

1. Conselho nacional de saúde

histórico, papel institucional e atores estatais e societais

Soraya Vargas Côrtes
Marcelo Kunrath Silva
Janete Cardoso Réos
Márcio Barcelos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CÔRTEES, SV., *et al.* Conselho nacional de saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. CÔRTEES, SV., org. *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 41-71. ISBN 978-85-7541-346-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: HISTÓRICO, PAPEL INSTITUCIONAL E ATORES ESTATAIS E SOCIETAIS

*Soraya Vargas Côrtes
Marcelo Kunrath Silva
Janete Cardoso Réos
Márcio Barcelos*

Este capítulo tem como objetivo fazer uma caracterização do Conselho Nacional de Saúde sem perder de vista as duas indagações básicas que orientaram as pesquisas sobre conselhos que integram este livro: como os diversos atores participam nas atividades do Conselho e qual o papel do fórum na arena decisória da área. Para isso, analisam-se os textos legais para identificar mudanças em suas funções e em sua composição desde a sua criação, em 1937, até a alteração regimental ocorrida em 2006. As variações na composição do Conselho verificadas ao longo do tempo, especialmente no que tange às proporções entre atores estatais, de mercado e sociais, são relacionadas a transformações no sistema de saúde brasileiro e, particularmente, no desenho institucional da área. Desse modo, é possível compreender, ao menos em parte, as mutações no papel que ele desempenhou na arena decisória da área ao longo do período.

Em suas origens, na década de 1930, o Conselho era um órgão consultivo do então Ministério da Educação e Saúde Pública, formado por especialistas em saúde pública. Quando ele foi 'recriado', em 1990, seu papel institucional ficou indefinido. Até meados da década de 1990, foi o palco central dos embates sobre a reforma do sistema brasileiro de saúde em curso. O Conselho anunciava-se como um canal para a representação de interesses de atores sociais diante do Estado e como um importante espaço político de mediação de interesses e tomada de decisões na área da

saúde. O redesenho institucional do sistema, com o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo – e, portanto, de atores governamentais provenientes de estados e municípios –, e a criação de instâncias federativas de gestão compartilhada – as comissões intergestores – não favoreceram o Conselho a ocupar lugar central na arena decisória da área. Tais definições sobre o desenho institucional que o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ter foram em grande parte provocadas pela atuação da comunidade de política reformista, o ‘movimento sanitário’, ao longo dos anos 90. Entretanto, as escolhas estratégicas dos atores que lideravam a dinâmica de funcionamento do Conselho de certa forma consolidaram um lugar relativamente secundário do fórum na arena decisória da área.

Para a elaboração deste capítulo, foram analisadas principalmente as leis e portarias ministeriais pertinentes e as resoluções do próprio Conselho. Para complementar a análise, foram examinadas atas de 11 reuniões plenárias do fórum realizadas em 2005,¹ entrevistas com conselheiros,² informações disponíveis nos sites do Conselho e do Ministério da Saúde, documentos obtidos no Conselho e diários de campo de observações de reuniões plenárias.³

O capítulo, inicialmente, apresenta um histórico do Conselho até a sua reformulação em 1990, no contexto da estruturação do SUS, para em seguida examinar os 16 anos seguintes.

¹ Apesar de terem ocorrido 12 reuniões plenárias do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2005, foram analisadas somente 11 atas, pois a ata da 153ª reunião – de 12, 13 e 14 de abril de 2005 – estava disponível somente no formato de resumo executivo. Examinaram-se as seguintes atas: 150ª, de 11, 12 e 13/1/2005; 151ª, de 15, 16 e 17/2/2005; 152ª, de 8, 9 e 10/3/2005; 154ª, de 4 e 5/5/2005; 155ª, de 8 e 9/6/2005; 156ª, de 13 e 14/7/2005; 157ª, de 10 e 11/8/2005; 158ª, de 14 e 15/9/2005; 159ª, de 18, 19 e 20/10/2005; 160ª, de 8, 9 e 10/11/2005; e 161ª, de 14 e 15/12/2005. As atas encontram-se disponíveis no seguinte endereço eletrônico: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_08.htm>.

² Foram realizadas 23 entrevistas de abril a setembro de 2006. Entrevistaram-se: 1) 13 conselheiros e ex-conselheiros que representavam organizações da sociedade civil – um de organização religiosa; dois de entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde; quatro de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde; seis de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; 2) dois conselheiros e ex-conselheiros que representavam entidades de mercado – os dois de entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde; e 3) oito conselheiros e ex-conselheiros que representavam órgãos governamentais – três de instituições não vinculadas à área da saúde e cinco de gestores de saúde (dois da esfera federal, um da estadual e dois da municipal).

³ Foram realizadas quatro observações às seguintes reuniões plenárias do Conselho: 159ª reunião, em 18, 19 e 20/10/2005; 160ª reunião, em 8, 9 e 10/11/2005; 161ª reunião, em 14 e 15/12/2005; 164ª reunião, em 4, 5 e 6/4/2006.

HISTÓRICO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937, quando houve uma reorganização administrativa do então Ministério da Educação e da Saúde Pública.⁴ Constituiu-se como ‘órgão de cooperação’ cuja função precípua era assistir o ministro da Saúde (Brasil, 1937, art. 67). Em 1953, quando o Ministério da Saúde foi criado, com a separação das áreas de educação e saúde em dois ministérios, confirmou-se a permanência do Conselho no organograma do novo ministério (Brasil, 1953, art. 4º). Ele permanecia com a “finalidade de assistir o Ministro” da Saúde “na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde” (Brasil, 1954, art. 1º). Eram 17 os membros do Conselho. Desses, 14 eram indicados pelo ministro e designados pelo presidente da República, oito deles “dentre pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde” e seis escolhidos dentre os titulares dos principais cargos de chefia do ministério (Brasil, 1954, art. 2º). Eram membros natos: o diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde, o diretor-geral do Departamento Nacional da Criança e o ministro da Saúde, que presidia o Conselho.

Ainda na mesma década, em 1959, houve alteração na composição do fórum. O número de conselheiros passou para 24. Eram, então, oito pessoas de notório saber na área, seis titulares de cargos proeminentes no ministério e dez membros natos: o ministro da Saúde, que presidia o Conselho; o diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde; o diretor-geral do Departamento Nacional de Endemias Rurais; o diretor-geral do Departamento Nacional da Criança; o diretor do Instituto Oswaldo Cruz; o presidente da Academia Nacional de Medicina; o presidente da Associação Médica Brasileira; o diretor-geral de Saúde do Exército; o diretor-geral de Saúde da Marinha; e o diretor-geral de Saúde da Aeronáutica. Os dez membros natos, bem como os seis servidores do Ministério da Saúde eram médicos (Brasil, 1959, art. 2º).

