselho Nacional de Saúde e seus Diferentes Formatos Institucionais

Diferentemente dos Conselhos de Saúde instituídos no Brasil a partir dos anos 1990, o Conselho Nacional de Saúde possui antecedente mais remoto, quando a Lei 378, de 13 de Janeiro de 1937, dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública, instituindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dando-lhe a atribuição de, juntamente com o Conselho Nacional de Educação, “assistir” ao Ministério.

A composição, o funcionamento e a competência do Conselho Nacional de Saúde, no entanto, foram definidas somente dezessete anos mais tarde, por meio do Decreto nº 34.347, de 08 de Abril de 1954. Desde então, vários decretos foram promulgados com a finalidade de reestruturar o Conselho Nacional de Saúde. As principais alterações, no entanto, ocorreram em sua composição conforme apontam Silva e Abreu (2002)²¹.

Com relação ao controle exercido pelo Ministério da Saúde sobre a instituição, verificamos que não há alterações, uma vez que o Ministro sempre deteve prerrogativas decisórias importantes. No que diz respeito a esse aspecto, o ano de 1990 marca uma linha mais de continuidade, do que de ruptura em relação aos formatos institucionais anteriores.

A fim de que possamos analisar esses aspectos, seguimos Silva e Abreu (SILVA e ABREU, 2002, p.43), os quais subdividem a “história institucional” do

²¹ Neste artigo é possível acompanhar as diversas alterações na composição do Conselho Nacional de Saúde ao longo do tempo.

CNS em três períodos distintos: 1) Primeiro Período: 1954-1969; 2) Segundo Período: 1970-1986; e 3) Terceiro Período: 1987-1990²². Podemos acrescentar ainda um quarto período, a partir de 1990, correspondendo ao período em que estamos analisando.

A) PRIMEIRO PERÍODO (1954-1969)

Entre os anos 1937 e 1954, o Conselho Nacional de Saúde permaneceu inativo, uma vez que necessitava de decreto específico que o regulamentasse. Nesse período, o desenho institucional do setor saúde atrelava saúde à educação, por meio do Ministério da Educação e Saúde - MES²³. Somente em 1953 é que se estabelece a separação, criando-se o Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 34.596, de 16 de Novembro de 1953²⁴.

O primeiro Regimento do Conselho Nacional de Saúde²⁵ promulgado no governo Vargas, estabeleceu que o mesmo seria composto por dezessete membros, sendo que dois dos mais importantes departamentos - de saúde e da criança - estavam presentes²⁶:

O Conselho Nacional de Saúde era presidido pelo Ministro de Estado e, nos seus impedimentos, pelo Chefe de Gabinete. A secretaria do conselho ficava a cargo de um servidor do Ministério da Saúde, designado pelo Ministro. As deliberações do Conselho eram tomadas por maioria dos membros presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade. Além disso, ficou estipulado que os

²² Os autores não discutem os decretos e as alterações promovidas no Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde ao longo dos anos 1990. Neste trabalho, pretendemos analisar essas alterações.

²³ Em 1937, o antigo Ministério da Educação e Saúde Pública passa a denominar-se Ministério da Educação e Saúde, tal como disposto no Decreto nº 378, de 13/01/1937. O Conselho Nacional de Saúde passa a fazer parte dessa nova estrutura.

²⁴ Uma discussão mais aprofundada sobre as variáveis políticas que interferiram na criação do Ministério da Saúde, pode ser encontrada em HAMILTON, W. & FONSECA, C. O. Políticas, Atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(3): 791-826, 2003.

²⁵ Decreto nº 34.347, de 8 de Abril de 1954.

²⁶ O Ministério da Saúde era composto pelos seguintes órgãos: Gabinete do Ministro (G.M.), Conselho Nacional de Saúde (C.N.S.), Comissão Nacional de Alimentação (C.N.A.), Seção de Segurança Nacional (S.S.N.), Serviço de Documentação (S.D.), Serviço de Estatística da Saúde (S.E.S.), Departamento de Administração (D.A.), Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), Departamento Nacional da Criança (D.N. Cr.) e Instituto Oswaldo Cruz (I.O.C.)

membros do conselho receberiam uma gratificação que variava de Cr\$ 1.000,00 a Cr\$ 4.000,00 cruzeiros por mês.

Em 1959, no governo Kubitschek, um novo decreto²⁷ modificou a composição do Conselho Nacional de Saúde, aumentando de dezessete para vinte e quatro os membros do conselho.

No ano seguinte, em 1960, o Regimento do conselho é novamente alterado²⁸. Em 1962, o Decreto nº 847, de 05 de Abril de 1962, consolidou e modificou a legislação, revogando todas as disposições anteriores. Nele, são estabelecidas pela primeira vez as competências do CNS, sendo que este passa a ser composto por vinte e seis membros, destacando-se a presença do Presidente do Conselho de Medicina da Previdência Social do Ministério do Trabalho²⁹.

De acordo com o decreto, os membros não pertencentes aos quadros burocráticos do Estado deveriam ser nomeados pelo Presidente da República, mediante indicação do Ministro de Estado da Saúde.

Nesse período, portanto, o Conselho Nacional de Saúde apresentou um desenho institucional em que estavam presentes os principais atores do setor, tanto do lado do Estado, agregando diretores dos principais departamentos (Departamento Nacional de Saúde, de Endemias Rurais e da Criança) e outros Ministérios – Trabalho e Educação; como do lado da sociedade, entendida aqui como associações técnico-científicas - Academia Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Higiene³⁰ e Associação Interamericana de Engenharia Sanitária.

²⁷ Decreto nº 45.913, de 29 de Abril de 1959.

²⁸ Decreto nº 47.793, de 11 de Fevereiro de 1960.

²⁹ A distinção estabelecida na prestação de serviços de saúde durante o governo Vargas, em que, de um lado havia a assistência médica individual previdenciária, destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos, desenvolvida pelo Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, e do outro, o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), cuja assistência era destinada aos que não se encontravam na área de abrangência da medicina previdenciária – pobres, desempregados -, torna relevante a presença de um representante da Previdência Social no Conselho Nacional de Saúde. Isso porque, indica a promoção de um processo de interlocução importante na área da saúde, dada a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde que acabou por marcar as ações de saúde no Brasil. Entretanto, somente uma pesquisa mais detida nesse período poderia elucidar com mais clareza o que estamos indicando.

³⁰ Fundada em 1923, sob a presidência de Carlos Chagas, à época diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, a Sociedade Brasileira de Higiene era constituída por sanitaristas,

O caráter consultivo do conselho passa a ser estabelecido, mediante a definição das seguintes competências:

- Examinar questões ou problemas que digam respeito à Saúde – sua promoção, proteção e recuperação – propondo o estudo de medidas adequadas à sua solução;
- Propor a realização de indagação científica, pesquisas e estudos para esclarecimentos de fatos de relevante interesse no campo da saúde pública;
- Opinar sobre trabalho com risco de vida insalubre e nocivo à saúde;
- Opinar sobre matéria submetida à sua apreciação por dispositivo legal ou solicitação do Ministro da saúde, sobre assuntos pelo mesmo julgados oportunos.

Além disso, o artigo 6º do decreto estabelece que o conselho sempre será consultado sobre normatizações na área da saúde e, principalmente, sobre questões orçamentárias, tal como abaixo relacionado:

- Regulamentos, regimentos, normas, projetos de decretos e de leis, atinentes a problemas de saúde, na esfera de ação do Ministério da Saúde;
- Convênios internacionais relativos a questões de saúde;
- Composição da proposta orçamentária anual do Ministério da Saúde, podendo oferecer sugestões, quando julgadas necessárias e oportunas;
- Denegação e revogação de registro de especialidades farmacêuticas, quando submetidas à apreciação do Ministro da Saúde, em grau de recurso.

O que se verifica é que o Conselho adquiriu a possibilidade de propor mudanças no orçamento anual da saúde. Além disso, foram estabelecidas regras para suas reuniões e votações.

sendo que entre os seus objetivos estava servir como espaço de organização nacional de especialistas na área e fomentar o debate científico em torno dos problemas e soluções das questões sanitárias do país. De acordo com MERHY (1992) a sociedade também pretendia aumentar a influência dos médicos e sanitaristas na definição das políticas públicas para o setor.

Novamente, são promovidas alterações no desenho institucional do Conselho Nacional de Saúde, por meio do Decreto nº 55.242, de 18 de Dezembro de 1964. A reestruturação do Conselho se deu de tal forma que se eliminou a relação com a Previdência, visto que estava prevista a participação do Presidente do Conselho de Medicina da Previdência Social do Ministério do Trabalho. Além disso, o Conselho deixou de opinar sobre questões orçamentárias, sendo que suas competências foram definidas de forma mais genérica³¹.

Nesse último decreto, verificamos que o Conselho Nacional de Saúde passou a opinar apenas sobre matérias que lhe fossem submetidas por força de disposição legal ou sob solicitação do Ministro de Estado. O que se verifica, portanto, é o fato de o Conselho não possuir mais a possibilidade institucional de estabelecer sua própria agenda. O Ministério permaneceu hegemônico no plenário. Além disso, conforme já indicamos, a Previdência deixou de ter participação no conselho.

A legislação analisada mostra que todos os representantes eram escolhidos pelo Executivo, sejam eles funcionários do próprio Ministério da Saúde ou especialistas em temas da saúde. Além disso, os cargos mais importantes do conselho possuem relação direta com o Ministro, seja o cargo de presidente, em que é o próprio Ministro quem o assume, seja o cargo de secretário, o qual é indicado pelo Ministro.

Outro fator importante, presente em todos os decretos, diz respeito ao voto de qualidade do Presidente do Conselho – Ministro da Saúde –, o qual lhe confere importante recurso de poder durante as reuniões plenárias, podendo desempatar decisões.

³¹ De acordo com o Art. 2º, do Decreto nº 55.242, de 18 de Dezembro de 1964, são competências do Conselho Nacional de Saúde, opinar: I) sobre matérias que lhe devam ser submetidas por força de disposição de lei; II) Mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde sobre: a) questões e problemas relativos à promoção, recuperação e proteção de saúde, indicando medidas adotadas para sua solução; b) sobre a realização de pesquisas científicas e estudos atinentes e assuntos relacionados com a saúde; e c) sobre projetos de regimentos regulamentos, leis e decretos relacionados com atividades técnicas, específicas do Ministério da Saúde.

B) SEGUNDO PERÍODO (1970-1986)

Nesse período, o Conselho Nacional de Saúde entra numa segunda etapa, passando a ser regulamentado pelo Decreto Lei nº 67.300, de 30 de Setembro de 1970, o qual lhe atribui escopo, funções e estrutura mais definidas, procurando compatibilizá-lo com o processo de modernização conservadora em andamento no país³².

Na área da saúde, tal processo apontava para a consolidação do modelo médico-assistencial privatista, cuja lógica iria prevalecer nas duas décadas seguintes. Acompanhando o padrão da época, vigente em outras áreas de políticas públicas, o novo Conselho Nacional de Saúde ganha uma composição que, simultaneamente, assegura a presença de atores privilegiados no projeto hegemônico e garante o controle do governo sobre seu funcionamento (CARVALHO, 1995, p.32).

De acordo com o art. 1º do citado Decreto, compete ao conselho “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da Saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação.”(BRASIL, Decreto Lei nº 67.300, de 30 de Setembro de 1970)

A escolha dos membros participantes continuava a cargo do Ministro de Estado, reproduzindo uma certa “representatividade controlada” que alcançava uma elite médica, comprometida com o processo de medicalização/privatização então vigente.

A partir desse Decreto, o conselho passa a contar com uma certa estrutura, possuindo uma secretaria integrada por funcionários do Ministério da Saúde, designados pelo Ministro de Estado, sendo que caberia a um deles exercer a chefia e secretariar os trabalhos das sessões.

³² Fazemos referência apenas ao Decreto, pois o Regimento Interno do Conselho trata exclusivamente das normas que regem o funcionamento das reuniões, tal como disposto na Portaria nº 149, de 16/06/1971. Em contraste, verificaremos mais à frente que o Regimento Interno de 1977 apresenta escopo mais definido, no que diz respeito às competências do conselho e de suas câmaras técnicas.

Além disso, ficou estabelecido que o Conselho teria um Vice-Presidente escolhido entre os membros do Conselho e designado pelo Ministro de Estado, para substituí-lo em seus impedimentos e exercer atribuições que lhe fossem delegadas.

De acordo com Silva e Abreu (2002), apesar da falta de inovações institucionais, dotou-se o conselho de uma estrutura burocrática estável. Na opinião de Carvalho (1995), “a feição do CNS é, então, a de um órgão técnico com funções normativas, enquanto sua legitimidade funda-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, direta ou indiretamente, dependem da indicação dos detentores do Poder Executivo.”(CARVALHO, 1995, p.33)

No governo Geisel, a promulgação da Lei nº 6.229, de 17/06/1975, contribui para alterar o ambiente institucional no qual o CNS estava inserido³³. O Decreto nº 79.056, de 30/12/1976, por sua vez, reestruturou o Ministério da Saúde, sendo que o CNS foi definido como um “órgão colegiado” pertencendo à estrutura básica do Ministério³⁴. Competiria ao CNS “examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas por meio de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a

³³ A Lei nº 6.229, de 17/06/1975, constituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Ela estabelece que o “complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde” (art. 1o, Lei nº 6.229, de 17/06/1975).

³⁴ De acordo com o Decreto, O Ministério da Saúde foi constituído por vários órgãos e entidades. São órgãos da sua “Estrutura Básica”: a) Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado: 1. Gabinete do Ministro (GM); 2. Consultoria Jurídica (CJ); 3. Divisão de Segurança e Informações (DSI); 4. Coordenadoria de Comunicação Social (CCS); b) Órgão Colegiado: 1. Conselho Nacional de Saúde (CNS); c) Órgãos Centrais de Planejamento, Coordenação e Controle Financeiro: 1. Secretaria Geral (SG); 2. Inspetoria Geral de Finanças (IGF); d) Órgãos de Administração de Atividades Auxiliares: 1. Departamento de Administração (DA); 2. Departamento de Pessoal (DP); e) Órgãos de Administração de Atividades Específicas: 1. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); 2. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS); 3. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES); 4. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam); f) Órgãos de Coordenação e Atuação Regional: 1. Coordenadoria de Saúde da Amazônia (Corsam); 2. Coordenadoria de Saúde do Nordeste (Corsane); 3. Coordenadoria de Saúde do Centro-Oeste (Corcentro); 4. Coordenadoria de Saúde do Sudeste (Corse); 5. Coordenadoria de Saúde do Sul (Corsul). São “Entidades Vinculadas e Supervisionadas”: a) Autarquia: 1. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan); b) Fundações: 1. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); 2. Fundação Serviço da Saúde Pública (FSESP); 3. Fundação das Pioneiras Sociais (FPS). (Art. 3o, Decreto no 79.056, de 30/12/1976).

serem encaminhados à apreciação do ministro de Estado” (art. 8º, Decreto nº 79.056, de 30/12/1976).

O Decreto modificou a estrutura institucional do conselho, incorporando a ele, como “Câmaras Técnicas”, de acordo com o artº. 21 e 22, o “Conselho de Prevenção Antitóxico”³⁵, a Comissão Nacional de Hemoterapia”; a “Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos”; e a “Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes”.

As Portarias 360/77 e 204/78 dotam o CNS da estrutura técnica e administrativa necessárias ao seu funcionamento como órgão consultivo com atribuições normativas. São estabelecidas seis Câmaras Técnicas, entre as quais: Entorpecentes e Tóxicos, Hemoterapia, Alimentos, Saneantes domissanitários, Cosméticos e Medicamentos, assim como a possibilidade de estabelecer comissões permanentes.

Além disso, a Secretaria Executiva é instituída, com atribuições e meios para o suporte administrativo das atividades do CNS.

Entre as competências do Conselho, o Regimento Interno estabelece: I) Examinar e propor soluções aos problemas concernentes à saúde, sob quaisquer aspectos; II) Dirimir divergência em matéria que envolva competência de mais de uma Câmara Técnica; III) Analisar Resoluções Normativas das Câmaras Técnicas; IV) Enviar matéria para apreciação da Câmara Técnica respectiva.

A subordinação de câmaras técnicas ao Conselho Nacional de Saúde faz com que haja um processo de descentralização de atribuições no interior do CNS. A essa instituição compete deliberar sobre as conclusões das Câmaras, quando submetidas ao plenário.

O que foi possível verificar, mediante análise dos vários decretos analisados, diz respeito ao fato de que o conselho foi constantemente reestruturado pelo Ministério da Saúde, no que se refere à sua composição e às suas competências. Uma análise mais acurada detendo-se sobre as atas poderia indicar qual o impacto dessas alterações sobre a atuação do conselho. Além

³⁵ Instituído pelo Decreto nº 69.845, de 27/12/1971, e denominado a partir daí, “Comissão de Prevenção Antitóxico”.

disso, seria necessário analisar qual foi a sua importância para o desenvolvimento da política de saúde no período.

C) TERCEIRO PERÍODO (1987-1990)

Sob a influência do movimento sanitário e às vésperas da Constituição de 1988, o CNS sofre novas alterações. O Conselho passa a ser reconhecido como “órgão de deliberação coletiva de segundo grau”, cuja finalidade seria “assistir o Ministro de Estado na implantação e execução da Política Nacional de Saúde”. O Decreto nº 93.933, de 14/01/1987, deu-lhe funções normativas no que concerne à promoção, proteção e recuperação da saúde. Caber-lhe-ia privativamente dispor sobre questões de interesse sanitário relativo ao uso humano de medicamentos, produtos de higiene, cosméticos, alimentos, hemoterapia, entorpecentes e saneantes domissanitários, ressalvada as competências da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Seria de sua competência, também, o exercício da função de avaliação tecnológica e estabelecimento de padrões de assistência à saúde (Art. 1º, §2º e §3º, Decreto nº 93.933, de 14/01/1987).