Na década seguinte, houve novas modificações na composição do Conselho, embora sua função permanecesse a de ‘assistir’ o ministro da Saúde. A partir de 1960, ex-ministros da Saúde passaram também a ser membros natos, e o chefe de gabinete do Ministério da Saúde tornou-se o secretário-

⁴ A lei n. 378 (Brasil, 1937) determinava, em seu artigo 67, que, “além do Conselho Nacional de Educação, assistirá o Ministério, o Conselho Nacional de Saúde”.

geral do fórum, cargo criado então (Brasil, 1960, art. 2º e 3º). Em 1962, o Conselho passou a ter 26 membros (Brasil, 1962, art. 2º e 3º). Os membros natos eram 14: o ministro da Saúde, que presidia o Conselho; os diretores-gerais do Departamento Nacional de Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, Departamento Nacional da Criança (três); o diretor do Instituto Oswaldo Cruz; o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública; o superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; os diretores-gerais de Saúde do Exército, da Marinha e da Aeronáutica (três); o titular da Diretoria do Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura; o diretor-geral do Departamento Nacional de Obras de Saneamento, do Ministério da Viação e Obras Públicas; o diretor da Divisão de Defesa Sanitária Animal, do Ministério da Agricultura; e o presidente do Conselho de Medicina da Previdência Social do Ministério do Trabalho. Eram conselheiros também quatro representantes de associações técnico-científicas: os presidentes da Academia Nacional de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Sociedade Brasileira de Higiene e da Seção Brasileira da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária. Havia ainda oito conselheiros indicados pelo ministro e designados pelo presidente da República “dentre pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde” (Brasil, 1962, art. 2º).

A composição do Conselho em 1962 mostra que suas atividades tornaram-se mais complexas e que a concepção de saúde dos dirigentes do Ministério da Saúde se ampliara. A criação do cargo de secretário-geral indica que atividades executivas de preparação e acompanhamento das atividades do fórum precisavam ser desempenhadas fora do horário exclusivo das reuniões. A inclusão de conselheiros que não tratavam de assuntos exclusivamente médicos sugere ainda que os gestores de então concebiam os problemas de saúde como também decorrentes das condições de saneamento, do modo como eram produzidos e distribuídos os alimentos e da maneira como eram formados os profissionais de saúde.

As mudanças na composição do Conselho ocorridas após o golpe militar de 1964 indicam, em contraste, que houve uma reversão a uma concepção mais restrita de saúde e de como lidar com os problemas sanitários. Alterações na legislação realizadas em 1964 e 1965, além de confirmarem a função consultiva do fórum, reduziram o número de membros para 14 conselheiros (Brasil, 1964, art. 1º e 3º; Brasil, 1965, art. 1º): o ministro, que o presidia; quatro membros natos, dirigentes de órgãos do Ministério

da Saúde; quatro pessoas de notório saber em saúde; e representantes da Academia Nacional de Medicina, Sociedade Brasileira de Higiene, Associação Médica Brasileira, Academia Brasileira de Medicina Militar e Estado Maior das Forças Armadas. Outras entidades passaram a ser colaboradoras. O Conselho tornou-se menor, reconstituíra-se a predominância da categoria médica – provavelmente devido a uma concepção de saúde que acentuava a necessidade de intervenções médicas – e fortalecera-se a presença militar, em consonância com o que ocorria em diversas esferas da vida pública do país.

Em 1970, houve nova alteração na composição do Conselho, a qual, embora deixasse suas funções inalteradas (Brasil, 1970, art. 1º), expressava as mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde durante a década de 1970, em pleno regime militar. O Conselho foi ampliado de 14 para 16 membros: o ministro da Saúde permaneceu na presidência; ambos os membros natos e as pessoas de notório saber passaram a ser cinco, em vez de quatro como na composição anterior; permaneceram os representantes da Academia Nacional de Medicina, da Academia Brasileira de Medicina Militar e do Estado Maior das Forças Armadas, enquanto aqueles que representavam a Sociedade Brasileira de Higiene e a Associação Médica Brasileira foram substituídos por conselheiros provenientes da Academia Nacional de Farmácia e da Academia Brasileira de Administração Hospitalar. Foram mantidos os dois membros das Forças Armadas, mas reduziu-se a representação direta da categoria médica e extinguiu-se a participação da Sociedade Brasileira de Higiene, ao mesmo tempo que se acresceram representantes das áreas de farmácia e de administração hospitalar. Embora as razões da alteração possam ser investigadas em estudos futuros, é possível relacionar a inclusão do representante da área farmacêutica com a intenção do regime de fomentar a indústria de medicamentos, que levaria à criação da Central de Medicamentos (Ceme), em 1971 (Brasil, 1971). A inclusão dos administradores hospitalares, por sua vez, estaria relacionada à política de incentivos diretos – financiamentos e compra de serviços – e indiretos – incentivos fiscais – ao setor privado hospitalar, que viriam a ser pilares da política de saúde promovida pelos governos militares.

A política de saúde dos governos militares incidia sobre um sistema dividido em dois subsectores: o de saúde pública e o previdenciário. O último detinha a maior parte dos recursos financeiros e, durante a década de 1970, com a contratação de prestadores de serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, passou a ser responsável pelo financiamento da

maior parte dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares oferecidos à população brasileira. No final da década de 1970, a crise econômica e os custos crescentes da provisão de atendimento à saúde fortaleceram a idéia, entre gestores da área da saúde e fora dela, de que seria necessário reorganizar o sistema, integrando os dois subsetores e descentralizando o financiamento, o processo decisório e a provisão de serviços, do nível federal para os níveis subnacionais de governo.

Uma iniciativa do governo federal visando à integração dos subsetores foi a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975 (Brasil, 1975). Em 1976, no âmbito do esforço de implementar o novo sistema, o Conselho foi novamente modificado (Brasil, 1976). Como “órgão colegiado integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde” (Brasil, 1977, art. 1º), suas competências praticamente não foram alteradas. Entretanto, sua composição e forma de funcionamento modificaram-se significativamente (Brasil, 1977, 1978). Embora o Ministério da Saúde continuasse predominante, com o ministro da Saúde mantendo a prerrogativa de presidir o fórum, representantes de outros ministérios passaram a integrá-lo. A nova composição incluía 23 conselheiros (Brasil, 1977, art. 2º, 3º, 4º): sete eram membros natos, o ministro da Saúde e os presidentes das recém-criadas seis Câmaras Técnicas do Conselho; cinco eram representantes dos ministérios da Educação e Cultura, Interior, Previdência e Assistência Social, Agricultura e Trabalho; seis eram designados pelo ministro da Saúde, dentre instituições relacionadas com as áreas da saúde e de segurança nacional; e cinco eram escolhidos dentre técnicos de notória capacidade e experiência na área da saúde (Brasil, 1977, art. 4º). A estrutura de apoio tornou-se mais complexa, passando a ser composta por: Secretaria Executiva; Setor de Apoio Administrativo; Setor de Documentação; Setor Financeiro e seis Câmaras Técnicas - Entorpecentes e Tóxicos, Hemoterapia, Alimentos, Saneantes Domissanitários, Cosméticos e Medicamentos (Brasil, 1977, art. 2º). Observe-se que a estrutura de apoio administrativo formada nessa reorganização do Conselho assemelha-se à que existe atualmente, com as Câmaras Técnicas com funções semelhantes às atuais Comissões Permanentes e a coordenação geral da Secretaria Executiva.

Embora a criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado não tenha tido sucesso (Oliveira & Teixeira, 1986), a iniciativa antecipava o processo de reforma que ocorreria durante os anos 80. O clima de democratização política e as recomendações das agências internacionais -

marcadamente o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial – favoreceram o estabelecimento dos marcos legais e a formulação e implementação de políticas que visavam, principalmente, à integração e à descentralização do sistema público de saúde brasileiro e estimulavam a participação de novos atores no processo de decisão política da área.

Para liberalizar o ambiente político, uma vez que a crise econômica desde a segunda metade da década de 1970 havia reduzido a legitimidade do governo militar, o regime tornou-se menos opressivo e promoveu a criação de novos canais de representação política da sociedade civil. O governo procurava legitimar o regime autoritário e ampliar sua base social de sustentação por meio da implementação de políticas de redução da pobreza e expansão da cobertura previdenciária. Simultaneamente, no final da década, as relações entre os interesses das corporações econômicas e a tecnocracia estatal (Cardoso, 1975) passaram a ser criticadas até mesmo por setores da burguesia, insatisfeitos com a desaceleração do crescimento econômico. Foram gradualmente sendo restauradas ou criadas formas democráticas de representação e expressão política, tais como eleições para cargos executivos e liberdade de imprensa, de associação e de organização de partidos políticos. No início da década de 1980, projetos e programas governamentais constituíram comissões e comitês nos quais deveria haver representação da sociedade civil. Uma das características marcantes da reforma do sistema brasileiro de saúde, durante os anos 80, foi a criação de mecanismos participatórios.

A REFORMA DO SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE E O 'NOVO' CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Dois programas federais e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na década de 1980, e as provisões legais e administrativas, do início dos anos 90, podem ser considerados como as fundações sobre as quais o SUS foi erigido. Os programas foram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds). A Conferência foi a primeira a contar com ampla participação de representantes da sociedade civil, enquanto as provisões legais e administrativas foram a Constituição Federal, as leis complementares n. 8.080/90 e 8.142/90 (Brasil, 1990a, 1990b) e as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde.

O Programa das AIS, de 1984, fazia parte da estratégia do regime militar de reduzir os gastos da previdência social com saúde, que vinham crescendo desde os anos 70. Esse programa estabelecia a transferência de recursos financeiros da previdência para o Ministério da Saúde e para estados e municípios. O objetivo principal era melhorar os serviços oferecidos nos três níveis da administração pública, para conter a demanda crescente por cuidados especializados e hospitalares, financiados pela previdência. Para facilitar a integração das ações dos provedores públicos, o Programa criou comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, que contavam com a participação da comunidade.

A partir de 1985, quando o primeiro governo civil assumiu a Presidência da República, o Programa passou a ser uma das principais políticas da área da saúde. A contínua transferência de recursos para municípios e a possibilidade de representantes de organizações da sociedade civil participarem na decisão sobre sua alocação favoreceram o fortalecimento das comissões municipais, especialmente nas cidades onde os movimentos social e sindical eram mais organizados. Gradualmente, entidades da sociedade civil, tais como associações comunitárias, clubes de mães e sindicatos, anteriormente excluídos do processo de decisão política da área, passaram a ver no empoderamento desses fóruns uma oportunidade para influenciar a tomada de decisões (Heimann *et al.*, 1992).

O Suds foi criado, em 1987, por iniciativa dos dirigentes da área da saúde do governo federal que defendiam a reforma do sistema. A principal estratégia desse programa foi universalizar o acesso aos serviços de saúde previdenciários, ao mesmo tempo que racionalizava custos e o uso de recursos, unificando a gestão dos serviços de saúde pública e previdenciários nos níveis estadual e municipal da administração pública. A descentralização que promovia dava-se por meio da transferência de recursos financeiros, unidades, hospitais e pessoal da previdência social para estados, em um primeiro estágio, e para os municípios, em estágios subseqüentes. O Programa integrava os subsetores de saúde pública e previdenciários de atenção à saúde, virtualmente extinguindo o envolvimento direto da previdência social na provisão e compra de serviços.

O movimento sanitário, congregado em torno do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)⁵ e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em

⁵ Para mais informações, consultar: <www.cebes.org.br>.

Saúde Coletiva (Abrasco),⁶ considerava como questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre o sistema de saúde. Ao mesmo tempo, seus principais líderes tinham clareza sobre a necessidade de ampliação da base social de apoio à proposta reformista, o que poderia ocorrer com a mobilização de atores sociais a ser realizada nesses fóruns. O Suds, idealizado por reformistas que se encontravam em cargos de direção nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, abriu as comissões em todos os níveis de gestão à participação de representantes da sociedade civil.

Um dos principais marcos da atuação do movimento sanitário foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Teixeira, 1989). A Conferência reuniu cerca de quatro mil pessoas, sendo que mil participaram como delegados representando instituições públicas e privadas da área da saúde, as principais universidades do país, as maiores centrais sindicais, uniões de estudantes, sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos, associações de profissionais da área da saúde, associações comunitárias, partidos políticos e as principais igrejas cristãs (Côrtes, 1995).

Resultado da articulação entre atores sociais e estatais coordenada pela comunidade de política reformista, o Relatório Final da Conferência continha os princípios normativos sobre a reforma do sistema de saúde por eles defendidos. Embora houvesse divergências – enquanto alguns participantes defendiam um sistema estatizado denominado ‘tipo cubano’, outros preconizavam um sistema misto público-privado, chamado então de ‘tipo italiano-inglês’ (V. N., entrevista, 1/9/2006) –, o texto aprovado ao final continha conceitos e princípios sobre os quais havia relativo consenso (Brasil, 1987a). Saúde foi conceituada de forma abrangente, como o resultado das condições de nutrição, moradia, educação, renda, ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a terra e a serviços de saúde. Coerentemente, como saúde dependeria de ações políticas em diversas áreas, a Conferência propôs a criação de um orçamento social que financiaria a seguridade social a ser implantada. Embora a proposta de estatização imediata tenha sido recusada, houve consenso sobre a necessidade de fortalecer e expandir o setor público. Saúde foi considerada como um direito que o Estado teria a obrigação de garantir. Foi proposta a reformulação do sistema de saúde e a criação do SUS organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização e fortalecimento do papel dos municípios, integralidade da atenção,

⁶ Para mais informações, consultar: <www.abrasco.org.br/index.php>.

regionalização e hierarquização dos serviços, universalização da cobertura e equidade de acesso aos serviços e participação da população. A Conferência criou ainda a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que viria, em certa medida, a ser a precursora do ‘novo’ Conselho Nacional de Saúde (V. N., entrevista, 1/9/2006).