O atual Conselho Nacional de Saúde foi instituído pelo Decreto nº 99.438, de 07/08/1990 e, no que diz respeito às suas competências e à sua composição, marca uma linha mais de ruptura do que de continuidade com relação aos seus formatos anteriores.

Não podemos dizer o mesmo, no entanto, com relação aos poderes do Ministro da Saúde no interior do conselho. Conforme poderemos verificar mais à frente, o Ministro continua detendo o cargo mais importante do conselho que é o de presidente, além de deter a prerrogativa de indicar o secretário executivo do conselho, outro cargo de relativa importância.

No que se refere às votações, o Ministro, enquanto presidente do conselho continua possuindo voto comum e voto de qualidade, sendo que este é utilizado com a finalidade de desempatar decisões.

D) QUARTO PERÍODO: O ATUAL CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Instituído antes da aprovação das Leis 8.080, de 19/10/1990 e 8.142, de 28/12/1990, as quais se referem à participação como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), a reformulação e institucionalização do Conselho Nacional de Saúde foram pautadas por um processo de negociação e pelo estabelecimento de regras capazes de favorecer o controle por parte do Ministério da Saúde no seu interior, tal como se estabelecia nos formatos anteriores.

Sob o governo do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, e sob a chefia do Ministro de Estado da Saúde, Alceni Guerra, uma comissão foi formada com o intuito de estabelecer o desenho institucional do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com entrevistas realizadas, o Ministro Alceni Guerra tentou convencer o Presidente Collor acerca da importância do Conselho, o qual, segundo um dos entrevistados³⁶, teceu comentário no sentido de alertar o perigo que poderia representar para o governo uma instituição nos moldes propostos, ou seja, contendo participação de setores organizados da sociedade³⁷. Além disso, havia dificuldades junto à assessoria jurídica do Presidente³⁸.

A principal estratégia para que o Conselho fosse aprovado pelo Presidente e que foi sugerida pelo assessor jurídico do Presidente Collor, passou a ser a montagem de um formato institucional, demonstrando hipoteticamente como seriam as discussões do conselho, assim como os possíveis embates.

Dando prosseguimento a essa estratégia montou-se um painel com os possíveis oponentes do Conselho, as possíveis pautas de votação, conforme o jogo de interesses dos diversos grupos: entidades privadas, hospitais privados, portadores de patologia e deficiência, trabalhadores do setor e governo,

³⁶ Entrevista número 14.

³⁷ De acordo com a entrevista número 14, o Presidente Collor teceu comentários como este: “olha, vocês não vão criar um conselho pra gente ficar apanhando, mas está na Constituição, temos que cumprir, vamos fazer”. Esse comentário demonstra um pouco o receio que marcou o processo de institucionalização da participação social no interior do Estado, por meio do Conselho Nacional de Saúde.

³⁸ Segundo uma das entrevistas, havia dificuldades de ordem jurídica, mas também de caráter político como observamos no trecho seguinte: “o conselho dessa natureza não vai ser bom pro governo, pode ser bom pro Estado, mas não é bom pro governo”(ENTREVISTA NÚMERO 14).

procurando demonstrar como seriam conduzidas as discussões. O objetivo, segundo um dos entrevistados, era estabelecer uma composição, procurando demonstrar que havia equilíbrio de forças no interior do CNS:

Nós fizemos uma verdadeira balança de forças lá dentro. Quem iria votar sistematicamente contra o governo e quem iria votar sistematicamente a favor. Quem iria decidir pelo melhor. Existia um grupo duro que iria votar contra. Existia um grupo duro que iria votar sempre a favor do governo e existia um outro grupo que seria o fiel da balança nessas votações. Que seria decisivo. Então, nós equilibramos isso.(ENTREVISTA NÚMERO 13)

Assim, a composição do CNS foi sendo estabelecida tendo essa premissa básica como princípio norteador.

Ao delinear-se a conjugação de forças no interior do CNS, a proposta foi encaminhada ao Presidente Collor, o qual questionou item por item, cada um dos grupos que faziam parte da composição do Conselho segundo o formato apresentado, preocupando-se com os possíveis posicionamentos contra e a favor do governo.

O Decreto foi assinado somente quando se verificou que o Ministro possuiria, no interior do CNS, dois votos: o de conselheiro e o de qualidade, sendo detentor da prerrogativa de desempatar as decisões:

o grande entrave foi mostrar ao presidente Collor que o governo tinha chances de ganhar e qual foi a grande manobra que nós fizemos - ninguém pode nos acusar de nada -, o Ministro teria voto de Minerva e voto como membro. O Ministro era detentor de dois votos. Na pior das hipóteses, na equalização das forças, o ministro poderia desempatar. Esse foi o ponto fundamental. (ENTREVISTA NÚMERO 13)

Dessa forma, delineou-se o formato institucional do Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de manter-se entre os grupos participantes, um equilíbrio de forças e, nas mãos do Ministro da Saúde, a possibilidade de dar a última palavra nas votações.

No Decreto nº 99.438, de 07/08/1990, são estabelecidas as competências do Conselho, de maneira sintética e genérica: I) atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal; II) estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde,

em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; III) elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde; IV) aprovar os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; V) propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; VI) acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde credenciado mediante contrato e convênio; VII) acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país; e VIII) articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais (Art. 1º, Decreto nº 99.438, de 07/08/1990).

Com relação ao Regimento Interno do CNS, essas competências foram novamente explicitadas, tendo sido assegurado ao Ministro da Saúde, além da prerrogativa do voto comum e o de qualidade, a possibilidade de deliberar “ad referendum” do Conselho³⁹ no que diz respeito a determinados aspectos:

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde terá, além do voto comum, o de qualidade, bem assim a prerrogativa de deliberar “ad referendum” do Plenário, exceto no referente aos incisos II, IV, VI, VIII, IX, XIII e XIV do Artigo 2º deste regimento. (Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 1991)⁴⁰

O Conselho, no entanto, resguardou o direito de deliberar sobre essas decisões, tal como disposto no Art.º 14, §5º do seu Regimento Interno.

Entre as competências do CNS que passaram a ser objeto de deliberação por parte do Ministro, de modo “ad referendum” do Conselho, citamos:

³⁹ É importante mencionar que durante o processo de aprovação do Regimento Interno do Conselho, as atas apontam que houve resistências quanto a essa prerrogativa, sendo aceita somente a partir do momento em que a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde deu o seu parecer sobre o assunto, o que revela a importância da burocracia no processo de deliberação do Conselho Nacional de Saúde.

⁴⁰ É importante mencionar que o Regimento Interno do CNS foi alterado no ano de 1998, sendo objeto de análise mais à frente. O que é importante considerar nesse momento, são as prerrogativas atribuídas ao Ministro da Saúde, no momento em que se instituía o conselho sob o governo do Presidente Collor.

- Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros⁴¹;
- Assistir ao Ministro de Estado da Saúde no processo de planejamento e orçamentação do Sistema Único de Saúde e avaliar a execução de suas ações;
- Deliberar sobre a proposta do cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios e a outras instituições, consignados ao Sistema Único de Saúde e proposto pelo Ministério da Saúde;
- Participar da elaboração da proposta orçamentária da União, correspondente à direção nacional do Sistema Único de Saúde, de consignação de recursos à conta do Orçamento da Seguridade Social e supervisionar a operacionalização do Fundo Nacional;
- Aprovar, coordenar e supervisionar as Comissões Intersetoriais de que tratam os Artigos 12 e 13 da Lei 8.080/90 e outras comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Nacional de Saúde;
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, visando a observação de padrões técnicos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país, respeitando-se os princípios éticos universalmente aceitos;
- Promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à saúde constitucionalmente estabelecida;
- Estabelecer parâmetros nacionais quanto a política de recursos humanos a ser seguida no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
- Opinar e decidir sobre:
 - a. Planos de saúde, encaminhados pelos respectivos conselhos;

⁴¹ Essa constitui uma das principais competências dos conselhos de saúde como um todo, visto que está definida pelo Art. 1º, § 2º, da Lei 8.142, de 28/12/1990.

- b. Divergências suscitadas pelos conselhos Estaduais, Municipais de Saúde, bem assim por outros órgãos de representação, na área da saúde;
- c. Credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas em seres humanos.

Assim, no que diz respeito à formulação da política, à sua execução e aos aspectos financeiros do setor, em termos de planejamento e orçamentação do SUS, o conselho deixa de deter a prerrogativa de pronunciar-se de maneira exclusiva sobre essas questões.

Além disso, de acordo com o Decreto 0.002, de 12/11/1991, é delegada competência ao Ministro de Estado da Saúde para homologar as decisões emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde, nos termos do art. 1º, §2º, da Lei 8.142, de 28/12/1990⁴².

Na hipótese de não homologação por parte do Ministro, o Regimento Interno do CNS de 1998 assegura no seu art.15º, § 3º, 4º e 5º que a matéria deve retornar ao conselho na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência. O resultado da deliberação do plenário será novamente encaminhado ao Ministro para homologação e publicação no Diário Oficial da União, no prazo máximo de trinta dias, a contar da aprovação da plenária.

A não homologação, nem manifestação do Ministro até trinta dias após o recebimento da decisão demandará solicitação de audiência especial com o Ministro para comissão de conselheiros especialmente designada pelo Plenário. Analisadas e/ou revistas as Resoluções, seu texto final será novamente encaminhado para homologação e publicação devendo ser observado o prazo estipulado de trinta dias. Permanecendo o impasse, o CNS, com aprovação de dois terços (2/3) de seus membros, poderá representar ao Ministério Público

⁴² Além das Resoluções, o CNS também possui outros tipos de decisão, tais como Moção, Recomendação e Deliberação. As Recomendações passaram foram emitidas a partir de 1995, já as Deliberações, a partir de 2.001 e as Moções, desde 1998. No entanto, somente as Resoluções são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Federal, se a matéria constituir, de alguma forma, desrespeito aos direitos constitucionais do cidadão⁴³.

No que se refere à composição do Conselho, conforme já indicamos, a mesma foi estabelecida com o objetivo de alcançar um equilíbrio de forças. Nesse caso, a paridade foi mantida (50% usuários, 50% demais segmentos: governo, prestadores de serviço, trabalhadores do setor), embora a forma como a mesma foi estabelecida tenha gerado dúvidas quanto à legitimidade com que os interesses das diversas entidades estão representados em cada segmento.

Assim, entre o segmento dos usuários do Sistema Único de Saúde, estão:

- Um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT);
- Um representante da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT);
- Um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na agricultura (CONTAG);
- Um representante da Confederação Nacional da Agricultura (CNA);
- Um representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC);
- Um representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI);
- Um representante da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB);
- Um representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC);
- Dois representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM);
- Cinco representantes de entidades representativas de portadores de patologias.

De acordo com um entrevistado que participou da elaboração da composição do Conselho, a participação das Confederações entre os usuários foi estabelecida porque as mesmas recebiam serviços de saúde do governo, comportando-se, portanto, como usuários do sistema:

⁴³ Todavia, a interpretação jurídica sobre essa questão afirma que as resoluções podem ser contestadas pelo CNS junto ao Ministério Público somente quando as mesmas forem homologadas pelo Ministro, gerando um impasse.

Pode ter sido um equívoco, mas desta forma foi aceita. Todo mundo que usa do sistema, nós chamamos de usuários. Por exemplo: todos os sindicatos, os patronais: sindicato patronal da Indústria, sindicato patronal do comércio, sindicato patronal da agricultura, sindicato dos trabalhadores na indústria, sindicato dos trabalhadores no comércio e sindicato dos trabalhadores na agricultura, temos paridade aqui nos usuários, porque uns pagam imposto e outros também pagam, são sistemas que usam do sistema de saúde.⁴⁴

No segmento gestor, cuja representação é governamental, estavam presentes:

- Um representante do Ministério da Educação;
- Um representante do Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
- Um representante do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento;
- Um representante do Ministério da Ação Social;
- Um representante do Ministério da Saúde;
- Um representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS);
- Um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No que diz respeito ao segmento dos Prestadores de Serviços ao SUS, o Decreto estabelece dois representantes para o conjunto das seguintes entidades: Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde – FENAESS, Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Federação Brasileira de Hospitais – FBH, Associação Brasileira de Hospitais – ABH e Confederação das Misericórdias do Brasil. Para que cada entidade participasse do CNS, havia um rodízio entre as mesmas ao final de cada gestão.

No que diz respeito ao segmento dos trabalhadores do setor saúde, estabeleceu-se:

⁴⁴ Entrevista número 13.

- Um representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira – AMB e Federação Nacional dos Médicos – FNM⁴⁵.
- Dois representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde.
- Três representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.

Assim, o Conselho Nacional de Saúde, segundo o formato institucional de 1991, era formado por 30 membros titulares, todos nomeados pelo Presidente da República, sendo que os representantes eram indicados pelas entidades, no que se refere às organizações da sociedade civil; pelos Ministros de Estado, com relação aos representantes dos Ministérios indicados; e pelo Ministro da Saúde, quanto aos representantes da comunidade científica e sociedade civil.

O término do mandato dos membros do Conselho se dava em consonância com o mandato do Presidente da República, sendo que, a qualquer tempo, as entidades poderiam propor a substituição de seus respectivos representantes, por intermédio do Ministro de Estado da Saúde.

Diferentemente dos períodos anteriores, as funções de membro do CNS não seriam mais remuneradas, sendo o seu exercício considerado relevante à preservação da saúde da população.

O cargo de Secretário(a) Executivo(a) do CNS continuou sendo designado pelo Ministro de Estado da Saúde, com a possibilidade de substituir o Presidente do Conselho (Ministro) nos seus impedimentos. No que se refere às suas atribuições, estas são praticamente as mesmas num comparativo entre o Regimento Interno de 1990 e 1998⁴⁶.

⁴⁵ Recentemente, com a reformulação do processo de escolha das entidades, por meio de processo eleitoral, algo que será discutido mais à frente, o grande conflito foi a presença de cadeira exclusiva para os médicos no CNS.

⁴⁶ Entre as atribuições estritamente políticas do(a) Secretário(a) Executivo(a) do CNS estão: a) Despachar com o Presidente do Conselho Nacional de Saúde os assuntos pertinentes ao Conselho; b) Manter entendimentos com dirigentes dos demais órgãos do Ministério da Saúde, de outros do Poder Público e da Sociedade Civil Organizada no interesse dos assuntos afins; c) Acompanhar e agilizar as publicações das Resoluções do Plenário. (Conselho Nacional de Saúde,

A principal alteração nesse último caso foi a criação de uma Secretaria Executiva, com atribuições técnicas e, além disso, da Comissão de Coordenação Geral (CCG), composta por três conselheiros indicados pelo plenário, com mandato de um ano, revogável somente uma vez, com a finalidade de acompanhar as atividades da Secretaria Executiva, bem como, organizar a pauta das reuniões.

O formato institucional do CNS também foi alterado diversas vezes, no que diz respeito à sua composição e, no ano de 1998, no que se refere especificamente à sua organização e competências, por meio de seu novo Regimento Interno.

Até o ano dois mil e três (2003), verificamos poucas alterações na composição do Conselho. As que são promovidas se referem à representação dos Ministérios, relativos ao segmento gestor, no sentido de incorporação/exclusão de representantes, assim como alterações em suas denominações. Além disso, no que se refere ao segmento dos usuários, houve alterações marginais, por meio do acréscimo de uma ou outra entidade. Já no que diz respeito ao segmento dos prestadores de serviço, a partir de 1995 passam a fazer parte do rodízio de entidades a Unimed do Brasil e Federação Nacional das Seguradoras⁴⁷.

Em novembro de 2003, seguindo a resolução nº 333, de 04/11/2003, promulga-se o Decreto nº 4.878, de 18/11/2003, estabelecendo nova composição ao Conselho Nacional de Saúde. Nesse decreto, diferentemente dos anteriores, as entidades e os representantes do segmento gestor deixam de ser nomeados, para serem definidos de forma genérica. Além disso, inclui-se a representação de entidades nacionais de organizações indígenas e de movimentos organizados de mulheres em saúde⁴⁸. Segundo esse novo formato, o Conselho passa a possuir

Resolução nº 291, de 06 de maio de 1998, art.º28, Inciso IV, VI, VIII). Recentemente, o conselho inova sua estrutura organizativa, estabelecendo a existência de uma Mesa Diretora. O CNS ainda está discutindo as suas atribuições, mas já sinaliza no sentido de transferir todas as competências políticas do(a) Secretário(a) Executivo(a) para a Mesa Diretora.

⁴⁷ No quadro 01, em anexo, é possível acompanhar as várias alterações promovidas na composição do Conselho Nacional de Saúde durante a década de 1990. No que diz respeito à composição do Conselho a partir de 2003, não foi possível incluir na tabela, pois o Decreto deixa de nomeá-las, se limitando a defini-las em termos genéricos.

⁴⁸ O decreto nº 4.878, de 18/11/2003 estabelece a representação do Conselho Nacional de Saúde da seguinte forma: I – Representantes dos usuários: a) sete entidades nacionais de portadores de

quarenta membros titulares e oitenta representantes suplentes, incluindo primeiro e segundo suplentes.

Em junho de 2006, por meio da Resolução nº 361 e do Decreto nº 5.839, de 11 de Julho de 2006, o Conselho inova no sentido de redefinir o processo de escolha de seus representantes. Após dois anos de debates e negociações, as entidades do Conselho Nacional de Saúde passam a ser escolhidas por meio de um processo eleitoral. Além disso, abre-se a possibilidade de que o Presidente do Conselho deixe de ser o Ministro de Estado da Saúde, passando a ser eleito entre os conselheiros do CNS.

No que diz respeito às competências do Conselho Nacional de Saúde, uma comparação entre os Regimentos Internos do Conselho Nacional de Saúde, de 1990 e 1998, nos leva a afirmar que algumas competências foram ampliadas, mediante a incorporação de elementos das Leis 8.080/90 e 8.142/90, assim houve acréscimo de novas atribuições. Citamos como exemplo a questão da deliberação de normas básicas nacionais para operacionalização do Sistema Único de Saúde, a regulação do setor privado da área da saúde, a política de recursos humanos, a decisão sobre impasses ocorridos nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o desenvolvimento de normas sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos e outras questões no campo da Bioética, acompanhando sua implementação.