A Comissão foi instalada no segundo semestre de 1986 (Brasil, 1986a), com a finalidade de “analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema” e apresentar suas conclusões em um prazo de 180 dias. Coordenada pelo secretário-geral do Ministério da Saúde, era integrada de forma paritária por representantes governamentais e societais (Quadro 1).

Em 1987,⁷ o Conselho foi reformulado tanto em suas funções como em sua composição. Pela primeira vez desde a criação, teve como função administrativa principal a de “deliberação coletiva de segundo grau” no âmbito do Ministério da Saúde (Brasil, 1987b, art. 1º). Ou seja, passou a ser um órgão ministerial de deliberação superior, o que indica que os idealizadores da mudança propunham um novo papel para o Conselho na área da saúde. O fórum era integrado por 14 conselheiros: o ministro da Saúde, que o presidia; três representantes de outros ministérios (do Trabalho, da Educação e da Previdência e Assistência Social); um representante da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan); um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); um representante do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CNDIC); e sete personalidades de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde, estas indicadas pelo ministro da Saúde (Brasil, 1987b, art. 3º).⁸ No entanto, mesmo com a diversificação de seus integrantes, o Conselho não participou ativamente do intenso debate sobre a reforma do

⁷ Em 1986, foi criada uma comissão interministerial encarregada de propor a reformulação do Conselho Nacional de Saúde, integrada por representantes dos ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Planejamento (Brasil, 1986b). Em janeiro de 1987, a Comissão concluiu seus trabalhos e entregou a proposta ao ministro da Saúde.

⁸ Eram consideradas como “colaboradoras do Conselho Nacional de Saúde as seguintes instituições: Associação Médica Brasileira, Academia Nacional de Medicina, Academia Nacional de Medicina Militar, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Odontologia, Federação Brasileira de Nutrição, Sociedade Brasileira de Medicina Veterinária, Academia Nacional de Farmácia, Academia Brasileira de Ciências e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência” (Brasil, 1987b, art. 3º, § 1º).

Quadro 1 – Composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – 1986

Representantes estatais	Governamentais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ministério da Saúde (secretário e presidente da Fundação Oswaldo Cruz) 2. Ministério da Previdência e Assistência Social (secretário de Serviços Médicos e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)) 3. Ministério da Educação e Cultura (secretário de Educação Superior) 4. Ministério do Trabalho 5. Ministério do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente 6. Ministério da Ciência e Tecnologia 7. Secretaria de Planejamento da Presidência da República 8. Secretarias estaduais de Saúde (dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, sendo um o presidente da Comissão) 9. Secretarias municipais de Saúde
	Congresso Nacional	10. Senado Federal (Comissão de Saúde)
Representantes societais	Prestadores privados de serviços de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) 2. Federação Brasileira de Hospitais (FBH)
	Profissionais de saúde	3. Federação Nacional dos Médicos (FNM)
	Empresários	<ol style="list-style-type: none"> 4. Confederação Nacional da Indústria (CNI) 5. Confederação Nacional do Comércio (CNC) 6. Confederação Nacional da Agricultura (CNA)
	Trabalhadores	<ol style="list-style-type: none"> 7. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) 8. Central Geral dos Trabalhadores (CGT) 9. Central Única dos Trabalhadores (CUT)
	Associações comunitárias	10. Conselho Nacional das Associações de Moradores (Conam)

Fonte: Brasil, 1986a.

sistema de saúde brasileiro. Até sua reformulação, em 1990, ele continuou atuando como um ‘conselho de notáveis’.

O Conselho Nacional de Saúde existia desde o tempo de Getúlio Vargas e era um Conselho de honoráveis, um Conselho, na época, [da Reforma Sanitária] (...) dirigido por um ex-senador da República. (...) até fazia parte o Doutor Zerbini, faziam parte nomes, porque ele era um Conselho Consultivo de médicos honoráveis da Sociedade Médica Brasileira que o ministro, eventualmente, se utilizava para consultar sobre assuntos da área da saúde. (W. J., entrevista, 20/9/2006)

A participação da sociedade na definição do novo desenho institucional da área da saúde brasileira se deu em outros espaços (V. N., entrevista, 1º/9/2006). Dentre eles, aparecia em destaque a Comissão Nacional de Reforma Sanitária como um dos principais fóruns de debates, no qual se demarcaram posições conflitantes, se construíram consensos e se produziram diretrizes para o novo sistema de saúde. “A Comissão Nacional [da Reforma Sanitária] já tem representação da população, dos trabalhadores da saúde, ela já é um (...) embrião da nova forma de composição do Conselho” (K. L., entrevista, 13/6/2006).

A proposta final dessa Comissão, o Relatório Final da 8ª Conferência e a própria implementação do programa Suds fixaram uma agenda de propostas a serem incluídas na Constituição Brasileira de 1988. O movimento sanitário, em aliança com o movimento sindical e popular, construiu articulações e consensos durante os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foram integrantes dessa comunidade de política que elaboraram e implementaram o programa Suds (Arouca, 1988). Essa articulação de forças políticas e sociais defendeu – e teve sucesso em estabelecer no texto constitucional – a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que, em linhas gerais, adotava as diretrizes por ela defendidas. O SUS oferecia atenção integral à saúde; os serviços de saúde eram de acesso universal; o sistema tinha participação da comunidade (Brasil, 1988, art. 198) e era financiado com recursos da previdência social e dos orçamentos federal, estadual e municipal – provenientes de diversas fontes fiscais. A maior parte da provisão era oferecida e gerenciada pelos municípios, deixando para os estados e a União as tarefas de monitoramento e avaliação. O sistema era único, desaparecendo a divisão entre subsetores de saúde pública e previdenciária, e tinha gestão descentralizada, com participação da comunidade.

As leis complementares da área da saúde normatizaram a implementação desses princípios. A lei n. 8.142 (Brasil, 1990b), em dezembro de 1990, criou conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Os novos fóruns eram permanentes, deliberativos, responsáveis pela “formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 1990b, art. 1º). Eram integrados por representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e de usuários de serviços de saúde. Nos três níveis, os representantes de usuários comporiam metade do conselho, enquanto os demais membros somados integrariam a outra metade.⁹

Quando o novo Conselho Nacional de Saúde foi criado, em agosto de 1990 (Brasil, 1990c), antes mesmo da promulgação da lei n. 8.142, o artigo praticamente não existia mais. O Conselho continuou integrando a estrutura básica do Ministério da Saúde, mas passou a ter caráter deliberativo.¹⁰ Desde então não ocorreram alterações importantes¹¹ nas disposições legais sobre suas competências. No entanto, a composição do plenário do Conselho sofreu alterações entre 1990 e 2006 (Quadros 2, 3 e 4).

⁹ “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do Governo” (Brasil, 1990b, art. 1º).