Vejamos comparativamente dois itens importantes para a atuação do Conselho: orçamento e formulação de políticas. Os demais podem ser verificados no Quadro 02, em anexo.

patologias e deficiências; b) um de confederações nacionais de entidades religiosas; c) dois de centrais sindicais; d) um de entidades nacionais de aposentados e pensionistas; e) um de entidades nacionais de trabalhadores rurais; f) um de entidades nacionais de associações de moradores e movimentos comunitários; g) um de entidades nacionais de empresários da indústria; h) um de entidades nacionais de empresários do comércio; i) um de entidades nacionais de empresários da agricultura; j) um das sociedades nacionais para pesquisa científica; k) um de entidades nacionais de organizações indígenas; l) um de entidades nacionais de movimentos organizados de mulheres em saúde; m) um de movimentos nacionais populares; II – representantes dos trabalhadores em saúde: a) sete de entidades nacionais de trabalhadores em saúde; b) dois da comunidade científica; c) um de entidades nacionais dos médicos; III – representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde: a) seis de gestores federais; b) um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); c) um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); d) dois de prestadores de serviços de saúde.

De acordo com a tabela abaixo, no que diz respeito à aprovação do orçamento da saúde, o Regimento Interno de 1990 estabelece que o Conselho deve “participar” e “assistir” ao Ministro de Estado da Saúde no processo de planejamento e orçamentação do SUS, enquanto o segundo regimento, lhe confere um papel mais atuante, no sentido de que este deve “aprovar” a proposta orçamentária.

No que se refere ao repasse de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, item III do quadro abaixo, o segundo Regimento Interno do Conselho estabelece que o mesmo deve aprovar os critérios para o repasse desses recursos, assim como o respectivo cronograma de transferência, diferenciando-se do primeiro, o qual estabelece que o Conselho deve “deliberar sobre a *proposta* do cronograma de transferência” (grifo nosso). À primeira vista, a diferença entre os dois regimentos sugere que se trata apenas de redação. Entretanto, a palavra “aprovar” define o tipo de deliberação que o Conselho deve conferir, sem deixar margens à qualquer tipo de dúvida. Além disso, passa a ser o próprio Conselho o responsável pela definição dos critérios de repasse de recursos, assim como passa a ser de sua responsabilidade o acompanhamento de sua execução. Nesse sentido, no que diz respeito a esse quesito, amplia-se a margem de atuação do Conselho.

No que diz respeito à fiscalização da aplicação dos recursos financeiros, item IV, a forma como o segundo regimento interno a define, também amplia a participação do Conselho, no sentido de que também cabe a este definir diretrizes.

Quanto ao segundo item, verificamos que o Conselho deixa de exercer a referida competência. No que se refere ao item V, o segundo regimento procura garantir legitimidade à sua atuação, ao respaldar-se pela lei orgânica da saúde.

**QUADRO 02 – QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE⁴⁹**

Competências	Item	Regimento Interno – 1990	Regimento Interno 1998
Orçamento	I	Assistir ao Ministro de Estado da Saúde no processo de planejamento e orçamentação do Sistema Único de Saúde e avaliar a execução de suas ações. Participar da elaboração da proposta orçamentária da União, correspondente à direção nacional do Sistema Único de Saúde, de consignação de recursos à conta do Orçamento da Seguridade Social e supervisionar a operacionalização do Fundo Nacional.	Aprovar a proposta setorial da saúde, no Orçamento Geral da União e, participar da consolidação do Orçamento da Seguridade Social, após análise anual dos planos de metas, compatibilizando-o com os planos de metas previamente aprovados.
	II	Supervisionar a aplicação dos critérios estabelecidos no Art. 35 da Lei nº 8.090/90, relativas a fixação de valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios e consignados ao Sistema Único de Saúde no âmbito da União.	
	III	Deliberar sobre a proposta do cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios e a outras instituições, consignados ao Sistema Único de Saúde e proposto pelo Ministério da Saúde.	Aprovar os critérios para o repasse de recursos financeiros às unidades federadas e a outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução.
	IV	Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito da União, apreciar e pronunciar-se conclusivamente, sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo Ministério da Saúde.	Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito federal (Leis 8.080/90 e 8.142/90)
	V	Aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e para cobertura assistencial e de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial conforme art. 26 da Lei 8.080/90.

⁴⁹ O leitor poderá observar o quadro completo em anexo.

No que diz respeito à formulação de políticas, a principal alteração é que o Conselho deixa de opinar sobre os planos estaduais e municipais de saúde.

**QUADRO 02 – QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS
DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Cont.)**

Competências	Item	Regimento Interno – 1990	Regimento Interno 1998
Formulação de Políticas	I	Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde do Sistema Único de Saúde, em função das características epidemiológicas e de organização de serviços de cada jurisdição administrativa e deliberar sobre o Plano Nacional de Saúde.	Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde do Sistema Único de Saúde, no âmbito nacional, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características epidemiológicas e das organizações dos serviços em cada jurisdição administrativa (Lei 8.080/90)
	II	Propor critérios para definição de padrões e parâmetros de atenção à saúde.	Deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde.
	III	Opinar e decidir sobre planos estaduais de saúde, encaminhados pelos respectivos Conselhos.	

Um último aspecto a ser mencionado sobre a estrutura organizativa do CNS, diz respeito às suas comissões e grupos de trabalho. A lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, no seu Art. 13, estabelece a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao CNS, sendo integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil. Consubstanciadas nos dois Regimentos do CNS, estão as seguintes comissões intersetoriais: a) Alimentação e Nutrição; b) Saneamento e Meio Ambiente; c) Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; d) Recursos Humanos; e) Ciência e Tecnologia; f) Saúde do Trabalhador.

De acordo com o Regimento Interno, ao CNS cabe criar outras comissões e grupos de trabalho, em caráter permanente ou transitório, com atuação essencialmente complementar à do Conselho, “articulando e integrando órgãos, instituições e entidades que geram os programas, suas execuções, e os conhecimentos e tecnologias afins, recolhendo-os e processando-os, visando à

produção de subsídios, propostas e recomendações ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde” (Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 291, Art.20º).

As comissões podem ser compreendidas como espaços de discussão temática no interior do Conselho, contribuindo para qualificar os debates e as deliberações. Consideramos que elas têm um papel técnico - discutir questões relacionadas à área da saúde -, como também de articulação política como apontou uma conselheira ao referir-se à Comissão:

Acho que, em geral, elas [comissões] têm um duplo papel. Eu conheço mais a comissão de orçamento e finanças, então, tem um papel primeiro técnico de ter informações sobre como está sendo a execução do orçamento da saúde que foi aprovado. As reuniões são mensais e sempre participam os técnicos do ministério da saúde para dar essas informações, os esclarecimentos necessários. E tem também um papel político que uma das principais questões aí é que o SUS tem que ter o financiamento necessário. Então, à medida que o orçamento não está sendo executado corretamente ou mesmo durante os processos de discussão do orçamento quando a proposta apresentada não está de acordo com a legislação então, a COFIN é sempre um espaço para se buscar fazer a articulação política tanto com o Ministério, como com o Congresso Nacional, outros setores do governo também. Então esse é o papel mais ou menos permanente. Então eu acho que a maior parte das comissões também tinha esse papel de procurar analisar do ponto de vista da política daquela área e buscar articulação política necessária para que os objetivos que ela tem sejam cumpridos. Acho que nunca deixa de ter os dois papéis. Talvez algumas tenham um acento mais técnico e outras um acento mais político. Depende também do momento, da conjuntura. Sempre tem os dois papéis eu acho.(ENTREVISTA N° 02)

É importante mencionar que as comissões não são reguladas por preceitos institucionais que as permitam impor a sua vontade frente à do plenário do Conselho. Este, por sua vez, é sempre soberano para fazer alterações nas propostas de resolução encaminhadas pelas comissões para votação⁵⁰.

4. Considerações Finais

O Conselho Nacional de Saúde, conforme procuramos demonstrar passou por diversas alterações ao longo de sua história institucional, sendo a mais recente, o estabelecimento de um processo eleitoral como requisito para a escolha

⁵⁰ Em comparação com as Comissões do Congresso Norte-Americano, por exemplo, as comissões do Conselho Nacional de Saúde detêm menos recursos institucionais para restringir a influência do plenário no conteúdo das resoluções, já que não é possível obstruir a tramitação, ou aprovação de matéria contra a sua vontade. Para uma discussão mais aprofundada, ver SHEPSLE e WEINGAST, 1984.

de conselheiros e do seu Presidente. A relevância dessa alteração está no fato de que, diferentemente das outras, foram os conselheiros representativos da sociedade civil que promoveram a mudança nas “regras do jogo”, no que diz respeito à composição e ao cargo de Presidente do CNS.

Apesar desse fato, o que constatamos com relação ao período que analisamos é que, embora tenha ocorrido a institucionalização de preceitos importantes da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde com relação à participação social em instâncias colegiadas como os Conselhos, o Conselho Nacional de Saúde apresenta elementos de continuidade em relação ao seu formato institucional antigo, ou seja, ao formato que vigorou até 1990, ano em que ocorreu a sua reformulação.

Assim, embora algumas entidades da sociedade civil organizada tenham sido chamadas para discutir a composição do CNS, o seu desenho institucional foi estabelecido, de forma a garantir que fosse aprovado pelo Presidente Fernando Collor de Mello. Isso significa afirmar que o governo tentou manter o controle sobre o Conselho, garantindo ao Ministro prerrogativas decisórias importantes.

Sob esse ponto de vista, a continuidade à qual nos referimos diz respeito ao fato de que o Ministro de Estado da Saúde, no interior do CNS, detém o cargo mais importante – o de Presidente -, além de possuir voto comum e o de qualidade, sendo este utilizado apenas para desempatar decisões. Outro aspecto está relacionado às Resoluções, principais decisões do Conselho, as quais devem ser homologadas pelo Ministro. Quanto ao cargo de secretário e coordenador do Conselho, eles continuam sendo indicados pelo Ministro.

A essas prerrogativas foi acrescentado que cabe ao Ministro deliberar “ad referendum” do Conselho, no que diz respeito a determinadas competências, ainda que se assegure que essas decisões devam passar pelo Plenário do CNS.

Devemos considerar, no entanto, que há elementos de ruptura em relação ao formato anterior, visto que o CNS passa a contar com novas competências, de caráter deliberativo e fiscalizador sobre a formulação de políticas, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Além disso, embora a composição tenha sido fruto de um processo de negociação, houve uma ampliação, no sentido de

uma abertura para setores organizados da sociedade civil, diferentemente de seu formato anterior em que estavam presentes somente segmentos do governo e de uma elite médica.

Tendo em vista esses fatores, afirmamos que o desenho institucional do Conselho Nacional de Saúde, embora atenda aos preceitos de participação e controle social tão caros ao movimento pela reforma sanitária brasileira, e, além disso, tenha passado por reformulações em 1998 no seu Regimento Interno, e em 2006, no que se refere ao processo de escolha de seus conselheiros – processo eleitoral -, continua dependendo do aval do Ministro para promulgar suas principais decisões.

Tendo em vista essas considerações, sugerimos que existe um poder de veto no processo decisório do Conselho Nacional de Saúde, estabelecido pelo seu próprio desenho institucional. O Ministro da Saúde, além de deter recursos importantes como o fato de poder alterar o conteúdo de decisões através de portarias administrativas, também assegura a possibilidade de vetar resoluções emitidas pelo CNS. Além disso, no plenário do Conselho, detém o cargo mais importante e, quando deixa de assumi-lo, o repassa a uma pessoa de sua confiança, o secretário executivo do Conselho.

Nessa perspectiva, portanto, partimos do pressuposto de que a capacidade do Conselho Nacional de Saúde formular e controlar a política de saúde não depende apenas dos determinantes relacionados à participação, mas também do poder de veto a que estão submetidas suas decisões.

Nesse caso, o desenho institucional contribuiu significativamente para garantir ao Ministro da Saúde recursos de controle importantes na cadeia decisória do CNS. Ao Conselho, definiu a existência de um processo necessário e cotidiano de negociação para a aprovação e implementação de suas decisões.

No próximo capítulo, analisamos mais detidamente essas questões.

CAPÍTULO IV

DESENHO INSTITUCIONAL, PODER DE VETO E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

No capítulo anterior analisamos o “jogo das regras”, ou seja, o processo de negociação política que resultou na conformação do conjunto de normas institucionais que regem o Conselho Nacional de Saúde. Conforme demonstramos, essas normas contribuíram para concentrar nas mãos do Ministro de Estado da Saúde instrumentos reguladores importantes na cadeia decisória do CNS.

Entre os instrumentos reguladores definidos pelas regras institucionais estão: a) em caso de empate nas votações da plenária, cabe ao Ministro o voto de “Minerva”, isto é, de desempate; e também b) “poder de veto”, isto é, a possibilidade de homologar ou não as resoluções do Conselho. Acrescentamos um terceiro instrumento que denominamos “decorso de prazo”, casos em que o Ministro ultrapassa o tempo regimentalmente estabelecido de trinta dias para homologar as resoluções, o que prejudicaria técnica e politicamente a validade e viabilidade dessas decisões⁵¹.

Outro instrumento utilizado como recurso para regular as políticas do Conselho, diz respeito à participação do Ministro nas reuniões, atuando como Presidente do CNS. Através desse recurso, o Ministro expressa suas preferências, permitindo aos conselheiros fazer um cálculo político, no sentido de adequar seus interesses aos do governo. Em casos onde não há essa possibilidade, cabe ao Conselho arriscar uma aprovação ou veto.

O último instrumento refere-se à implementação das resoluções, um recurso que também é utilizado como mecanismo para invalidar deliberações do plenário do Conselho. Nesse caso, o CNS raramente consegue antecipar o uso desse recurso por parte do Ministro, o que faz com que o seu impacto sobre o

⁵¹ Desses três instrumentos, podemos observar que os dois primeiros representam o uso das regras institucionais, enquanto o terceiro se fundamenta na prática de burlá-las.

comportamento da instituição seja baixíssimo. Ele serve apenas como último recurso àqueles Ministros que já homologaram a resolução.

Neste capítulo, o objetivo principal é analisar em que medida esses instrumentos reguladores têm sido utilizados pelo Ministro de Estado da Saúde como mecanismo de controle sobre as decisões do CNS. Partimos do pressuposto de que o controle direto sobre os resultados – *outputs* – das políticas, dado pela possibilidade aberta ao Ministro para homologar ou não as resoluções, dentro ou fora do prazo legal, contribui para “calibrar” as políticas definidas pela instituição, promovendo um processo de adequação de preferências por parte do Conselho.

Com base na forma de atuação de cada Ministro construímos dois modelos explicativos, cada qual representando as estratégias utilizadas para exercer maior controle sobre o processo decisório do Conselho Nacional de Saúde, definindo a capacidade da instituição para influenciar as políticas públicas.

Cada modelo fundamenta-se na variação no uso de cada instrumento regulador. A sua utilidade está em demonstrar que as decisões do Conselho têm sido controladas pelos diversos Ministros, seja “calibrando-as”, isto é, adequando preferências, seja impedindo-as de se tornarem políticas públicas⁵² pelo uso do veto e decurso de prazo⁵³.

Um dos modelos denomina-se “modelo cooperativo”. Ele representa casos em que o Ministro participa com maior frequência das reuniões do Conselho. Em situações desse tipo, o Ministro tende a homologar a maior parte das resoluções e no prazo legal.

Para adequar preferências, a participação nas reuniões é a via escolhida pelo Ministro, seja pessoalmente ou mediante representantes da burocracia do

⁵² Consideramos que, no caso do Conselho Nacional de Saúde, uma decisão consubstancia-se em política pública a partir do momento em que adquire status de decisão jurídica. Nesse caso, ela deve ser homologada pelo Ministro de Estado da Saúde e publicada no Diário Oficial da União.

⁵³ Não consideramos no modelo o voto de desempate, visto que este nunca foi utilizado no Conselho Nacional de Saúde, devido à paridade que concentra cinquenta por cento (50%) dos votos no segmento dos “usuários”. Tendo em vista que esse segmento na maioria das vezes se associa com o dos “trabalhadores”, as decisões sempre são tomadas por maioria dos votos, ou seja, setenta e cinco por cento (75%). Quanto ao recurso da não-implementação, consideramos que este é o último recurso à disposição do Ministro que já homologou a resolução. Já que o seu impacto sobre o comportamento da instituição é baixo, não o consideramos no modelo, embora faça parte da análise.

Ministério da Saúde. Nesse caso, a principal estratégia do governo é a de evitar um conflito aberto com o Conselho - casos representativos do uso do veto -, o que faz com que, quando uma resolução fuja ao padrão ideal de negociação via Conselho, o instrumento regulador mais utilizado é o decurso de prazo⁵⁴.

O outro modelo denomina-se “modelo não-cooperativo”, casos em que o Ministro não participa das reuniões do Conselho e, portanto, o recurso mais utilizado para “calibrar” as políticas é o veto, embora também seja feito uso de decurso de prazo em menor escala.

Em situações como essa, na qual o Ministro ignora a possibilidade de atuar como Presidente da instituição, cabe ao Conselho avaliar os custos de encaminhar uma resolução que esteja à margem do rol de preferências deste ator. O cálculo político do Conselho, no entanto, dar-se-á apenas em casos de informação completa, ou seja, situações em que os conselheiros saibam previamente qual é a posição do governo sobre determinada política.

Tendo em vista que nesse caso não há como saber qual será a decisão do Ministro, visto que o mesmo não participa das reuniões, o acesso à informação depende da participação de conselheiros representativos do governo e, ainda, das comissões, cujo papel é buscar informações para que o Conselho possa deliberar.

No quadro abaixo estão sintetizados os principais elementos de cada modelo.

QUADRO 03 – MODELO DE ATUAÇÃO DE CADA MINISTRO SEGUNDO O USO DE CADA INSTRUMENTO REGULADOR

	INSTRUMENTOS REGULADORES				
	Participação nas Reuniões	Decurso de Prazo	Índice de Utilização	Veto	Índice de Utilização
Modelo “Cooperativo”	SIM	SIM	ALTO	SIM	BAIXO
Modelo “Não-Cooperativo”	NÃO	SIM	BAIXO	SIM	ALTO

⁵⁴ Alguns Ministros, por conta de sua trajetória pessoal ou por filiar-se a um partido de esquerda como o PT (Partido dos Trabalhadores) valorizam a participação social, evitando contrariar abertamente as posições do Conselho pelo uso do veto.

Utilizamos como unidade de análise as resoluções aprovadas pelo Conselho, desde 1990 até 2006, contabilizando 358 resoluções. Essas decisões foram classificadas e analisadas, tendo como fonte de informações complementares as atas da instituição, assim como entrevistas realizadas com conselheiros⁵⁵.

Inicialmente, procuraremos analisar alguns aspectos relativos ao comportamento decisório da instituição, como: a) o índice de resoluções emitidas pelo Conselho, a fim de avaliar se existem variações na produção de políticas ao longo das gestões de governo (Presidencial e Ministerial); b) o tipo de assunto deliberado pelo CNS, visto que convém verificar em que medida a instituição decide sobre assuntos relevantes para o setor saúde, exercendo efetivamente suas competências; c) o tempo que cada decisão levou para ser discutida pela plenária, revelando aspectos sobre a eficácia dos acordos internos no processo de aprovação das resoluções; d) a atuação das comissões; e e) os atores que encaminharam resoluções para aprovação pelo plenário do Conselho.

Em seguida, analisamos as resoluções sob o ponto de vista do uso de instrumentos reguladores, segundo gestão presidencial e evidenciando a atuação de cada Ministro. Consideraremos, principalmente, o índice de resoluções homologadas e se houve “decurso de prazo”. Outro fator importante, diz respeito à não-implementação das resoluções, último recurso em casos onde já houve homologação.

1. O Perfil das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde

1.1 Variações na Produção de Políticas: o índice de Resoluções

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, de 1991 até 2006, 358 resoluções para serem homologadas pelos respectivos Ministros de Estado da Saúde. Trata-se de uma dinâmica decisória expressiva, se a compararmos a de

⁵⁵ Em anexo, encontra-se o livro de códigos organizado para orientar a classificação das resoluções no banco de dados estatístico. Fazemos referência ao livro de códigos desenvolvido pelo núcleo de pesquisa “Democracia e Instituições Políticas Paranaenses”, coordenado pelo Prof. Dr. Mario Fuks, o qual está disponível no site /www.nadd.prp.usp.br/cis

outros Conselhos de Saúde como a do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba - o qual, de 1991 até 2001 aprovou apenas 46 resoluções⁵⁶ - enquanto que, no mesmo período, o CNS aprovou 313 resoluções.

Vejamos primeiramente como o Conselho se comportou ao longo de cada gestão presidencial. Importa saber se haveria alguma variação significativa no número de resoluções na passagem de um governo para outro.

Na tabela 01, os dados revelam que o Conselho Nacional de Saúde emitiu a maior parte de suas resoluções, cerca de 80,7%, nas duas primeiras gestões de governo, ou seja, na gestão de Fernando Collor de Mello e Itamar Franco⁵⁷, e primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. A partir de 1998 até 2006, observa-se uma queda significativa no índice de resoluções emitidas pela instituição, variando entre 7,8% no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso e 11,5% durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

TABELA 01: RESOLUÇÕES POR GESTÃO PRESIDENCIAL

Gestão de Governo	Número de Resoluções	%
Collor/Itamar Franco	148	41,3%
FHC (I Mandato)	141	39,4%
FHC (II Mandato)	28	7,8%
LULA	41	11,5%
Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Um dado importante está no comportamento diferenciado da instituição nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso. Na primeira gestão, observa-se que o Conselho manteve o índice de resoluções muito próximo ao do período anterior relativo ao governo Collor / Itamar Franco. Já na segunda gestão há uma redução, visto que o Conselho emitiu apenas 28 resoluções ao longo de quatro anos.

⁵⁶ Os dados referem-se à pesquisa realizada sobre os Conselhos Gestores de Políticas Sociais da cidade de Curitiba, coordenada pelo Prof. Dr. Mario Fuks e estão disponíveis no site do Consórcio de Informações Sociais (CIS), www.nadd.prp.usp.br/cis.

⁵⁷ Optamos por agregar os dados relativos às gestões dos presidentes Fernando Collor de Mello e Itamar Franco, visto que o Conselho permaneceu somente por um ano sob a gestão de Collor até a data de seu *impeachment*.

No governo Lula, por sua vez, esse índice aumenta um pouco, isto é, passa de 7,8% no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, para 11,5%, mas não representa um aumento significativo, se comparado às duas primeiras gestões presidenciais.

Nesse sentido, observa-se que o CNS produziu grande número de decisões sobre política de saúde até 1998, visto que nos oito primeiros anos de atuação foram 289 resoluções e, de 1998 a 2006, nos últimos oito anos, portanto, apenas 69 resoluções.

Considerados esses dados em termos do número de resoluções por reunião, na tabela 02 verifica-se que tanto no governo Collor/Itamar Franco, como no primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso o CNS deliberou cerca de 3,7 resoluções por reunião, acima, portanto, da média do Conselho de 2,2 resoluções por reunião. Já no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, o índice permanece em 0,6. No governo Lula, por sua vez, o índice sobe um pouco, mas ainda permanece abaixo da média, ou seja, 0,9 resoluções por reunião.

TABELA 02 – RESOLUÇÕES EMITIDAS POR REUNIÃO EM CADA GESTÃO PRESIDENCIAL

Gestão de Governo	Número de Resoluções	Número de Reuniões	Número de Resoluções por Reunião
Collor/Itamar Franco	148	40	3,7
FHC (I Gestão)	141	39	3,6
FHC (II Gestão)	28	44	0,6
LULA	41	42	0,9
Total	358	165	2,2

FONTE: Banco de dados da autora.

Nesse sentido, verificamos que houve uma diminuição significativa na atividade política do Conselho, em termos de decisões consubstanciadas em resoluções.

Que fatores poderiam explicar a variação encontrada? Esses dados poderiam ser avaliados sob o ponto de vista da dinâmica de institucionalização do Conselho e da própria política de saúde no Brasil. Nessa perspectiva, certas demandas já teriam sido objeto de decisão política por parte do governo e do

Conselho, contribuindo para uma redução no número de resoluções emitidas pela instituição.

Esse argumento, no entanto, pode ser refutado apenas com uma breve leitura das atas do Conselho posteriores a 1998. Nelas, observamos que a pauta continua repleta de assuntos que demandam deliberação por parte da instituição. Afirmamos que a variação encontrada pode ser explicada pelo uso por parte do Ministro de instrumentos reguladores, os quais já fizemos referência. Nesse caso, trata-se da atuação de Ministros não cooperativos, conforme teremos a oportunidade de observar mais à frente.

Neste momento ainda, convém analisarmos se o Conselho decide sobre assuntos relevantes para o sistema de saúde nacional, objeto da próxima seção.

1.2 Perfil dos Assuntos das Resoluções

Na tabela 03, a maior parte das resoluções do CNS, cerca de 72,6%, dizem respeito a assuntos públicos, ou seja, a assuntos que se reportam ao Sistema Único de Saúde e não à dinâmica interna do Conselho.

TABELA 03 – CATEGORIA GERAL DOS ASSUNTOS DAS RESOLUÇÕES

Categoria Geral dos Assuntos	Número de Resoluções	%
Assuntos Internos	98	27,4%
Assuntos Públicos	260	72,6%
Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Quando desmembramos esses assuntos, no entanto, verificamos que as resoluções relacionadas a questões importantes da área de saúde, como, por exemplo, financiamento e elaboração de políticas, apresentam praticamente o mesmo índice alcançado por assuntos como “Criação de Comissão” que se refere apenas à organização interna do Conselho. De acordo com os dados da tabela 04, 20,4% das resoluções dizem respeito a “Criação de Comissão”, enquanto 19,8% a “Finanças” e 18,2% a “Elaboração e Discussão de Políticas de Saúde”.

TABELA 04 - TIPO DE ASSUNTO DAS RESOLUÇÕES

	ASSUNTOS	Número de Resoluções	%
ASSUNTOS INTERNOS	Regimento Interno/Organização Interna	9	2,5%
	Criação de Comissão (convocação)	73	20,4%
	Capacitação de Conselheiros	3	0,8%
	Participação de Conselheiros em Conferências/Comissões	6	1,7%
ASSUNTOS PÚBLICOS	Organização do SUS	23	6,4%
	Finanças	71	19,8%
	Recursos Humanos/Funcionalismo Saúde	16	4,5%
	Participação	22	6,1%
	Elaboração e Discussão de Políticas de Saúde	65	18,2%
	Programas Governamentais	20	5,6%
	Contratos e Convênios	4	1,1%
	Credenciamento	1	0,3%
	Fiscalização	2	0,6%
	Ensino/Escolas Médicas	31	8,7%
	Medicina Suplementar	2	0,6%
	Outros	10	2,8%
	Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Assim, entre quinze tipos de assuntos decididos no Conselho, três se destacam, somando 58,4% das resoluções. E entre estes, por sua vez, apenas dois se reportam ao Sistema de Saúde (“Finanças” e “Elaboração de Políticas de Saúde”), enquanto o terceiro – “Criação de Comissão” – revela apenas aspectos da organização interna do Conselho, ou seja, da forma como se organiza o processo decisório no âmbito do CNS.

Ao observarmos os dados a partir de cada uma das gestões presidenciais, na tabela 05, nas duas primeiras gestões as deliberações do CNS versam sobre um número maior de assuntos, ainda que haja uma certa concentração de decisões em questões como “Criação de Comissão”, “Finanças” e “Elaboração e Discussão de Políticas Públicas”. A partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso alguns assuntos deixam de ser objeto de resolução, como, por exemplo, “Capacitação”, “Credenciamento”, “Fiscalização” e, no

segundo mandato, “Participação de Conselheiros em Conferências/Comissões”, “Recursos Humanos”, “Contratos / Convênios” e “Medicina Suplementar”.

TABELA 05 – ASSUNTO DAS RESOLUÇÕES POR GESTÃO PRESIDENCIAL

	ASSUNTOS																
	Regimento Interno	Comissão	Participação de Conselheiros/ Conferências	Capacitação	Organização do SUS	Finanças	Recursos Humanos/ Funcionalismo Saúde	Participação	Elaboração de Políticas de Saúde	Programas	Contratos/ Convênios	Credenciamento	Fiscalização	Ensino/ Escolas	Medicina Suplementar	Outros	TOTAL
Collor/ Itamar Franco	5 3,4% 55,5%	30 21% 41,1%	2 1,3% 33,3%	1 0,7% 33,3%	10 6,7% 45,4%	33 22,3% 46,5%	10 6,7% 62,5%	14 9,4% 63,6%	19 12,8% 29,2%	6 4% 30%	2 1,3% 50%	1 0,6% 100%	2 1,3% 100%	10 6,7% 32,2%	0 0% 0%	3 2,1% 30%	148 100% 41,4%
FHC Primeiro Mandato	2 1,4% 22,2%	23 16,3% 31,5%	4 2,8% 66,6%	0 0% 0%	8 6% 36,4%	35 24,8% 49,3%	5 3,5% 31,2%	2 1,4% 9,1%	34 24,1% 52,3%	8 5,7% 40%	2 1,4% 50%	0 0% 0%	0 0% 0%	9 6,4% 29,1%	2 1,4% 100%	7 4,9% 70%	141 100% 39,4%
FHC Segundo Mandato	1 3,6% 11,1%	10 35,7% 13,7%	0 0% 0%	0 0% 0%	1 3,6% 4,5%	1 3,6% 1,4%	0 0% 0%	4 14,3% 18,2%	5 17,8% 7,7%	2 7,1% 10%	0 0% 0%	0 0% 0%	0 0% 0%	4 14,3% 12,9%	0 0% 0%	0 0% 0%	28 100% 7,8%
LULA	1 2,4% 11,1%	10 24,4% 13,7%	0 0% 0%	2 4,8% 66,6%	4 14,3% 18,2%	2 4,8% 2,8%	1 2,4% 6,2%	2 4,8% 9,1%	7 17,1% 10,7%	4 14,3% 20%	0 0% 0%	0 0% 0%	0 0% 0%	8 19,5% 25,8%	0 0% 0%	0 0% 0%	41 100% 11,4%
Total	9 2,5% 100%	73 21% 100%	6 1,7% 100%	3 0,8% 100%	22 6,2% 100%	71 19,8% 100%	16 4,4% 100%	22 6,2% 100%	65 18,1% 100%	20 5,6% 100%	4 1,1% 100%	1 0,3% 100%	2 0,5% 100%	31 8,6% 100%	2 0,5% 100%	10 2,8% 100%	358 100% 100%

FONTE: Banco de dados da autora

Na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, por sua vez, alguns assuntos são retomados pela instituição, como “Capacitação” e “Recursos Humanos”, permanecendo, no entanto, a ausência de questões como “Participação de Conselheiros em Conferências/Comissões”, “Contratos/Convênios”, “Credenciamento”, “Fiscalização” e “Medicina Suplementar”.

Tendo em vista o que já demonstramos acerca da diminuição no índice de resoluções a partir de 1998, esses dados se revestem de importância quando observamos essa variação em termos de assuntos deliberados. De acordo com a tabela 05, em assuntos como “Finanças”, as resoluções do CNS oscilam entre 46,5% e 49,3% nas duas primeiras gestões de governo, passando para 1,4% e 2,8%, nas gestões de Fernando Henrique Cardoso (segundo mandato) e Lula. Nesse sentido, em questões relativas a financiamento, assunto de extrema relevância para o Sistema Único de Saúde, o Conselho emitiu apenas três resoluções ao longo dos últimos oito anos.

No caso de outro assunto que constitui competência do CNS como “Elaboração de Políticas de Saúde”, também há uma significativa variação, cerca de 29,2% e 52,3% nos dois primeiros mandatos presidenciais, e 7,7% e 10,7% nos últimos oito anos, no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso e governo Lula.

Em outro assunto, como “Criação de Comissão”, objeto de interesse dos conselheiros, tendo em vista que se trata de organizar e criar espaços de discussão em torno de temas de interesse das entidades participantes do Conselho, também observamos uma clara redução no número de resoluções. Nas duas primeiras gestões oscilam entre 41,1% e 31,5%, caindo para 13,7% a partir de 1998, quando então permanece constante.

Em termos de produção de políticas de saúde, portanto, há uma significativa variação ao longo dos últimos oito anos por parte do CNS. Embora o perfil dos assuntos permaneça relativamente constante, o índice de assuntos importantes para o setor foi sendo consideravelmente reduzido. Além disso,

observa-se um importante contraste na atuação do Conselho em duas gestões de um mesmo presidente, Fernando Henrique Cardoso⁵⁸.

1.3 Tempo de Discussão das Resoluções e a Atuação das Comissões

No que diz respeito ao tempo que cada resolução levou para ser aprovada pelo plenário, a tabela 06 indica que o CNS aprova rapidamente suas resoluções, visto que 83% delas foram decididas pelo plenário em apenas uma reunião.

TABELA 06 - TEMPO PARA DISCUTIR AS RESOLUÇÕES

Nº Reuniões	Nº Resoluções	%
1,00	297	83%
2,00	42	11,7%
3,00	7	2%
4,00	7	2%
5,00	3	0,8%
7,00	1	0,3%
11,00	1	0,3%
Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Esses dados sugerem que as negociações e acordos relativos ao processo de votação das resoluções tendem a ser estabelecidos com grande eficácia, no sentido de que são fechados de tal forma a garantir que o processo de decisão se dê em uma única reunião. A forma como são feitos esses acordos, segundo um conselheiro entrevistado, pode ocorrer previamente, embora o debate no plenário faça com que os conselheiros precisem fechá-los no decorrer da reunião.

⁵⁸ É importante frisar que não constitui objetivo deste trabalho inferir as razões que determinaram o perfil das políticas discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Sabemos que muitas delas estão relacionadas aos interesses dos diversos atores envolvidos, assim como a questões conjunturais como, por exemplo, as várias resoluções sobre financiamento no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso. Nesse caso, por exemplo, constava na agenda do Conselho a discussão permanente sobre a necessidade de garantir mais recursos para a saúde. Algo que culminou na criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras), cujos recursos seriam inicialmente destinados apenas à esse setor.

Não vou te dizer que não é possível [estabelecer acordos antecipadamente]. Depende. A maioria dos acordos acontece previamente, mas quando vai para o pleno do Conselho, esses acordos prévios são muito pequenos. No pleno do Conselho muitas vezes é necessário parar, tomar café, ir para o almoço, aí lá no almoço se fecham os acordos ou nos corredores a gente consegue fechar alguns consensos⁵⁹.

O fato de que a maior parte das resoluções foi discutida pelos conselheiros em apenas uma reunião pode indicar também que eles possuem informação suficiente para deliberar.

Na prática decisória do CNS, as comissões têm um papel importante no sentido de reunir elementos técnicos e políticos para o processo de deliberação no plenário. São elementos técnicos, na medida em que há busca de informações junto às secretarias do Ministério da Saúde ou de um conhecimento especializado sobre o tema. E políticos, quando se estabelecem articulações seja com setores interessados naquela política, seja com o setor governamental, por exemplo, o Ministério da Saúde e o Congresso Nacional.

Além disso, a atuação das comissões indica que há um espaço de discussão temática no interior do Conselho Nacional de Saúde, contribuindo para qualificar o debate e as deliberações. Mais a frente poderemos analisar em que medida esse número elevado de comissões também atua em termos de uma participação efetiva na aprovação de resoluções durante o processo decisório do CNS.