¹⁰ Suas principais competências passaram a ser: “I - atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde (...); II - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde (...); III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios (...); IV - aprovar os critérios e valores para 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 (...); VII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde (...); VIII - articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde (...)” (Brasil, 1990c, art. 1º).

¹¹ O decreto n. 5.839/06 (Brasil, 2006a), que viria a reformular a composição e a dinâmica de funcionamento do fórum de maneira mais profunda, manteve intocadas as competências do Conselho que foram estabelecidas pelo decreto n. 99.438/90 (Brasil, 1990c).

Quadro 2 – Composição do Conselho Nacional de Saúde por representantes estatais e societais – 1990-1992

Representantes estatais	Governamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Educação • Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento • Ministério da Ação Social • Ministério da Saúde (dois representantes, sendo um o ministro, presidente do Conselho)
		<p style="text-align: right;">Modificação de 1992</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministério do Trabalho e da Previdência Social • Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) • Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)
	Indicados	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação do ministro da Saúde (três representantes)
Representantes societais	Prestadores privados de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores privados (dois representantes escolhidos dentre as seguintes entidades: Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Hospitais e Confederação das Misericórdias do Brasil)
	Profissionais e trabalhadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos (um representante escolhido dentre as seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos) • Profissionais de saúde não-médicos (dois representantes) • Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)
	Empresários	<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional da Indústria (CNI) • Confederação Nacional do Comércio (CNC) • Confederação Nacional da Agricultura (CNA)
	Trabalhadores (não saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) • Central Geral dos Trabalhadores (CGT) • Central Única dos Trabalhadores (CUT)
	Associações comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Nacional das Associações de Moradores (Conam) (dois representantes)
	Entidades de portadores de patologias ou deficiências	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades de portadores de patologias (cinco representantes)
		<p style="text-align: right;">Modificação de 1992</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entidades de portadores de patologias (seis representantes)
	Igrejas	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Fonte: Brasil, 1990c, art. 2º; Brasil, 1992a, art. 1º.

Quadro 3 – Composição do Conselho Nacional de Saúde por representantes estatais e societais – 1994-1995

Representantes estatais	Governamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Educação 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificações de 1995 • Ministério da Educação e do Desporto
		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério do Bem-Estar Social • Ministério da Previdência Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Previdência e Assistência Social
		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Fazenda • Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério do Planejamento e do Orçamento • Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária
	Indicados	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde (dois representantes, sendo um o ministro, presidente do Conselho) • Ministério do Trabalho • Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) • Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) 	
Representantes societais	Prestadores privados de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores privados (dois representantes escolhidos dentre as seguintes entidades: Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Hospitais e Confederação das Misericórdias do Brasil) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificação de 1995 • Prestadores privados (dois representantes escolhidos dentre as seguintes entidades: Confederação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Hospitais e Confederação das Misericórdias do Brasil, Unimed do Brasil e Federação Nacional das Seguradoras)
	Profissionais e trabalhadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos (um representante escolhido dentre as seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos) • Profissionais de saúde não médicos (dois representantes) • Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) 	
	Empresários	<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional da Indústria (CNI) • Confederação Nacional do Comércio (CNC) • Confederação Nacional da Agricultura (CNA) 	
	Trabalhadores (não saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • Central Geral dos Trabalhadores (CGT) • Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) • Central Única dos Trabalhadores (CUT) • Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificação de 1995 • Força Sindical
	Associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs)	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Nacional das Associações de Moradores (Conam) (dois representantes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificação de 1995 • Conselho Nacional das Associações de Moradores (Conam) (um representante) • Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
	Entidades de portadores de patologias ou deficiências	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades de portadores de patologias (seis representantes) 	
	Igrejas	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) 	

Fonte: Brasil, 1994, art. 1º; Brasil, 1995, art. 1º.

Quadro 4 – Composição do Conselho Nacional de Saúde por representantes estatais e societais – 2003-2006

Representantes estatais				
Representantes societais	Governmentais	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Educação • Ministério da Previdência Social • Ministério do Trabalho e Emprego • Ministério da Saúde (três representantes) • Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) • Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) 		
	Prestadores privados de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional de Saúde (CNS) 	Modificações de 2006 <ul style="list-style-type: none"> • Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) 		
	Profissionais e trabalhadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Federal de Odontologia • Associação Brasileira de Enfermagem • Federação Nacional dos Enfermeiros • Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/CUT (dois representantes) • Federação Nacional dos Farmacêuticos • Conselho Federal de Medicina • Conselho Federal de Nutricionistas • Conselho Federal de Medicina Veterinária • Sociedade Brasileira de Bioética 	Modificações de 2006 <ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT (um representante) • Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde • Conselho Federal de Farmácia • Federação Nacional dos Médicos • Federação Interstadual dos Odontologistas • Conselho Federal de Serviço Social • Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional • Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) 	
	Empresários	<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional da Indústria (CNI) • Confederação Nacional do Comércio (CNC) • Confederação Nacional da Agricultura (CNA) 	Modificações de 2006 <ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional da Indústria (CNI) • Confederação Nacional do Comércio (CNC) 	
	Trabalhadores (não saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • Central Única dos Trabalhadores (CUT) • Força Sindical • Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) 		
	Associações comunitárias, movimentos sociais, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam) • Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Movimento Popular de Saúde (Mops) 	Modificações de 2006 <ul style="list-style-type: none"> • Central de Movimentos Populares • Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais pelo Meio Ambiente • Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor • União Nacional dos Estudantes 	
	Entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências	<ul style="list-style-type: none"> • Associação dos Celíacos do Brasil (Acelbra) • Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes (Fenad) • Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi (Fenasp) • Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) • Movimento Nacional de Luta Contra a Aids • União Brasileira dos Cegos (UBC) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Estadual dos Povos Indígenas/SC • Movimento de Mulheres em Saúde • Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos (Onedef) 		Modificações de 2006 <ul style="list-style-type: none"> • Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Norte e Espírito Santo • Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira • Rede Nacional Feminista de Saúde • Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB) • Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso) • Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (Farbra) • Liga Brasileira de Lésbicas 		
Igrejas	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) 			
		Modificações de 2006 <ul style="list-style-type: none"> • Confederação Espírita Pan-Americana 		

Fonte: Brasil, 2003; Brasil, 2006a.

Desde 1990 ocorreram dois tipos de mudanças na composição do Conselho, no que se refere aos ‘representantes estatais’. Por um lado, as variações entre os conselheiros provenientes de órgãos do governo federal refletiram mudanças na estrutura ministerial ao longo do período. O número de representantes do Ministério da Saúde (três) e dos secretários estaduais e municipais de Saúde (um e um, respectivamente) manteve-se inalterado ao longo do período. Por outro lado, a partir de 2003, desapareceram os conselheiros de ‘notório saber’ indicados pelo Ministério da Saúde. Desse modo, extinguiu-se uma tradição que persistia desde a criação do primeiro Conselho Nacional de Saúde, ao mesmo tempo que o novo Conselho se consolidava como um espaço público em que interesses sociais organizados eram representados.