No que diz respeito à atuação das comissões no processo de deliberação das resoluções, a tabela 07 indica que 42,5% dessas decisões foram discutidas no âmbito das comissões, ou seja, uma parte importante das decisões do Conselho são frutos lógicas decisórias, ou seja, passam primeiramente pelo crivo de uma comissão para posterior ratificação pelo plenário.

Embora não represente o maior índice, essa percentagem é relevante, uma vez que as comissões agregam interesses de acordo com temáticas e possuem o papel de munir o Conselho com informações técnicas, além de realizarem uma atuação política, no sentido de estabelecerem articulações com setores do Ministério da Saúde.

⁵⁹ Entrevista nº 01.

TABELA 07 – DISCUSSÃO DA RESOLUÇÃO NA COMISSÃO

	Número de Resoluções	%
Sim	152	42,5%
Não	206	57,5%
Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Entre as comissões que mais atuaram, destaca-se a Comissão de Orçamento e Finanças, com 32,7% de participação no processo decisório das resoluções. Em segundo lugar, com 17,7% está a Comissão de Saúde do Índio. Outras possuem entre cinco e dez por cento, como a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), com 4,7%; a Comissão de Recursos Humanos com 5,6%, a Comissão de Saúde do Trabalhador, com 7,5%, as Comissões de Ciência e 5,6%, Ciência e Tecnologia com 7,5%; e, finalmente, a Comissão Técnica de Atuação Profissional da Área da Saúde com 8,4%, e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com 9,4% de participação.

Quanto às demais, algumas não chegam a atingir cinco por cento de atuação (Comissão de Alimentação e Nutrição - 2,8%; de Saneamento e Meio Ambiente – 0,9%; de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica – 0,9%; Comissão Técnica de Prestadores de Serviços de Saúde – 0,9%; e de Saúde Mental – 0,9%).

TABELA 08 – PARTICIPAÇÃO DE CADA COMISSÃO NO ENCAMINHAMENTO DE RESOLUÇÕES

Comissão	Número de Resoluções	%
Alimentação e Nutrição	3	2,8%
Saneamento e Meio Ambiente	1	0,9%
Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia	1	0,9%
Recursos Humanos	6	5,6%
Saúde do Índio	19	17,7%
Saúde do Trabalhador	8	7,5%
Comissão de Orçamento e Finanças	35	32,7%
Comissão Técnica de Atuação Profissional da Área da Saúde	9	8,4%
Comissão Técnica de Prestadores de Serviços de Saúde	1	0,9%
Ciência e Tecnologia	8	7,5%
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP	10	9,4%
Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU	5	4,7%
Saúde Mental	1	0,9%
Total	107¹	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Nota 1: Consideramos apenas os dados sobre Comissões Permanentes.

1.4 Participação dos Atores no Encaminhamento de Resoluções para Aprovação no Plenário do Conselho

De acordo com a tabela 09, a proposta final de resolução apresentada pelos atores ao final do debate, foi encaminhada por dois atores principais: membros do Conselho e membros de comissão que, juntos, somam 77,6%. A margem de atuação do Ministério da Saúde é relativamente pequena, cerca de 9,2% das resoluções. A presença de assessores técnicos, da Secretaria Executiva do Conselho e da atuação da Comissão Intergestores Tripartite são ainda menos expressivas.

Esses dados indicam que atores externos ao CNS têm pouca participação no encaminhamento das resoluções para deliberação, sendo algo que compete

aos conselheiros, seja atuando como representantes de comissões ou na dinâmica decisória do plenário.

TABELA 09 – ATORES QUE ENCAMINHARAM RESOLUÇÕES PARA APROVAÇÃO

Atores	Número de Resoluções	%
Ministério da Saúde	33	9,2%
Membros do Conselho	138	38,5%
Assessoria Técnica do Conselho	12	3,4%
Membros de Comissão	140	39,1%
Comissão Intergestores Tripartite	1	0,3%
Secretaria Executiva	3	0,8%
Outros	1	0,3%
Indefinido	30	8,4%
Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Na tabela 10 observa-se a participação de cada um dos atores mencionados acima, nos diversos assuntos consubstanciados em resolução. Ao analisarmos separadamente a participação de cada um, verificamos aspectos acerca dos interesses de cada uma das categorias de atores envolvidos no processo deliberativo do Conselho Nacional de Saúde.

Atores representativos do Ministério da Saúde, por exemplo, encaminharam e aprovaram propostas de resolução relativas, principalmente, ao assunto financiamento, com 45,5%. Outro assunto está relacionado a “Elaboração de Políticas de Saúde”, com 21,2%, além de “Programas Governamentais” e “Ensino / Escolas Médicas”, com 12,1%.

Algumas destas resoluções dizem respeito à proposta orçamentária do Ministério da Saúde⁶⁰, reajuste de valores e procedimentos das tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do SUS⁶¹. Entre os programas, podemos citar “Política

⁶⁰ Resolução número 08 (29/08/ 1991).

⁶¹ São exemplos de resoluções, número 64 (08/07/1993), 66 (05/08/1993), 75 (02/09/1993), 78 e 79 (02/09/1993), 85 e 86 (11/11/1999), 97 (21/12/1993), 98 (03/02/1994), 101 (28/02/1994), 104 (07/04/1994).

Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidente e Violência”⁶², “Política Nacional de Assistência Farmacêutica”⁶³ e “Política Nacional de Saneamento Ambiental”⁶⁴.

Quanto aos demais atores, verificamos que os assuntos encaminhados e aprovados como resolução são aqueles relacionados a “Criação de Comissão”, “Finanças” e “Elaboração de Políticas de Saúde”.

Um dado relevante diz respeito ao fato de que um assunto como “Finanças” foi encaminhado para deliberação por quatro atores: Membros de Comissão (39,4%), Ministério da Saúde e Membros do Conselho, ambos com 21,1%, e Assessoria Técnica (14,1%). No que diz respeito a este último ator, como podemos verificar na tabela abaixo, a sua participação no Conselho Nacional de Saúde ocorreu, em sua maior parte (83,3%), no encaminhamento de questões relacionadas a financiamento. Isso demonstra que o Conselho se valeu desse tipo de conhecimento técnico para qualificar suas deliberações e, dessa forma, influenciar decisões relativas a recursos para o Sistema Único de Saúde⁶⁵.

⁶² Resolução número 309 (08/03/2001).

⁶³ Resolução número 338 (06/05/2004).

⁶⁴ Resolução número 341 (01/09/2004).

⁶⁵ Um dado importante diz respeito ao índice de homologação dessas resoluções. De acordo com os dados, das resoluções encaminhadas sobre Financiamento, apenas aquelas que partiram de Membros do Conselho sofreram veto (das quinze resoluções, cinco foram vetadas), em contraste com aquelas de atores como Ministério da Saúde e Assessoria Técnica do Conselho, as quais foram todas homologadas.

TABELA 10 – PARTICIPAÇÃO DOS ATORES POR ASSUNTO DAS RESOLUÇÕES

Assuntos																	
Atores	Regimento Interno/ Organização Interna	Criação de Comissão (convocação)	Capacitação de Conselheiros	Participação de Conselheiros em Conferências/ Comissões	Organização do SUS	Finanças	Recursos Humanos/ Funcionalismo Saúde	Participação	Elaboração de Políticas de Saúde	Programas Governamentais	Contratos e Convênios	Credenciamento	Fiscalização	Ensino/ Escolas Médicas	Medicina Suplementar	Outros	Total
Ministério da Saúde	1	1	0	0	0	15	0	0	7	4	1	0	0	4	0	0	33
	3,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	45,5%	0,0%	0,0%	21,2%	12,1%	3,0%	0,0%	0,0%	12,1%	0,0%	0,0%	100%
	11,1%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	21,1%	0,0%	0,0%	10,8%	20%	25,0%	0,0%	0,0%	12,9%	0,0%	0,0%	9,2%
Membros do Conselho	6	35	1	1	9	15	5	12	29	6	2	1	1	9	1	5	138
	4,3%	25,4%	0,7%	0,7%	6,5%	10,9%	3,6%	8,7%	21,0%	4,3%	1,4%	0,7%	0,7%	6,5%	0,7%	3,6%	100%
	66,7%	47,9%	33,3%	16,7%	39,1%	21,1%	31,3%	54,5%	44,6%	30%	50%	100%	50%	29,0%	50%	50%	38,5%
Assessoria Técnica do Conselho	1	1	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
	8,3%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
	11,1%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	14,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%
Comissão	1	29	2	2	10	28	10	9	22	7	0	0	0	16	1	3	140
	0,7%	20,7%	1,4%	1,4%	7,1%	20%	7,1%	6,4%	15,7%	5%	0,0%	0,0%	0,0%	11,4%	0,7%	2,1%	100%
	11,1%	39,7%	66,7%	33,3%	43,5%	39,4%	62,5%	40,9%	33,8%	35,0%	0,0%	0,0%	0,0%	51,6%	50%	30%	39,1%
Comissão Intergestores Tripartite	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Secretaria Executiva	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Indefinido	0	6	0	3	2	3	1	1	6	2	1	0	1	2	0	2	30
	0,0%	20%	0,0%	10%	6,7%	10%	3,3%	3,3%	20%	6,7%	3,3%	0,0%	3,3%	6,7%	0,0%	6,7%	100%
	0,0%	8,2%	0,0%	50%	8,7%	4,2%	6,3%	4,5%	9,2%	10%	25,0%	0,0%	50%	6,5%	0,0%	20%	8,4%
TOTAL	9	73	3	6	23	71	16	22	65	20	4	1	2	31	2	10	358
	2,5%	20,4%	0,8%	1,7%	6,4%	19,8%	4,5%	6,1%	18,2%	5,6%	1,1%	0,3%	0,6%	8,7%	0,6%	2,8%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

2. “Instrumentos Reguladores” e a Dinâmica Decisória do Conselho Nacional de Saúde

As tabelas desta seção trazem alguns dados sobre o uso de instrumentos reguladores no Conselho.

De acordo com a tabela 11, a maior parte das resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 83,5%, foram homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde. O veto, portanto, ocorreu em apenas 16,5% das resoluções aprovadas pelo CNS.

TABELA 11 – HOMOLOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES

	Número de Resoluções	%
Sim	299	83,5%
Não	59	16,5%
Total	358	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Tendo em vista que o Regimento Interno estabelece que o prazo máximo para homologação das resoluções é trinta dias, contados a partir da data de aprovação pelo plenário, a tabela 12 aponta o tempo que cada resolução levou para ser homologada. O objetivo é analisar em que medida o Ministro extrapolou esse prazo, algo que poderia contribuir para prescrever o teor da resolução, enfraquecendo a sua importância e o seu impacto.

De acordo com os dados, 76,5% das resoluções foram homologadas no prazo estabelecido, ou seja, até trinta dias após a sua aprovação no plenário. Convém examinar, no entanto, quais Ministros demoraram mais tempo para homologar e sobre quais assuntos. Algo que será considerado mais a frente.

TABELA 12 - TEMPO PARA HOMOLOGAR AS RESOLUÇÕES

Tempo	Nº Resoluções	%
Até 30 dias	229	76,5%
De dois meses a um ano	70	23,4%
Total	299	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

A última tabela traça um panorama das resoluções depois de homologadas pelo Ministro. O objetivo, nesse caso, é verificar em que medida essas decisões foram efetivamente implementadas. A classificação das resoluções obedece ao critério adotado pelo CNS⁶⁶. No que se refere especificamente à categoria “Situação Indefinida”, consideramos os casos em que o próprio Conselho não possui registro sobre a real situação da resolução.

De acordo com os dados, boa parte das resoluções homologadas foi implementada, um índice que atinge 62,2%, contra 30,4% de resoluções não implementadas.

TABELA 13 – ÍNDICE DE IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES

	Número de Resoluções	%
Implementada	186	62,2%
Não Implementada	91	30,4%
Revogada	8	2,7%
Parcialmente Implementada	6	2,0%
Situação Indefinida	8	2,7%
Total	299	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Esses dados sugerem que boa parte das resoluções assinadas saiu do papel. Algo que, no entanto, não invalida a relevância do índice de 30,4% de resoluções não implementadas, pois ele indica que um número razoável de políticas aprovadas pelo Conselho foram engavetadas.

⁶⁶ A classificação das resoluções foi realizada pelo Conselho Nacional de Saúde

Esses dados poderiam indicar que o CNS possui um padrão ótimo de eficácia deliberativa, visto que mais de oitenta por cento de suas decisões foram homologadas e, ainda, mais de setenta e cinco por cento delas foram no prazo legalmente estabelecido. No que diz respeito à implementação, os índices diminuem um pouco, mas ainda assim apontam que a maior parte das decisões chegam a ser implementadas.

Antes de prosseguirmos, no entanto, vejamos os dados de uma forma mais fragmentada, sob a perspectiva das gestões presidenciais.

De acordo com a tabela 14, verificamos que o índice de resoluções não homologadas ao longo das gestões presidenciais é relativamente próximo, apresentando uma variação de 22% a 35,6% nos três primeiros mandatos presidenciais, com exceção do governo Lula, onde não passa de 8,5%.

O dado que chama atenção nessa tabela diz respeito ao fato de que mesmo havendo redução no número de resoluções no segundo mandato de FHC, o índice de veto verificado permanece constante, acompanhando, portanto, a tendência verificada nos dois governos anteriores.

Nesse sentido, se observarmos os dados sob o ponto de vista do número de resoluções por gestão, no segundo mandato de FHC o índice de veto cobre 75% de todas as resoluções emitidas pelo Conselho nesse período. Enquanto que no governo Collor/Itamar o índice não passa de 8,8%, no primeiro mandato de FHC, 14,2% e governo Lula, 12,2%.

TABELA 14 – USO DO VETO NAS RESOLUÇÕES POR GESTÃO PRESIDENCIAL

Gestão de Governo	SIM	NÃO	Número de Resoluções
Collor/Itamar Franco	135 91,2% 45,1%	13 8,8% 22%	148 100% 41,4%
FHC (I Mandato)	121 85,8% 40,5%	20 14,2% 33,9%	141 100% 39,4%
FHC (II Mandato)	7 25% 2,3%	21 75% 35,6%	28 100% 7,8%
LULA	36 87,8% 12,1%	5 12,2% 8,5%	41 100% 11,4%
Total	299 83,5% 100%	59 16,5% 100%	358 100% 100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Os dados da tabela abaixo apontam o uso de “decurso de prazo” em cada uma das gestões presidenciais. Conforme podemos observar, embora a maior parte, 76,6% das resoluções, não tenha sido objeto desse recurso, existe uma variação importante no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. Observamos que, comparativamente aos demais períodos, o “decurso de prazo” foi um instrumento utilizado em 60% das resoluções.

TABELA 15 – INCIDÊNCIA DE DECURSO DE PRAZO POR GESTÃO PRESIDENCIAL

Gestão de Governo	SIM	NÃO	TOTAL
Collor/Itamar Franco	14	121	135
	10,4%	89,6%	100%
	20%	52,8%	45,1%
FHC (I Mandato)	42	79	121
	34,7%	65,3%	100%
	60%	34,5%	40,5%
FHC (II Mandato)	4	3	7
	57,2%	42,8%	100%
	5,7%	1,3%	2,4%
LULA	10	26	36
	27,8%	72,2%	100%
	14,3%	11,3%	12,1%
Total	70	229	299
	23,4%	76,6%	100%
	100%	100%	100%

FONTE: Banco de dados da autora

Percebemos que os índices agregados indicam que o Conselho demonstra grande eficácia política para aprovar suas principais decisões e, ainda, no prazo legal. Ao observarmos esses dados por gestão presidencial, no entanto, percebemos variações importantes, as quais estão relacionadas ao uso que cada Ministro fez dos instrumentos reguladores.

Deixamos um pouco de lado, portanto, aquelas hipóteses que extraem da participação social a explicação para esse fenômeno. Nesse caso, alterações no perfil dos atores envolvidos no processo de deliberação promoveriam a variação apontada.

Analisamos as entidades participantes do Conselho e verificamos que não houve mudança significativa nos atores participantes. Conforme demonstra o quadro 01 em anexo, o regimento interno estabelecia até 2003 a nomenclatura de praticamente todas as entidades que deveriam compor os segmentos do Conselho Nacional de Saúde. Os representantes dessas organizações, por sua vez, em sua maioria, conforme apontaram as entrevistas, se revezavam nos cargos de titular e suplente ao longo das gestões. Somente a partir de 2006 passa a vigorar a

existência de um processo eleitoral para fins de seleção das entidades participantes do Conselho.

Nesse sentido, a explicação não poderia partir somente do perfil dos atores participantes, haja vista que ele sofreu poucas alterações no decorrer dos anos. Sugerimos, por sua vez, que a variação encontrada está relacionada às regras institucionais. Em outros termos, consideramos que as regras que estabelecem instrumentos reguladores ao Ministro de Estado da Saúde são responsáveis por afetar significativamente a dinâmica decisória do Conselho Nacional de Saúde.

Na próxima seção classificaremos cada Ministro de acordo com os modelos propostos no início deste capítulo. O objetivo é demonstrar as possibilidades do Conselho Nacional de Saúde aprovar suas políticas e, portanto, influenciar o processo mais amplo de definição das políticas para o setor.

Isso porque, conforme já defendemos, a capacidade do CNS formular políticas e fiscalizar as ações do Executivo não depende somente da maior ou menor qualidade da participação, mas também das regras institucionais que definem os recursos e instrumentos que estão à disposição dos atores para influenciar os processos de decisão política dessas instituições.

2.1 A Atuação dos Ministros

Entre 1990 e 2006, treze Ministros assumiram o Ministério da Saúde, e, por conseguinte, a presidência do Conselho Nacional de Saúde. Cada um deles, por sua vez, permaneceu no cargo por períodos diferentes⁶⁷. Nesse sentido, na

⁶⁷ Com relação ao período que estamos analisando, o Ministro Alceni Guerra permaneceu no cargo no período de 15/03/1990 a 23/01/1992; José Goldemberg, de 24/01/1992 a 12/02/1992; Adib Jatene esteve no cargo por duas oportunidades, de 12/02/1992 a 02/10/1992 e de 01/01/1995 a 06/11/1996; Jamil Haddad, de 08/10/1992 a 19/08/1993, Henrique Santillo, de 30/08/1993 a 01/01/1995; José Carlos Seixas, de 06/11/1996 a 13/12/1996; Carlos César de Albuquerque, de 13/12/1996 a 31/03/1998; José Serra, de 31/03/1998 a 20/02/2002; Barjas Negri, de 21/02/2002 a 31/12/2002; Humberto Costa, de 01/01/2003 a 08/07/2005; José Saraiva Felipe, de 08/07/2005 a 31/03/2006 e José Agenor Álvarez, de 31/03/2006 a 16/03/2007. Apenas o ex-Ministro Saulo Pinto Moreira, o qual permaneceu no cargo entre 19/08/1993 e 30/08/1993, não participou da homologação das resoluções do CNS.

tabela 16, consideramos o número de resoluções emitidas na gestão de cada Ministro, tendo em vista o tempo que cada um deles permaneceu no cargo.

Os dados sugerem que o Conselho Nacional de Saúde emitiu em média, cerca de 2,2 resoluções por reunião. Quando comparamos a atuação do CNS na gestão de cada Ministro, percebemos que o número de resoluções aprovadas pelo plenário do Conselho varia. Como, por exemplo, nas gestões de Alcení Guerra, Jamil Haddad e Barjas Negri, em que cada um esteve à frente do Conselho por nove reuniões. Enquanto na gestão de Barjas Negri menos de uma resolução foi emitida por reunião, na gestão de Alcení Guerra chegou a duas e, na de Jamil Haddad, 4,4 resoluções por reunião, acima da média do Conselho.

Outro exemplo diz respeito ao ex-Ministro José Serra. Nesse caso, na gestão do Ministro que mais tempo permaneceu na Presidência do Conselho, poucas resoluções foram emitidas pela instituição, menos de uma por reunião.

Na gestão de Humberto Costa também observamos que o Conselho emitiu poucas resoluções (1,1 resolução por reunião), assim como nas gestões dos Ministros José Saraiva Felipe (0,8) e José Agenor Álvarez da Silva (0,6).

TABELA 16 – ÍNDICE DE RESOLUÇÕES POR TEMPO DE GESTÃO MINISTERIAL

Ministro	Nº Resoluções	Nº Reuniões¹	Número de Resoluções por Reunião
Alcení Guerra	18	09	2,0
José Goldemberg	5	01	5,0
Jamil Haddad	40	9	4,4
Henrique Santillo	82	15	5,5
José Carlos Seixas	09	03	3,0
Adib Jatene	49	22	2,2
Carlos César de Albuquerque	69	13	5,3
José Serra	41	42	0,9
Barjas Negri	04	09	0,4
Humberto Costa	31	29	1,1
José Saraiva Felipe	07	08	0,8
José Agenor Álvarez da Silva	03	05	0,6
Total	358	165	2,2

FONTE: Banco de dados da autora.

Nota 01: Consideramos as reuniões cuja data coincide com a última resolução homologada pelo Ministro.

No que diz respeito ao índice de homologação das resoluções do CNS, podemos observar na tabela 17 que tanto Alcení Guerra, como José Goldemberg e José Carlos Seixas foram Ministros que homologaram todas as resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Outros Ministros, por sua vez, deixaram de homologar uma ou duas resoluções, como é o caso de Jamil Haddad (uma resolução), Adib Jatene (duas resoluções), Humberto Costa (duas resoluções), José Saraiva Felipe (duas resoluções) e José Agenor Alvarez da Silva (uma resolução).

Entre os Ministros que deixaram de homologar um número maior de resoluções estão Henrique Santillo e Carlos César de Albuquerque, ambos com onze resoluções. Dois Ministros, por sua vez, vetaram mais que homologaram, é o caso de José Serra e Barjas Negri.

TABELA 17 – ÍNDICE DE HOMOLOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES POR GESTÃO MINISTERIAL

Ministro	Foi Homologada?		Total
	sim	não	
Alcení Guerra	18	0	18
José Goldemberg	5	0	5
Jamil Haddad	39	1	40
Henrique Santillo	71	11	82
José Carlos Seixas	9	0	9
Adib Jatene	47	2	49
Carlos César de Albuquerque	58	11	69
José Serra	15	26	41
Barjas Negri	1	3	4
Humberto Costa	29	2	31
José Saraiva Felipe	5	2	7
José Agenor Alvarez da Silva	2	1	3
Total	299	59	358

FONTE: Banco de dados da autora.

Esses dados podem ser explicados pela participação de alguns Ministros nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, contribuindo para que houvesse maior índice de homologação. De acordo com um conselheiro entrevistado, os ex-Ministros Jamil Haddad e Adib Jatene participavam com muita frequência das reuniões do Conselho, debatendo e discutindo diretamente com os conselheiros.

Primeiro, o Jatene, viciado em Conselho, presidia todas as reuniões. Estava sempre presente e debatia. Ele não só chegava lá para ouvir e dizer o que estava fazendo, mas ele debatia fortemente as medidas que o Conselho estava discutindo, as agendas estabelecidas pelo Conselho. Então, com o Jatene foi um período muito fácil que ele, tanto na primeira como na segunda gestão, foi um período em que o Conselho andou rápido porque tinha a presença do seu presidente. (...) Quando ele não homologava, vinha debater. Às vezes não respondia, não mandava isso por escrito, mas vinha debater e mostrar as falhas, dar os argumentos dele para a não homologação e pedir a formação de comissões para o entendimento. (...) Então, o Jatene foi muito fácil. O Jamil Haddad também foi muito fácil. O Jamil era um homem de participação social, muito fácil. (Entrevista nº 03)

Quando Henrique Santillo assumiu o Ministério da Saúde, em 30/08/1993, o CNS passou a ter dificuldades homologatórias. Segundo o entrevistado, passou-se a não homologar, nem apresentar ao Conselho posição contrária à referida resolução.

O Henrique Santillo de Goiás não participava muito do Conselho, mas não era um entrave específico. Passou-se aí a ter dificuldades homologatórias (...) E o Ministro passava a: nem homologava, nem ia ao Conselho representar contra que era o direito dele. Se começou o papel de não dizer nada, nem homologava, apesar da presença do Cândido que era um aliado do conselho⁶⁸. Tinha essa dificuldade, ficava muito difícil. Passava o tempo o Conselho exigindo, e o tempo ia passando sem que a medida entrasse, tornando quase que inválida a deliberação. (Entrevista nº 03)

A mesma ausência foi atribuída aos ex-Ministros Carlos César de Albuquerque e José Serra. Com relação ao primeiro, um conselheiro afirmou que “Foi um tempo de relação muito tensa entre o Conselho e o Ministério, o Conselho passou a degladiar-se com o Ministério da Saúde.”(Entrevista nº 03)

No que diz respeito à relação do Conselho com o ex-Ministro José Serra, o conselheiro relata uma grande dificuldade: “Com o Serra foi mais difícil. Era uma pessoa mais autoritária do que é hoje, um viés muito autoritário. Tratava o Conselho de cima para baixo, como um órgão auxiliar e não deliberativo. Praticamente só homologou as resoluções que interessavam a ele.”(Entrevista nº 03)

Em outra entrevista, outro conselheiro confirma o fato de que o ex-Ministro José Serra não comparecia às reuniões do CNS, sendo uma relação de grande conflito: “Tivemos então, o Serra que essa foi a relação conflituosa. O Serra só foi

⁶⁸ O entrevistado se refere a João José Cândido, secretário executivo do Conselho na época.

a duas reuniões do Conselho. (...) Ele não assinava as resoluções do Conselho. A gente questionava e tal.”(Entrevista nº01)

Quanto aos Ministros mais recentes, o mesmo entrevistado aponta a existência de boas relações com o CNS ainda que houvesse alguns conflitos: “o Humberto Costa, [tinha] uma relação excelente com o Conselho, ia a praticamente todas as reuniões, já o Saraiva Filipe tinha uma relação de respeito com o Conselho, teve um início de conflitos e a relação atual com o Agenor foi, na minha opinião, uma relação de extrema transparência...”(Entrevista nº01)

Tendo em vista o teor das entrevistas e os dados das tabelas relativos à homologação das resoluções, consideramos que alguns Ministros mais atuantes junto ao Conselho, podem ter dirimido possíveis conflitos nas próprias reuniões plenárias do CNS. Dessa forma, contribuíram para que as resoluções tivessem maior identidade com os interesses do Ministério da Saúde. Em outros casos, por sua vez, o conflito foi transferido para o gabinete do Ministro, elevando o número de resoluções não homologadas.

Convém verificar ainda, se as resoluções homologadas foram publicadas no prazo, conforme estabelece o Regimento Interno do CNS, correspondente a trinta dias após sua aprovação pelo plenário. Consideramos que a demora para homologar uma resolução pode servir de recurso aos Ministros que não tenham interesse em assiná-la, contribuindo para enfraquecer o teor político dessas decisões, assim como a sua imediata aplicabilidade.

Na tabela 18, entre os Ministros que homologaram praticamente todas as resoluções do Conselho, somente José Goldemberg, Jamil Haddad, José Carlos Seixas e José Agenor Alvarez da Silva publicaram as resoluções no prazo legalmente estabelecido.

Quanto ao Ministro Alcení Guerra observamos que as resoluções foram homologadas fora do prazo em virtude da demora na aprovação do Decreto que confere competência homologatória ao Ministro, a qual se deu somente em 12/11/1991, quando já havia ocorrido várias reuniões do Conselho⁶⁹.

⁶⁹ As razões que justificam a demora na aprovação deste decreto não foram investigadas neste trabalho. Podemos apenas sugerir que pode ter sido uma estratégia do governo para inviabilizar a implementação das decisões tomadas nesse período.

O Ministro Henrique Santillo homologou apenas uma resolução fora do prazo. Quanto aos demais Ministros verificamos que, no caso de Carlos César de Albuquerque, das 58 resoluções homologadas, 32 estão fora do prazo, ou seja, 55,2%. Outro Ministro, José Serra, também homologou fora do prazo, pois de 15 resoluções homologadas, 11 excedem o período de 30 dias, entre dois meses e um ano. A entrevista de um conselheiro confirma esses dados: “É claro que com o Serra nunca tinha homologação imediata. Elas ficavam lá para ser analisadas pelos escalões jurídicos do Ministério, tudo levava a isso, um processo lento e de baixa capacidade homologatória”(Entrevista n.03)

No que diz respeito ao ex-Ministro Barjas Negri, a sua única resolução homologada demorou mais de dois meses para ser assinada. Podemos destacar ainda Humberto Costa, o qual, 31,1% das resoluções que homologou foi fora do prazo.

TABELA 18 – INCIDÊNCIA DE DECURSO DE PRAZO POR GESTÃO MINISTERIAL

Ministro	SIM	NÃO	TOTAL
Alceni Guerra	12	6	18
	66,6%	33,3%	100%
	17,2%	2,6%	6,1%
José Goldemberg	0	5	5
	0%	100%	100%
	0%	2,2%	1,7%
Jamil Haddad	0	39	39
	0%	100%	100%
	0%	17,1%	13,1%
Henrique Santillo	1	70	71
	1,4%	98,6%	100%
	1,4%	30,6%	23,7%
José Carlos Seixas	0	9	9
	0%	100%	100%
	0%	3,9%	3,1%
Adib Jatene	3	44	47
	6,3%	93,6%	100%
	4,3%	19,2%	15,7%
Carlos César de Albuquerque	32	26	58
	55,2%	44,8	100%
	45,7%	11,3%	19,4%
José Serra	11	4	15
	73,3%	26,7%	100%
	15,7%	1,7%	5,1%
Barjas Negri	1	0	1
	100%	0%	100%
	1,4%	0%	0,3%
Humberto Costa	9	20	29
	31,1%	68,9%	100%
	12,8%	8,7%	9,7%
José Saraiva Felipe	1	4	5
	20%	80%	100%
	1,4%	1,7%	1,7%
José Agenor Alvarez da Silva	0	2	2
	0%	100%	100%
	0%	0,8%	0,7%
TOTAL	70	229	299
	23,4%	76,6%	100%
	100%	100%	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Vejamos ainda o que os dados nos dizem quando agregamos o uso de dois instrumentos reguladores: veto e decurso de prazo. Na tabela 19, observamos que o uso de cada recurso variou para cada Ministro. Com relação ao “decurso de prazo”, verificamos que apenas Humberto Costa e Carlos César de Albuquerque optaram por esse recurso. No caso de Alcení Guerra, conforme já apontamos, o Decreto que define a autoridade homologatória ao Ministro demorou para ser aprovado, o que contribuiu para elevar o índice de decurso de prazo na gestão desse Ministro.

Os Ministros que usaram o veto foram Henrique Santillo (91,7%), José Serra (70,2%) e Barjas Negri (75%). Outros Ministros também se destacaram, mas o número de resoluções é extremamente baixo, como Jamil Haddad e José Agenor Álvarez, cada um com uma única resolução vetada e Saraiva Felipe que, de três resoluções nas quais houve uso de instrumentos reguladores, duas foram objeto de veto.

TABELA 19 – USO DE INSTRUMENTOS REGULADORES POR GESTÃO MINISTERIAL

Ministro	DECURSO DE PRAZO	VETO	Total
Alceni Guerra	12	0	12
	100%	0%	100%
	17,2%	0%	9,3%
José Goldemberg	0	0	0
	0%	0%	0%
	0%	0%	0%
Jamil Haddad	0	1	1
	0%	100%	100%
	0%	1,7%	0,7%
Henrique Santillo	1	11	12
	8,3%	91,7%	100%
	1,4%	18,6%	9,3%
José Carlos Seixas	0	0	0
	0%	0%	0%
	0%	0%	0%
Adib Jatene	3	2	5
	60%	40%	100%
	4,3%	3,4%	3,8%
Carlos César de Albuquerque	32	11	43
	74,4%	25,6%	100%
	45,7%	18,6%	33,3%
José Serra	11	26	37
	29,7%	70,2%	100%
	15,7%	44,1%	28,7%
Barjas Negri	1	3	4
	25%	75%	100%
	1,4%	5,1%	3,1%
Humberto Costa	9	2	11
	81,8%	18,2%	100%
	12,8%	3,4%	8,5%
José Saraiva Felipe	1	2	3
	33,4%	66,6%	100%
	1,4%	3,4%	2,3%
José Agenor Alvarez da Silva	0	1	1
	0%	100%	100%
	0%	1,7%	0,8%
TOTAL	70	59	129
	54,3%	45,7%	100%
	100%	100%	100%

FONTE: Banco de dados da autora.

Podemos perceber nesta tabela que os Ministros que mais utilizaram instrumentos reguladores foram Carlos César de Albuquerque (33,3%) e José Serra (28,7%), seguidos por Alceni Guerra e Henrique Santillo, ambos com 9,3%, Humberto Costa (8,5%), Adib Jatene (3,8%), Barjas Negri (3,1%) José Saraiva Felipe (2,3%), José Agenor Álvares da Silva (0,8%) e Jamil Haddad (1,7%). Apenas dois Ministros não utilizaram esses instrumentos: José Goldemberg e José Carlos Seixas.

Tendo em vista os dados apresentados até o momento, podemos agora indicar de que forma cada Ministro atuou, tendo em vista os dois modelos considerados neste trabalho, apontando o seu impacto para o Conselho Nacional de Saúde, em termos da sua capacidade para influenciar as políticas de saúde.

Entre os Ministros cooperativos destacamos Alceni Guerra, José Goldemberg, Jamil Haddad, Adib Jatene, Humberto Costa, José Saraiva Felipe e José Agenor Alvarez da Silva. São representativos do modelo não-cooperativo os Ministros Henrique Santillo, Carlos César de Albuquerque, José Serra e Barjas Negri.

Conforme já observamos, os dados apontam variação no uso que cada Ministro fez dos instrumentos reguladores. Assim, entre os Ministros cooperativos verificamos as seguintes situações: a) aqueles que participaram das reuniões, não usaram o poder de veto, nem decurso de prazo: José Goldemberg e José Carlos Seixas; b) Ministros que usaram todos os recursos: Adib Jatene; c) casos em que houve predominância no uso de “decurso de prazo”: Humberto Costa e Alceni Guerra; e d) Uso do poder de veto para um número reduzido de resoluções: Jamil Haddad, José Agenor Alvarez da Silva e José Saraiva Felipe.

Quanto aos Ministros não-cooperativos observamos que todos utilizaram os dois recursos, “decurso de prazo” e poder de veto, havendo variação no número de resoluções: a) Henrique Santillo e Barjas Negri utilizaram “decurso de prazo” em apenas uma resolução, priorizando o veto; b) José Serra também priorizou o poder de veto, embora para um número bem maior de resoluções, se comparado aos Ministros anteriores, enquanto Carlos César de Albuquerque, priorizou “decurso de prazo”.

Na gestão de cada Ministro, portanto, observamos que há variações na capacidade do Conselho Nacional de Saúde transformar suas principais decisões – as resoluções – em políticas públicas. A variação, conforme já afirmamos, depende da combinação no uso de cada instrumento regulador.

Vamos agora retomar alguns aspectos apontados neste capítulo sobre a atuação do Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista o perfil de cada Ministro.

Observamos que nos primeiros quatro anos de governo, entre 1990 e 1994, assumiram a pasta da saúde Ministros com um perfil cooperativo: Alcení Guerra, José Goldemberg, Adib Jatene e Jamil Haddad. A única exceção é Henrique Santillo.

Dado o perfil dos Ministros, observamos na tabela 14 deste capítulo que a gestão de Collor/Itamar Franco caracterizou-se por um número elevado de resoluções homologadas. Com relação ao “decurso de prazo”, a tabela 15 indicou que o índice é pequeno, dado o número de resoluções emitidas no período.

No primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, de 1994 a 1998, quatro Ministros assumiram o Ministério, sendo dois cooperativos, José Carlos Seixas e Adib Jatene e dois não-cooperativos, Carlos César de Albuquerque e José Serra. Nesse período, a maior parte das resoluções foi homologada, verificando-se, no entanto, um aumento no uso de “decurso de prazo”, devido principalmente, à atuação do Ministro Albuquerque.

No segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso houve o predomínio de Ministros não-cooperativos – José Serra e Barjas Negri – e o instrumento regulador mais utilizado foi o poder de veto. Nos casos em que houve homologação, por sua vez, a maior parte foi objeto de “decurso de prazo”. O que contribuiu para que em quatro anos, apenas três resoluções fossem homologadas no prazo legal. Das sete resoluções assinadas pelo Ministro, duas não foram implementadas.

Como resultado, observamos que Conselho se comportou emitindo um número baixíssimo de resoluções durante esses quatro anos (segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso). A via utilizada pelos conselheiros foi a de tentar

dialogar com o Ministro, formando uma comissão para tentar negociar em seu gabinete a homologação de cada resolução, como apontou um conselheiro:

Eu me lembro de um incidente quando o Serra era Ministro da Saúde que durante dez ou onze meses, quer dizer, onze reuniões consecutivas do Conselho, nenhuma das decisões do Conselho tinha sido homologada ou não homologada. Ele simplesmente tinha ignorado todas elas. (ENTREVISTA Nº11)

Além disso, verificamos também que o Conselho recorreu a outras formas de decisão que não necessitam de homologação, como “Deliberações” e “Recomendações”. Essas decisões apresentam um papel eminentemente político, de marcar a posição do Conselho sobre determinadas questões, visto que não adquirem o status de decisão governamental, já que não são assinadas pelo Ministro.

Verificamos também que essa experiência contribuiu para que os conselheiros verificassem a necessidade de alterar algumas “regras do jogo”, algo que foi possível apenas na gestão Lula. Em 2006, modificações no processo de escolha dos conselheiros, o cargo de Presidente deixou de restringir-se ao Ministro, para ser objeto de disputa entre os membros do Conselho, mediante processo eleitoral.

Na última gestão que analisamos, durante o governo Lula, a atuação de três Ministros cooperativos contribuiu para a maior incidência de resoluções homologadas. Nos casos de maior conflito, houve a preferência pelo uso de “decurso de prazo”.

Um dado relevante diz respeito ao baixo número de resoluções emitidas pelo Conselho neste período, acompanhando um pouco a tendência anterior. Esses dados refletem o quanto a atenção da instituição esteve voltada nesse momento para uma rediscussão de suas regras institucionais, o que contribuiu para a redução no número de políticas encaminhadas para homologação.

Assim, a experiência anterior com Ministros não-cooperativos gerou a necessidade do Conselho discutir sua própria organização institucional, no que diz respeito principalmente à presidência da instituição, um cargo considerado irrelevante por José Serra e Barjas Negri, mas que para os conselheiros poderia

servir para pressionar o Ministro, se ocupado por representantes da própria instituição.

5. Considerações Finais

Este capítulo teve a finalidade de analisar a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde a sua reformulação em 1990 até 2006, através de uma análise das resoluções. Essas decisões representam a principal forma de deliberação dos Conselhos de Saúde no Brasil, pois somente mediante a homologação do gestor passam a ter validade jurídica, ou seja, transformam-se em políticas públicas.

A principal preocupação foi demonstrar o uso de instrumentos reguladores por parte do Ministro como forma de controlar as decisões do CNS.

Consideramos relevante analisar não apenas em que medida essas decisões foram ou não vetadas, mas também sobre quais assuntos o Conselho Nacional de Saúde deliberou ao longo desses anos. Analisamos se esses assuntos dizem respeito a questões relevantes para o Sistema Único de Saúde e quais assuntos foram objeto de homologação e de veto por parte de cada Ministro da Saúde.

Esse tipo de análise também possibilitou uma compreensão acerca do cotidiano decisório do CNS, no que se refere à atuação das comissões, ao tempo que cada resolução levou para ser discutida e aprovada pelo plenário, e, ainda, quais atores têm participado no encaminhamento dessas decisões para deliberação.

Ao analisarmos todas as resoluções do CNS verificamos que embora a maior parte delas diga respeito a assuntos relacionados diretamente ao Sistema Único de Saúde, quando desmembrados, mostram-se concentrados em apenas três (“Criação de Comissão”, “Finanças” e “Elaboração e Discussão de Políticas Públicas”), sendo que o primeiro diz respeito à dinâmica organizacional interna do Conselho. Esses três assuntos, portanto, ocupam 58,4% da agenda de resoluções do CNS.

Sobre a dinâmica decisória do Conselho, verificamos que as comissões são relativamente atuantes e que as decisões são tomadas rapidamente, ou seja, uma única reunião é suficiente para discutir, negociar e aprovar uma proposta.

Os atores que vêm atuando no encaminhamento das deliberações são do próprio Conselho. O que indica que se trata de uma arena restrita à atuação de atores internos no momento de encaminhar propostas para aprovação pelo plenário.

Ao considerarmos os dados a partir da gestão de cada um dos Presidentes da República observamos que ao longo do tempo há alterações importantes no processo decisório do CNS. Em primeiro lugar, o alto índice de resoluções nos governos de Fernando Collor de Mello e Itamar Franco, e primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. A partir do seu segundo mandato, observa-se uma queda substancial no número de resoluções, como no perfil dos assuntos. Nesse caso, nos últimos oito anos o CNS deixou de se posicionar sobre questões importantes para o setor como financiamento.

Observamos que o Conselho emite resoluções em maior e menor número dependendo do Ministro que está no cargo. Podemos citar o fato de que, sob a Presidência do ex-Ministro José Serra, o qual permaneceu por cerca de quatro anos no cargo, o Conselho Nacional de Saúde emitiu cerca de uma resolução por reunião, abaixo, portanto, da sua média de 2,2 resoluções por reunião.

Conforme verificamos, o CNS se comportou de maneira diferente na gestão de cada um dos Ministros. Em alguns casos o plenário aprovou mais e em outros menos resoluções. Alguns Ministros, por sua vez, homologaram mais, outros menos. O que indica que o gestor constitui um ator extremamente relevante na dinâmica decisória do Conselho.

No que diz respeito à homologação, os dados revelaram que 83,5% das resoluções foram homologadas, sendo a maior parte delas no prazo estabelecido⁷⁰.

⁷⁰ O Regimento Interno do CNS estabelece que em casos de não homologação de uma resolução cabe ao Conselho recorrer ao Ministério Público Federal, a fim de contestar o veto. Conforme verificamos junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, o Conselho não recorreu nenhuma vez a essa instância.

Conforme procuramos demonstrar através das entrevistas, esse alto índice pode estar associado à presença de alguns Ministros nas reuniões do Conselho, visto que aqueles que mais participaram foram justamente os que mais homologaram resoluções. Nesse caso, podemos sugerir que a participação do Ministro contribuiu para forjar o consenso entre Conselho e Ministério.

Outras entrevistas apontaram que a homologação se dá apenas quando as deliberações vão de encontro ao interesse do gestor⁷¹. Nesse caso, então, esses índices revelam forte convergência de interesses, sugerindo, novamente, que, ou o gestor constrói o consenso junto aos conselheiros, participando das reuniões, ou, por outro lado, deve haver uma forte convergência ideológica entre as duas partes, de forma a favorecer a assinatura das resoluções⁷².

Em casos nos quais o Ministro recorre ao veto consideramos a possibilidade de que entram em jogo pressões externas ao Conselho, as quais não podem ser antecipadas pelos conselheiros. É o caso, por exemplo, da quebra de patentes de medicamentos, na gestão de José Saraiva Felipe. De acordo com um conselheiro, a resolução deixou de ser homologada porque

outros Ministérios que não o da saúde, pressionaram no sentido de que uma decisão dessa poderia ter retaliações econômicas, repercussões. Enfim, iam extrapolar o âmbito da saúde. Além de toda uma discussão, se quebrasse a patente, o Brasil teria ou não capacidade de produção de genéricos. Então, esse foi um debate.(Entrevista nº 05)

Os dados que possuímos, no entanto, apenas nos permitem fazer algumas indicações sobre as razões para a não homologação. O que é importante mencionar, neste momento, é que, tendo em vista que a autoridade homologatória não está nas mãos dos conselheiros, mas do Ministro, essa simples regra afeta a

⁷¹ De acordo com um conselheiro: “ao longo do tempo, o que a gente percebe é que, todas aquelas deliberações que não vão de encontro às diretrizes, às políticas, às intenções imediatas do gestor, elas são proteladas, são subestimadas, não são assinadas, com nuances entre um e outro governo.”(Entrevista nº 05)

⁷² No que diz respeito a esse ponto, vários entrevistados mencionaram que existem afinidades ideológicas entre os conselheiros, sob o ponto de vista partidário. Nesse sentido, em situações onde o partido do Ministro está em oposição ao do Conselho, haveria maiores conflitos e, portanto, dificuldades homologatórias e baixa atividade política do Conselho. Tendo em vista que a questão partidária não foi objeto de investigação desta pesquisa, não foi possível verificar analiticamente essas constatações.

tomada de decisões do Conselho Nacional de Saúde e, por conseguinte, a participação da arena no *policy making* setorial.

CONCLUSÃO

As várias experiências de participação e deliberação no cenário brasileiro atual, relacionadas, principalmente, a Conselhos Gestores de Políticas Sociais, Orçamento Participativo e Conferências têm despertado o interesse de diversos pesquisadores para uma compreensão dos limites e possibilidades desses canais participativos. No bojo desse debate também estão presentes questões acerca da renovação da democracia em nosso país.

As questões que permeiam esse debate, especialmente no que diz respeito aos Conselhos, como sintetizou Luciana Tatagiba (TATAGIBA, 2002) voltam-se para o fato de que a participação no interior do Estado reverteria o padrão autoritário, centralizador e excludente característico das agências estatais, dada a vigência de um período ditatorial no Brasil. Como decorrência desse processo, a participação contribuiria para tornar as decisões cada vez mais voltadas para as demandas da sociedade, imprimindo uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação de recursos públicos (TATAGIBA, 2002, p.47).

A literatura, por sua vez, vem compreendendo a problemática dos Conselhos à luz, principalmente, da participação. O objeto desses estudos tem sido, essencialmente, o de qualificar essa participação, investigando quem são os atores que atuam nessas instituições, qual o impacto dessa participação em termos de cultura política, o problema da representatividade dos conselheiros, entre outros aspectos conforme indicamos no segundo capítulo.

Este trabalho procurou contribuir para o debate acerca dos fatores que atuam sobre a principal atribuição dessas instituições: a elaboração de políticas públicas e a fiscalização das ações do Poder Executivo. Àqueles estudos que derivam dos determinantes da participação a explicação para essa problemática, acrescentamos outras variáveis explicativas relacionadas às regras institucionais. Consideramos que elas também importam quando se trata de analisar a atuação dos Conselhos Gestores de Políticas Sociais na produção e fiscalização de políticas.

Investigamos nosso objeto de pesquisa a partir da questão: Em que medida o desenho institucional influencia a capacidade do Conselho Nacional de Saúde transformar decisões em políticas públicas?

O CNS foi a instituição escolhida para realizar essa análise, porque a sua criação data de 1937. Assim, nos interessava traçar um perfil comparativo dos preceitos institucionais que definiram as regras do processo decisório do CNS ao longo do tempo.

Como observamos no terceiro capítulo, a legislação que define a participação da sociedade em Conselhos (Lei 8.142/90), mantém um preceito institucional antigo que é a prerrogativa do Ministro para homologar as resoluções. O estudo sobre a trajetória institucional do CNS demonstra claramente que esse preceito sempre existiu, seja em períodos democráticos ou autoritários. Nesse sentido, consideramos que embora a forma Conselho represente uma ruptura em relação ao formato que vigorou até 1990, devido à institucionalização da participação social no âmbito do Estado, manteve-se uma continuidade dada pela possibilidade aberta ao Poder Executivo – Ministro – de vetar as decisões tomadas pela instituição.

Nessa perspectiva, ao Estado reserva-se o direito de “checar” e “calibrar” as políticas conforme lhe aprouver. Ao Conselho, por sua vez, cabe adequar suas preferências para facilitar a homologação de suas resoluções.

Ao analisarmos “as regras do jogo”, portanto, observamos que a capacidade do Conselho Nacional de Saúde elaborar e fiscalizar as ações do Poder Executivo, na figura do Ministério da Saúde, não depende somente da maior ou menor qualidade da participação, mas também das prerrogativas institucionais. São elas que lhe definem os recursos e instrumentos que possibilitam aos atores influenciar o processo de decisão política dessas instituições.

A análise das resoluções do CNS no capítulo anterior demonstrou que os instrumentos reguladores definidos pelo desenho institucional do Conselho foram utilizados por parte dos vários Ministros que assumiram a pasta da saúde de maneira diferenciada. Alguns Ministros, mais cooperativos, em alguns casos, até

comprometidos com experiências de participação social, priorizaram alguns instrumentos, em detrimento de outros. Nesse caso, conforme demonstramos, evitou-se instaurar um ponto de conflito entre Conselho e Ministério, utilizando-se a participação nas reuniões e “decurso de prazo”, ao invés de veto.

Verificamos que nas gestões desses Ministros, o número de resoluções emitidas pela instituição foi maior, algo que pode estar relacionado ao sentimento de “eficácia deliberativa”, ou seja, à percepção dos conselheiros de que suas decisões foram acatadas pelo Ministro, embora grande parte delas esteja mais próxima da escala de preferências do Ministério, do que dos conselheiros e suas demandas.

Em casos onde houve o predomínio de Ministros não-cooperativos como foi no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, a ausência nas reuniões do Conselho, associada ao uso do instrumento regulador mais conflitivo - o poder de veto -, contribuiu para diminuir a sensação de “eficácia deliberativa” dos conselheiros. Ainda que a pauta estivesse repleta de questões para serem transformadas em políticas públicas, houve uma diminuição no número de resoluções encaminhadas para homologação.

A saída para o Conselho, nesse caso, foi a tentativa de negociação com o Ministro através da criação de uma comissão de conselheiros. Além disso, o CNS recorreu a outras formas de deliberação, as quais não precisam da assinatura do Ministro.

Essa experiência contribuiu para que o CNS internalizasse a necessidade de rever as suas regras institucionais, especialmente no que diz respeito à presidência do Conselho. A partir de 2006, na gestão do Presidente Lula, ela deixou de ser exclusividade do Ministro, para ser objeto de disputa entre os conselheiros, mediante processo eleitoral. Dessa forma, acabou se transformando num instrumento de pressão política dos conselheiros junto àqueles Ministros que negarem ou postergarem a homologação de resoluções.

Nesse caso, portanto, a Presidência do Conselho, um instrumento regulador que sempre foi exclusivo do Ministro, deslocou-se para as mãos dos conselheiros, sendo ressignificado politicamente.

Conforme procuramos demonstrar ao longo deste trabalho, a elaboração de políticas públicas e a fiscalização das ações do Estado por parte de instituições colegiadas como os Conselhos Gestores de Políticas Sociais, têm sido afetadas tanto pelos condicionantes da participação social, como pelas regras institucionais. Sob a perspectiva deste estudo, são elas que definem a existência de instrumentos reguladores disponíveis ao Poder Executivo, responsáveis por afetar o perfil das políticas emitidas por essas instituições.

ANEXOS

QUADRO 01 (anexo)⁷³ – ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE AO LONGO DO TEMPO

		1990		1992		1994		1995		1996		1999
Decreto		99.438		571		1.353		1.448		1974		2.979
		07/08/91		22/06/92		29/12/94		06/04/95		05/08/96		02/03/99
Entidades	Nº		Nº		Nº		Nº		Nº		Nº	
Ministério da Educação	01	X	01	X	01	X	01	Ministério da Educação e do Desporto	01	X	01	Ministério da Educação
Ministério do Trabalho e da Previdência Social ¹	01	X	01	Ministério do Trabalho e da Administração	01	Ministério do Trabalho	01	Ministério do Trabalho	01	X	01	Ministério do Trabalho e Emprego
Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento	01	X	01	X	01	Ministério da Fazenda	01	Ministério do Planejamento e Orçamento	01	X	01	X
Ministério da Ação Social	01	X	01	X	01	Ministério do Bem-Estar Social	-	-	-	-	-	-
-	-	-	01	Ministério da Previdência Social	01	X	01	Ministério da Previdência e Assistência Social	01	X	01	X
Ministério da Saúde	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
-	-	-	-	-	01	Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República	-	-	-	-	01	Secretaria de Estado de Planejamento e Avaliação da Presidência da República

⁷³ Siglas presentes na tabela: CUT (Central Única dos Trabalhadores); CGT (Confederação Geral dos Trabalhadores); CONTAG (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura); CNA (Confederação Nacional da Agricultura); CNI (Confederação Nacional da Indústria); CNC (Confederação Nacional do Comércio); CNBB (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil); SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência); CONAM (Confederação Nacional das Associações de Moradores); CFM (Conselho Federal de Medicina); AMB (Associação Médica Brasileira); FNM (Federação Nacional dos Médicos); FENAESS (Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde); ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo); FBH (Federação Brasileira de Hospitais); ABH (Associação Brasileira de Hospitais); CFM (Confederação das Misericórdias do Brasil); COPAB (Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas);

QUADRO 01 – ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE AO LONGO DO TEMPO (Cont.)

		1990		1992		1994		1995		1996		1999
Decreto		99.438 07/08/91		571 22/06/92		1.353 29/12/94		1.448 06/04/95		1974 05/08/96		2.979 02/03/99
Entidades	Nº		Nº		Nº		Nº		Nº		Nº	
-	-	-	-	-	-	-	01	Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária	01	X	01	Ministério da Agricultura e do Abastecimento
CONASS	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
CONASEMS	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
CUT	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
-	-	-	-	-	01	Central Geral dos Trabalhadores	01	Força Sindical	01	X	01	X
CGT	01	X	01	X	01	X	-	-	-	-	-	-
CONTAG	01	X	01	X	01	X	-	-	-	-	-	-
CNA	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
CNI	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
CNC	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
CNBB	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
SBPC	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
CONAM	02	X	02	X	02	X	01	X	01	X	01	X
-	-	-	-	-	-	-	01	COBAP	01	X	01	X
Escolhido entre as seguintes entidades de representação dos médicos: CFM, AMB, FNM.	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X	01	X
Representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área da saúde.	02	X	02	X	02	X	02	X	02	X	02	X

QUADRO 01 – ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE AO LONGO DO TEMPO (Cont.)