Os ‘representantes societários’ variaram bem mais no período. No cômputo geral, houve diminuição tanto em termos absolutos como em termos relativos no número de representantes de entidades de ‘mercado’. O número de conselheiros oriundos de entidades de prestadores privados de serviços não se alterou, mas em 1995 as empresas de seguro de saúde passaram a integrar o plenário do Conselho. Isso refletia sua importância crescente como financiadoras e compradoras de serviços no mercado da saúde no país. Já os empresários com interesses não estritamente vinculados ao setor saúde tiveram seu número de representantes reduzido. Na maior parte do período, eram três conselheiros oriundos de organizações empresariais. Após a alteração da composição ocorrida em 2006, entretanto, o representante da Confederação Nacional da Agricultura foi excluído, restando apenas aqueles provenientes da Confederação Nacional do Comércio e da Confederação Nacional da Indústria.

Em contraste, o número e a proporção de representantes de entidades ‘sociais’, da sociedade civil, cresceram no período. Com um crescimento de 200%, os conselheiros provenientes de organizações profissionais e de trabalhadores de saúde passaram de quatro, em 1990, para 12, em 2006. Sozinhos, eles somavam um quarto do total de votos nas reuniões plenárias do Conselho. Observe-se que os médicos mantiveram, ao longo do período, apenas um representante no fórum.

O número de representantes provenientes de associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) também aumentou 200%, enquanto os representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências tiveram o expressivo

crescimento de 160%. Entretanto, enquanto a primeira categoria tinha apenas dois conselheiros, em 1990, e passou a ter seis, em 2006, a segunda tinha cinco, em 1990, e passou a ter 13, no final do período. Desse modo, mesmo com um crescimento maior, os representantes das associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs, em 2006, perfaziam 12% do total de conselheiros, enquanto os representantes das entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências atingiam 27% desse total, ou seja, os últimos sozinhos detinham pouco mais que um quarto do total de votos nas reuniões plenárias do Conselho.

O número de conselheiros oriundos de entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde, se manteve praticamente estável, ao longo do período. As variações na quantidade de representantes nessa categoria deveram-se, provavelmente, às mudanças ocorridas na organização das centrais sindicais no país. Predominou, no período, o número de três conselheiros. A exceção foi o ano de 2004, quando havia quatro representantes de centrais sindicais.

Com 12 e 13 conselheiros, respectivamente, os representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde e de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências somados detinham, em 2006, mais da metade dos votos no fórum (52%, 25 em 48). A importância que os dois grupos passaram a ter no Conselho está relacionada, ao menos em parte, à ampliação de sua importância relativa e visibilidade no âmbito da sociedade civil organizada, no Brasil, a partir da década de 1990.

Embora tenham crescido menos que em outros setores da economia, os empregos em saúde no Brasil aumentaram, em média, 3,79% no período 2003-2005 (Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006). No final de 2005, o estoque de empregos em serviços de saúde era de 1,137 milhão (Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006). Se a eles forem somados os empregos em atividades industriais e comerciais relacionadas à produção de bens como medicamentos e insumos hospitalares, o número de pessoas empregadas na área sobe para mais de 2,5 milhões (Biasoto Júnior, 2007). Os profissionais e os trabalhadores em saúde cresciam em importância relativa no mercado de trabalho.

O protagonismo político no conselho de representantes do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas) está relacionado não somente a tais circunstâncias, mas também à ação deliberada desses conselheiros no sentido de assumir a direção política do fórum. Em

torno de conselheiros vinculados ao Fentas organizou-se uma nova comunidade de política na área da saúde. Os princípios fundadores do SUS continuavam integrando o conjunto de suas propostas, mas a eles acrescia-se a defesa da provisão exclusivamente pública de serviços e dos interesses de categorias de profissionais e de trabalhadores da saúde, não médicos,¹² em oposição a entidades que defendiam os interesses da categoria médica. Os gestores, profissionais de saúde e acadêmicos identificados com o movimento sanitário, que liderara o processo de reforma do sistema brasileiro de saúde nos anos 80 e 90, eram vistos pela nova comunidade como integrantes de um grupo que renunciara aos verdadeiros ideais reformistas (G. S., entrevista, 4/5/2006).

O aumento expressivo no número de representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências, por sua vez, está relacionado à multiplicação de atores sociais organizados e à variedade de temas específicos que passaram a integrar o debate político nacional. Questões antes politicamente invisíveis e consideradas como ‘normais’ – relacionadas a desigualdades decorrentes da cor da pele, da etnia, do gênero sexual, da orientação sexual, da preferência religiosa, do fato de a pessoa ser portadora de determinadas patologias ou deficiências – passaram a fazer parte da agenda pública de discussão, marcadamente na área da saúde. No mesmo sentido pode ser entendida a inclusão no Conselho de um representante da Confederação Espírita Pan-Americana. Se, por um lado, isso talvez reflita a diminuição relativa da população católica no país; por outro, pode estar relacionado a uma tendência à maior aceitação social da pluralidade religiosa. Assim, as reivindicações, as políticas implementadas e os canais públicos ou ocultos em que se negociavam decisões sobre questões de interesse de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências e de entidades religiosas não católicas expressavam a emergência de um novo padrão organizativo da sociedade civil brasileira.

A Tabela 1 e o Gráfico 1 mostram o crescimento expressivo do número de conselheiros das categorias: organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; e associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs.

¹² Embora entidades médicas integrem o Fentas, as posições políticas do Fórum se opõem àquelas defendidas pelas organizações que lutam pelos interesses da categoria médica.

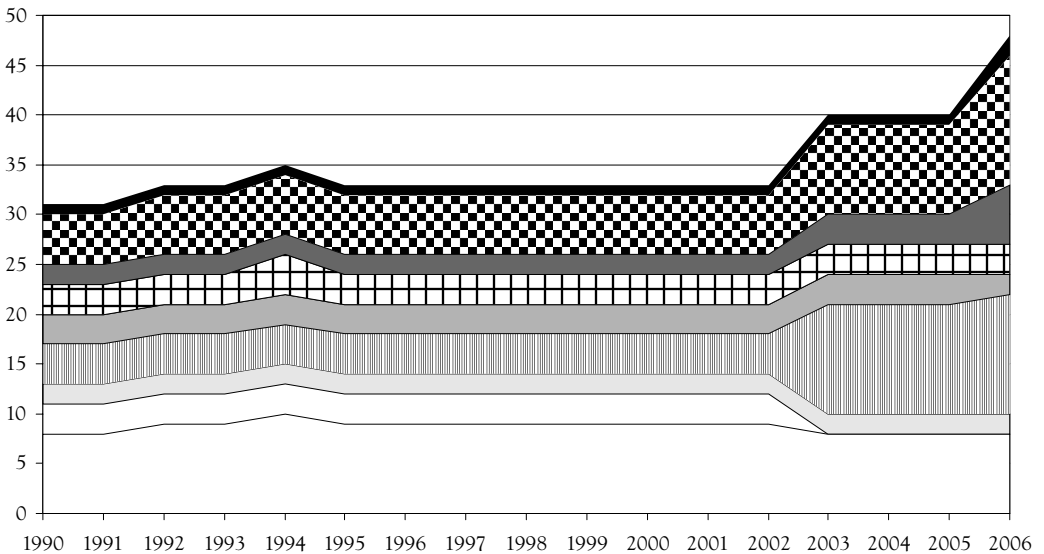
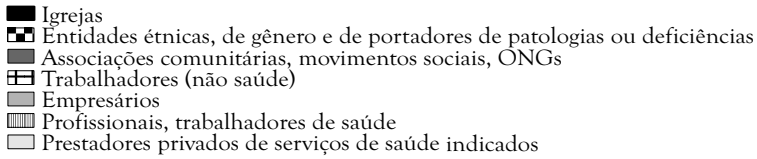
Entre 2003 e 2006, eles já correspondiam a 27% (11), 7% (três) e 22% (nove), respectivamente, do total de conselheiros, perfazendo em conjunto 56% (23) desse total. A partir da última alteração na composição, em 2006, eles passaram a representar 25% (12), 12% (seis) e 27% (13), respectivamente, aumentando sua participação relativa para 64% (31) do total de conselheiros.