		1990		1992		1994		1995		1996		1999
Decreto		99.438 07/08/91		571 22/06/92		1.353 29/12/94		1.448 06/04/95		1974 05/08/96		2.979 02/03/99
Entidades	Nº		Nº		Nº		Nº		Nº		Nº	
Representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área da saúde: FENAESS, ABRAMGE, FBH, ABH, CFM	02	X	02	X	02	X	02	FENAESS, ABRAMGE, FBH, ABH, CFM, Unimed do Brasil, Federação Nacional das Seguradoras	02	X	02	X
Entidades representativas de portadores de patologia	05	X	06	X	06	X	06	X	06	X	06	X
Representantes da comunidade científica e da sociedade civil indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.	03	X	03	X	03	X	03	X	03	X	03	X
TOTAL ⁷⁴	30		32		34		31		31		31	

⁷⁴ Estamos considerando como número total de conselheiros apenas os titulares.

QUADRO 02 (anexo) – QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Competências	Regimento Interno – 1990	Regimento Interno 1998
Principal Atribuição	Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.	Atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores público e privado.
Orçamento	Assistir ao Ministro de Estado da Saúde no processo de planejamento e orçamentação do Sistema Único de Saúde e avaliar a execução de suas ações.	Aprovar a proposta setorial da saúde, no Orçamento Geral da União e, participar da consolidação do Orçamento da Seguridade Social, após análise anual dos planos de metas, compatibilizando-o com os planos de metas previamente aprovados.
	Supervisionar a aplicação dos critérios estabelecidos no Art. 35 da Lei nº 8.090/90, relativas a fixação de valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios e consignados aos Sistema Único de Saúde no âmbito da União.	
	Deliberar sobre a proposta do cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios e a outras instituições, consignados ao Sistema Único de Saúde e proposto pelo Ministério da Saúde.	Aprovar os critérios para o repasse de recursos financeiros às unidades federadas e a outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução.
	Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito da União, apreciar e pronunciar-se conclusivamente, sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo Ministério da Saúde.	Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito federal (Leis 8.080/90 e 8.142/90)
	Participar da elaboração da proposta orçamentária da União, correspondente à direção nacional do Sistema Único de Saúde, de consignação de recursos à conta do Orçamento da Seguridade Social e supervisionar a operacionalização do Fundo Nacional.	
	Aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e para cobertura assistencial e de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial conforme art. 26 da Lei 8.080/90.
Formulação de Políticas	Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde do Sistema Único de Saúde, em função das características epidemiológicas e de organização de serviços de cada jurisdição administrativa e deliberar sobre o Plano Nacional de Saúde.	Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde do Sistema Único de Saúde, no âmbito nacional, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características epidemiológicas e das organizações dos serviços em cada jurisdição administrativa (Lei 8.080/90)

**QUADRO 02 – QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
(CONTINUAÇÃO)**

	Propor critérios para definição de padrões e parâmetros de atenção à saúde.	Deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde.
	Opinar e decidir sobre planos estaduais de saúde, encaminhados pelos respectivos conselhos.	
Recursos Humanos	Estabelecer parâmetros nacionais quanto a política de recursos humanos a ser seguida no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros nacionais quanto à política de recursos humanos para a saúde.
		Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde
Conferências de Saúde	Aprovar o regimento, a organização e as normas de funcionamento de Conferências Nacionais de Saúde, reunidas, ordinariamente, a cada quatro anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pelo §1º, Art. 1º, da Lei 8.080/90.	Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde, reunidas ordinariamente, a cada quatro anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pela Lei 8.142/90.
Setor Privado	Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio.	Participar da regulação e do controle social do setor privado da área da saúde (Lei 8.080/90)
Conselhos de Saúde (Estaduais, Distrito Federal e Municipais)	Opinar e decidir sobre divergências suscitadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem assim por outros órgãos de representação, na área da saúde.	Opinar e decidir sobre impasses ocorridos nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, neste último caso, após ouvida a instância estadual na condição de instância recursal.
		Articular e apoiar, sistematicamente, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, visando a formulação e realização de diretrizes básicas comuns e a conseqüente potencialização do exercício das suas atribuições legais.
Articulação Intersetorial	Aprovar, coordenar e supervisionar as Comissões Intersetoriais de que tratam os Artigos 12 e 13 da Lei 8.080/90 e outras comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Nacional de Saúde.	Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersetoriais e outras que julgar necessárias, inclusive Grupos de Trabalho, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (Lei 8.080/90)
	Promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à saúde constitucionalmente estabelecida.	Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Congresso Nacional e Mídia, bem como setores relevantes não representados no conselho.
		Articular-se com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e controle social.

**QUADRO 02 - QUADRO COMPARATIVO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
(CONTINUAÇÃO)**

Desenvolvimento Científico e Tecnológico na área da Saúde	Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, visando a observação de padrões técnicos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país, respeitando-se os princípios éticos universalmente aceitos.	Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, visando a observação de padrões técnicos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país.
	Opinar e decidir sobre o credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas em seres humanos.	Desenvolver normas sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos e outras questões no campo da Bioética e acompanhar sua implementação.
Criação de Cursos na área da saúde	Assistir o Ministério da Educação quanto a criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde, na forma do Art. 2º do Decreto nº 98.377, de 08/11/1989.	Deliberar sobre a necessidade social de novos cursos de nível superior na área da saúde e cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde.
Divulgação		Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social.
Assuntos Internos (CNS)		Solicitar ao Ministro da Saúde a substituição do Coordenador Geral da Secretaria Executiva, diante de situações que a justifiquem, por deliberação da maioria absoluta do Plenário do CNS.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Livro de Códigos da Planilha (unidade de análise: Resoluções e Atas)

1) **nº** - Numeração das Resoluções (de 01 a 357)

2) **Ministro**

Alceni Guerra _____	1
José Goldemberg _____	2
Jamil Haddad _____	3
Henrique Santillo _____	4
José Carlos Seixas _____	5
Adib D. Jatene _____	6
Carlos C. de Albuquerque _____	7
José Serra _____	8
Barjas Negri _____	9
Humberto Costa _____	10
José Saraiva Felipe _____	11
José Agenor Alvarez da Silva _____	12

3) **Situação do Ministro**

Interino _____	1
Efetivo _____	2
Em exercício _____	3

4) **Data** (em que foi aprovada a Resolução)

5) **Reunião** (número da reunião em que foi aprovada a resolução)

6) **Publicação no D.O.U.** (data da publicação no diário oficial da união)

7) **Tempo para Publicação no Diário Oficial (a diferença entre as datas de aprovação da resolução e sua publicação no Diário Oficial)⁷⁵**

Uma Semana / 15 dias _____	1
De 16 a 30 dias _____	2
De 2 a 6 meses _____	3
De 7 meses a 1 ano _____	4
Mais de 1 ano _____	5
No ato da aprovação _____	6

⁷⁵ Essa classificação representa uma aproximação do tempo real que cada resolução levou para ser publicada, tendo em vista a data da sua aprovação em plenário. Somente dessa forma foi possível agrupá-las, facilitando a análise.

8) Grande Assunto:

Assuntos Internos _____	1
Assuntos Públicos _____	2

6) Assunto: (vinculado aos Assuntos Internos)

Regimento Interno / Organização Interna do CNS _____	11
Criação de Comissão _____	12
Capacitação _____	13
Participação de Conselheiros em conferências/ Comissões de Negociação _____	14
Outros (assuntos de pouca relevância) _____	98

7) Assunto (vinculado a Assuntos Públicos)

Organização do SUS _____	20
Finanças _____	21
Recursos Humanos / Funcionalismo Saúde _____	22
Participação _____	23
Elaboração e Discussão de Políticas de Saúde _____	24
Programas Governamentais/Política Nacional _____	25
Contratos e Convênios _____	26
Credenciamento _____	27
Fiscalização _____	28
Ensino/Escolas Médicas _____	29
Medicina Suplementar _____	30
Outros _____	99

8) Sub-Assunto

Organização do SUS

Descentralização _____	201
Organização das Ações e Serviços de saúde _____	202
Outros _____	97

Finanças

FNS prestação de contas _____	211
Tabela do SUS _____	212
Orçamento / LDO _____	213
Fiscalização _____	214
Pedido de Auxílio ao Fundo _____	215
Emendas Parlamentares com recursos para projetos _____	216
Doação dirigida ao Fundo _____	217

Aplicação de Recursos no SUS (fiscalização) _____	218
Outros _____	91

Recursos Humanos / Funcionalismo Saúde

Contratação _____	222
Terceirização _____	223
Regime de Trabalho _____	224
Formação de Recursos Humanos/Treinamento _____	225
Mesa de Negociação _____	226
Outros _____	92

Participação

Conselhos (criação/homologação) e Conselheiros _____	235
Conferência Nacional de Saúde _____	236
Conferências _____	237
Outros _____	93

Elaboração e Discussão de Políticas de Saúde

Previdência _____	241
Rede Hospitalar/ambulatorial _____	242
Saúde Pública _____	243
Plano Nacional de Saúde _____	244
Campanhas Assistenciais _____	245
Organização de Ações e Serviços de Saúde _____	247
Medicamentos _____	248
Outros _____	94

Fiscalização

Responsabilização Médica _____	281
Prestação de Serviço (demora/irregularidades no atendimento) _	282
Outros _____	95

Contratos e Convênios

Reforma de Hospitais _____	261
Prestação de Serviços _____	262

Ensino/Escolas Médicas

Criação de Novos Cursos na Área da Saúde _____	291
Pesquisa Científica _____	292
Currículo _____	293

Medicina Suplementar

Planos de Saúde Privados _____ 301

9) Tempo de Discussão (quantas reuniões/meses levou a discussão)

1 reunião _____ 1
2 reuniões _____ 2
3 reuniões _____ 3
4 reuniões _____ 4
5 reuniões _____ 5
..... _____ ...

10) Passou por alguma Comissão?

Sim _____ 1
Não _____ 2

11) A Comissão é permanente ou especial/temporária?

Permanente _____ 1
Especial/temporária _____ 2

11.a) Qual?

Alimentação e Nutrição _____ 21
Saneamento e Meio Ambiente _____ 22
Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia _____ 23
Recursos Humanos _____ 24
Ciência e Tecnologia _____ 25
Saúde do Trabalhador _____ 26
Comissão de Orçamento e Finanças _____ 27
Outras (Comissões Temporárias/Grupos de Trabalho) _____ 99

11) Homologação de Resolução

Sim _____ 1
Não _____ 2

11.a) Situação da Resolução Homologada:

Implementada _____ 11
Não Implementada _____ 12
Em Vigor _____ 13
Revogada _____ 14
Aguarda Homologação _____ 15

Parcialmente Implementada _____ 16

12) Quem apresentou/encaminhou proposta de resolução sobre o assunto?

Membros do Ministério da Saúde _____ 1
Membros do Conselho _____ 2
Assessoria Técnica do Conselho _____ 3
Membro de Comissão _____ 4
Comissão Intergestores Tripartite _____ 5
Mesa Diretora _____ 6
Outros (Deputados, etc) _____ 7
Indefinido _____ 9

BIBLIOGRAFIA

CAMERON, C. M. (2000) **Veto Bargaining. Presidents and the Politics of negative power.** New York: Cambridge University Press.

CARVALHO, A. I. de. (1997). Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. **Saúde e Democracia.** São Paulo: Lemos Editorial, p.93-111.

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

COHN, A. (2000). Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: Elizabeth Barros. (Org.). **Caderno de Textos da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde.

CORTES, S. M. V. (1998). Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. III, nº 1, 1998, p.6-17.

_____. (2000). Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. In: Elizabeth Barros. (Org.). **Caderno de Textos da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, v., p. 23-42.

_____. (2002). Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. **Democracia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária.

COELHO, V. S.(2004) Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V.S; NOBRE, M. (orgs.) **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo.** São Paulo: Ed. 34.

DIEMEIER, D. e KREHBIEL, K. (2002) **Institutionalism as a Methodology.** Standford University. Mimeo.

DRAIBE, S. (1998). **A Nova Institucionalidade do Sistema Brasileiro de Políticas Sociais: Os Conselhos Nacioanais de Políticas Setoriais.** Campinas: Cadernos de Pesquisa nº 35, 26 p.

ESCOREL, S. e BLOCH, R. A. (2005) As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

FUKS, M.; PREISSINOTTO, R.; RIBEIRO, E. (2003). Cultura Política e Desigualdade: o caso dos Conselhos Municipais de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 21, p.125-145.

GOHN, M da G. (2001). **Conselhos Gestores e Participação Sócio-política**. São Paulo: Cortês.

HALL, P. (1993). Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The case of Economic Policymaking in Britain. **Comparative Politics**, 25 (3), p.275-296.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. O. (2003) Políticas, Atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 10(3): 791-826.

HATTAM, V. C. (1992). Institutions and Political Change: Working-class formation in England and the United States, 1820-1896. In: STEINMO, S.; THELEN, K e LONGSTRENTH, F. **Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University Press.

IMMERGUT, E. M. (1996) As Regras do Jogo: A Lógica da política de saúde na França, na Suíça, e na Suécia. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº30.

_____.(1998). The Theoretical Core of the New Institutionalism. In: **Politics & Society**, 26(1): 5-34.

JACOBI, P. (2000). **Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 7(3): 537-547.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (2001). Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2), p. 269-291.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. (2005) A Saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

MARCH, J. G. e OLSEN, J. P. (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. In: **The American Political Science Review**, vol.78, nº 3.

MARQUES, E. (1997). Notas críticas a literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. In: **BIB: Boletim Bibliográfico de Ciências Sociais**, n. 43, pp. 67-102.

MERHY, E. E. (1992). **Saúde Pública como política**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, v. 1. 220 p.

PERISSINOTTO, R. M. (2004). Poder e participação no Conselho Municipal de Assistência Social de Curitiba (1999-2001). In: Mario Fuks; Renato M. Perissinotto; Nelson Rosário de Souza. (Org.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. 1 ed. Curitiba: Editora da UFPR, v. 1, p. 45-74.

PIERSON, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. **The American Political Science Review**, vol. 94, nº 2, p.251-267.

RIBEIRO, E. A. (2001). **Cultura Política e Participação: um estudo das orientações políticas dos membros do Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina**. Curitiba, 115 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Paraná.

RIBEIRO, J. M. (1997). Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e Grupos de Interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 13 (1), p. 81-92.

SALES, M. (2004). **Conselho Municipal de Saúde de Curitiba: um estudo sobre as condições favoráveis para a construção do interesse público (1991-2001)**. Curitiba, 115 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Paraná.

SANTOS, M. R. dos. (2000). **Conselhos Municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas**. Rio de Janeiro, 138 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade do Rio de Janeiro.

SANTOS Jr., O. A. dos. (2001). **Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil**. Rio de Janeiro: REVAN: FASE.

SHEPSLE, K. A. & WEINGAST, B. (1984). "Legislative Politics and Budget Outcomes". In: GREGORY MILLS e JOHN L. PALMER (eds.) *Federal Budget Policy in the 1980s*. Washington, The Urban Institute Press.

SCHEVISBISKI, R. S.; SALES, M. R.; FUKS, M. (2004) Controle Social na Política de Saúde: um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1991-

2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. (orgs.). **Democracia e Participação: os Conselhos Gestores do Paraná**. Curitiba: Editora UFPR.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. (2001). As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 17 (1), p.161-170.

SILVA, F. A. B.; ABREU, L. E. de L. (2002) **Saúde: Capacidade de Luta – A Experiência do Conselho Nacional de Saúde**. Texto para discussão nº 933. Brasília, IPEA.

TATAGIBA, L. (2002). Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. IN: DAGNINO, E. (org.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra.

THELEN, K., STEINMO, S. (1992) Historical Institutionalism in Comparative Politics. In: STEINMO, S.; THELEN, K e LONGSTRENTH, F. **Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University Press.

TSEBELIS, G. (1997). Processo Decisório em Sistemas Políticos: *veto players* no presidencialismo, parlamentarismo, multicameralismo e pluripartidarismo. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 12, nº 34.

OUTROS DOCUMENTOS PESQUISADOS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988)

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de Janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

BRASIL. Lei nº 6.229, 17 de Junho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

BRASIL. 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.

BRASIL. Decreto do Conselho de Ministro nº 847, 05 de Abril de 1962. Aprova o regimento do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

BRASIL. Decreto nº 4.878, de 18 de Novembro de 2003. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 34.347, de 8 de Abril de 1954. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Decreto nº 34.596, de 16 de Novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de número 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 45.913, de 29 de Abril de 1959. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1954.

BRASIL. Decreto nº 47.793, de 11 de Fevereiro de 1960. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde aprovado pelo Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1954 e alterado pelo Decreto de número 45.913, de 29 de abril de 1959.

BRASIL. Decreto nº 55.242, de 18 de Dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Decreto nº 67.300, de 30 de Setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 69.845, de 27 de Dezembro de 1971. Regulamenta a Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971.

BRASIL. Decreto nº 79.056, de 30 de Dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 93.933, de 14 de Janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 99.438, de 07 de Agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 149, de 16 de Junho de 1971. Aprova o regimento interno do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 204, de 09 de Maio de 1978. Aprova o regimento interno das Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Saúde; revoga o disposto no item v do artigo 32 do regimento aprovado pela portaria ministerial 360/bsb, de 30 de setembro de 1977 e o Conselho de Prevenção Antitóxico e a

Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes constituirão a Câmara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 360, de 05 de Outubro de 1977. Aprova o regimento interno do Conselho Nacional de Saúde.