Tabela 1 - Número de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde por tipos de representantes - 1990, 1992, 1994, 1995, 2003, 2006

Tipos de participantes	1990	1992	1994	1995	2003	2006
Governamentais	8	9	10	9	8	8
Indicados	3	3	3	3	0	0
Prestadores privados de serviços de saúde	2	2	2	2	2	2
Profissionais e trabalhadores de saúde	4	4	4	4	11	12
Empresários	3	3	3	3	3	2
Trabalhadores (não saúde)	3	3	4	3	3	3
Associações comunitárias, movimentos sociais, ONGs	2	2	2	2	3	6
Entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências	5	6	6	6	9	13
Igrejas	1	1	1	1	1	2
Total	31	33	35	33	40	48

Fonte: Brasil, 1990c, art. 2º; Brasil, 1992a, art. 1º; Brasil, 1994, art. 1º; Brasil, 1995, art. 1º; Brasil, 2003; Brasil, 2006a.

Gráfico 1 – Número de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde por tipos de representantes – 1990, 1992, 1994, 1995, 2003, 2006



Fonte: Brasil, 1990c, art. 2º; Brasil, 1992a, art. 1º; Brasil, 1994, art. 1º; Brasil, 1995, art. 1º; Brasil, 2003; Brasil, 2006a.

Agregando essas categorias de representantes aos três grandes tipos de participantes aqui focalizados – governamentais, de mercado e sociais¹³ – e observando a evolução no número de conselheiros (Tabela 2 e Gráfico 2), constata-se que houve grande crescimento no número de conselheiros provenientes de organizações sociais. Ao longo do período, eles aumentaram sua participação no Conselho em 140% (15 para 36), em contraste com os representantes governamentais e de entidades de mercado que perderam assentos no Conselho na proporção de 27% (11 para oito) e 20% (cinco para quatro), respectivamente.

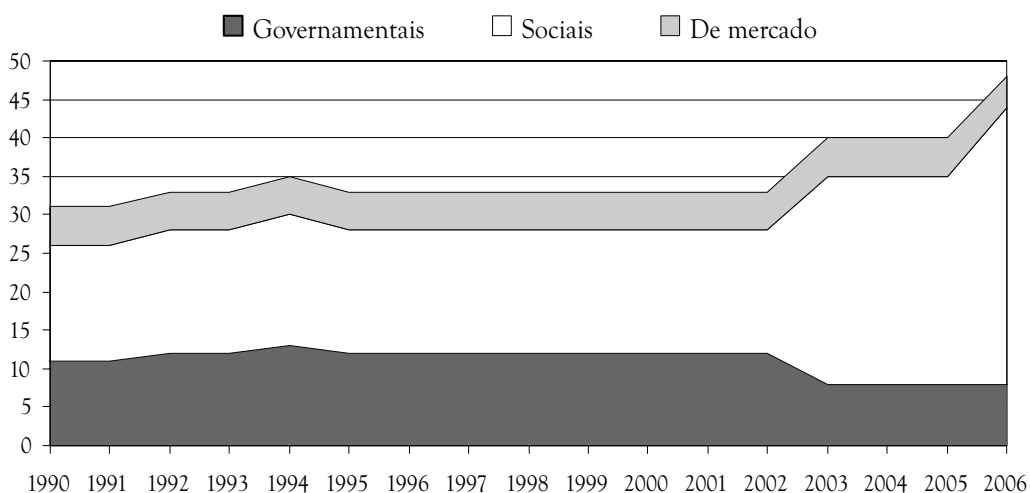
¹³ A classificação utilizada é a seguinte: ‘governamentais’ inclui governamentais e indicados; de ‘mercado’ compreende prestadores privados de serviços de saúde e empresários; ‘sociais’ abrange profissionais, trabalhadores de saúde; trabalhadores (não saúde); associações comunitárias, movimentos sociais, ONGs; entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; igrejas.

Tabela 2 - Número de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde por representantes governamentais, de mercado e sociais - 1990, 1992, 1994, 1995, 2003, 2006

Tipos de participantes	1990	1992	1994	1995	2003	2006
Governamentais	11	12	13	12	8	8
Mercado	5	5	5	5	5	4
Sociais	15	16	17	16	27	36
Total	31	33	35	33	40	48

Fonte: Brasil, 1990c, art. 2º; Brasil, 1992a, art. 1º; Brasil, 1994, art. 1º; Brasil, 1995, art. 1º; Brasil, 2003; Brasil, 2006a.

Gráfico 2 - Número de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde por representantes governamentais, de mercado e sociais - 1990, 1992, 1994, 1995, 2003, 2006



Fonte: Brasil, 1990c, art. 2º; Brasil, 1992a, art. 1º; Brasil, 1994, art. 1º; Brasil, 1995, art. 1º; Brasil, 2003; Brasil, 2006a.

A expressiva presença de representantes de entidades sociais é uma indicação de como se distribuía o poder no fórum. No novo Conselho Nacional de Saúde, os conselheiros que representavam profissionais e trabalhadores de saúde; associações comunitárias, movimentos sociais, ONGs; e entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências passaram a controlar as principais instâncias decisórias do Conselho. No entanto, isso pode significar, paradoxalmente, que o poder do fórum na arena decisória da área diminuiu ao longo do período.

O decréscimo no número de representantes governamentais no Conselho pode indicar que eles passaram a ter menor capacidade de influir nas decisões tomadas no fórum, mas que ao mesmo tempo as principais decisões sobre a política de saúde estavam sendo tomadas em outros espaços decisórios. Tanto os conselheiros entrevistados (L. M., entrevista, 16/1/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006) quanto a literatura (Santos & Gerschman, 2006; Levcovitz, Lima & Machado, 2001; Menicucci, 2004) salientam que as comissões intergestores criadas no início da década de 1990 (Brasil, 1991a, 1993) passaram a ser as principais arenas institucionais de tomada de decisões sobre a política de saúde no país. Isto teria afetado negativamente a capacidade do Conselho Nacional de Saúde de se consolidar como um fórum central de decisão sobre a política de saúde nacional.

No início da década de 1990, as dificuldades de gestão de um sistema único de saúde em um estado federativo, como é o caso brasileiro, desafiavam os gestores e a comunidade de política reformista a encontrar mecanismos que viabilizassem a coordenação vertical e horizontal das ações implementadas de forma descentralizada. No Conselho, na época recém-estruturado, travavam-se as principais discussões e tomava-se grande parte das decisões sobre política de saúde. A proposta de criação das comissões bipartites, nos estados, e tripartite, no nível federal, como instâncias colegiadas de pactuação e articulação entre os gestores nos níveis de governo correspondentes, foi articulada no Conselho por representantes dos gestores municipais e estaduais, interessados em aumentar o poder de decisão dos níveis subnacionais de governo sobre a gerência e a operacionalização do sistema. Conforme afirmou um conselheiro, na época dirigente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), “na primeira reunião do novo Conselho, em abril de 91, eu entro com a proposta de criação da Tripartite. Então essa [reunião] é o início da resolução de criação da Tripartite e da Bipartite” (L. M., entrevista, 16/1/2006).

O Conselho Nacional de Saúde propôs a criação de uma comissão especial para “discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (...) a ser constituída pelas três instâncias gestoras governamentais” (Brasil, 1991b). O Ministério da Saúde, seguindo a recomendação do Conselho, criou em 1991 “uma comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde”, que viria a ser conhecida como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 1991a).

A norma operacional básica de 1993 (NOB 01/93) (Brasil, 1993) produziu duas grandes alterações no sistema de saúde brasileiro que induziram, de fato, à consolidação do processo de reforma: o aprofundamento da municipalização e a consolidação das instâncias colegiadas de coordenação vertical e horizontal de gestão. Essa norma foi elaborada no início do governo Itamar Franco, logo após o processo político que levara ao impedimento do presidente Fernando Collor. Na área da saúde, os novos dirigentes federais eram claramente identificados com o movimento sanitário e mais permeáveis às propostas de aprofundamento da municipalização e descentralização do sistema, se comparados aos gestores da administração Collor. A contragosto, os dirigentes municipais de saúde haviam aderido à municipalização de acordo com as regras impostas pelas normas operacionais anteriores – NOB de 1991 (Brasil, 1991c) e NOB de 1992 (Brasil, 1992b) – consideradas centralizadoras (Levcovitz, Lima & Machado, 2001). No novo contexto político, eles pressionavam pela edição de normas que viabilizassem a descentralização, principalmente em relação à decisão sobre a transferência de recursos financeiros da esfera federal para a municipal de gestão.

A NOB 01/93 (Brasil, 1993) foi o resultado de discussões intensas travadas durante seis meses entre integrantes do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite e do Grupo Especial de Descentralização, criado pelo Ministério da Saúde em 1993.¹⁴ Ela estabeleceu a criação de níveis transitórios, coexistentes e crescentes de gestão estadual e municipal, com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas, denominados: incipiente, parcial e simplena. Criou a Comissão Intergestores Tripartite, federal, e as Comissões Intergestores Bipartites, nos estados. A NOB 01/93 estabeleceu assim o desenho institucional de planejamento e de gestão do SUS até hoje vigente, caracterizado pela descentralização e pela existência desses fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal do sistema. Embora não tenha alterado o desenho institucional básico implantado pela NOB 01/93, a NOB 01/96 (Brasil, 1996) modificou alguns aspectos nas relações federativas entre governos federal, estaduais e municipais na área da saúde. Dentre eles se destacam a criação de mecanismos de transferência de recursos financeiros da

¹⁴ O Grupo Especial de Descentralização era integrado por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

esfera federal para as subnacionais em programas ou em áreas específicas de interesse do governo federal – Piso da Atenção Básica Variável – e a classificação dos níveis de gestão em apenas dois: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

A institucionalização das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites¹⁵ teve impacto sobre o Conselho Nacional de Saúde. A partir da segunda metade da década de 1990, “praticamente todas as questões que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS e à estruturação e funcionamento do sistema de saúde” são discutidas nessas comissões (Levcovitz, Lima & Machado, 2001: 278). Para conselheiros, representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde, as Comissões teriam tirado o protagonismo do Conselho na definição das políticas de saúde (J. R., entrevista, 31/5/2006; N. G., entrevista, 31/5/2006; Q. F., entrevista, 2/6/2006). Para os gestores idealizadores dessas comissões, havia a necessidade de coordenação das ações nos três níveis de governo, possibilitando a implementação de políticas e ações nacionais de forma articulada e organizada (L. M., entrevista, 16/1/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006). Para os últimos, o Conselho seria um espaço de discussões e deliberações sobre a natureza das políticas. Sua estrutura de funcionamento e sua composição não permitiriam que ele cumprisse as funções exercidas pelas Comissões Tripartite e Bipartites. Mesmo assim eles reconheciam que houve, em alguma medida, sobreposição de competências e confusão de papéis.

A Tripartite e as Bipartites foram um mal necessário. (...) tanto as Bipartites quanto a Tripartite agilizaram as decisões, especialmente na distribuição de recursos e na implantação de programas. Mas houve um choque de atribuições, um choque de competências: o que seria competência da Tripartite e o que seria competência do Conselho. (W. J., entrevista, 20/9/2006)

A redução absoluta e relativa no número de representantes dos gestores que integravam oficialmente o Conselho, entre 1990 e 2006, e o crescimento no número de representantes de organizações da sociedade civil podem estar relacionados às mudanças no desenho institucional do sistema,

¹⁵ As Comissões Tripartite e Bipartites Intergestores são paritárias – tripartites e bipartites, respectivamente –, compostas por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), no caso da primeira, e por representantes das secretarias estaduais de Saúde e dos secretários ou dirigentes municipais de Saúde, no caso das segundas (Brasil, 1993).

que colocaram as instâncias de pactuação federativa no centro do processo decisório. Os gestores não teriam tanto interesse em controlar as atividades do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que concentravam sua atuação nas Comissões Intergestoras. No entanto, os atores sociais que participavam do Conselho, e que passaram gradativamente a liderar os seus trabalhos, optaram por uma estratégia que visava a ampliar o seu controle sobre o fórum, e não a fortalecê-lo como espaço decisório na arena política da área da saúde. Suas ações foram no sentido de acabar com a vaga cativa dos médicos e manter reduzido o número de representantes de gestores e de entidades de mercado, ao mesmo tempo que pressionavam para retirar do ministro da Saúde a prerrogativa de presidir o fórum (G. S., entrevista, 4/5/2006; M. C., entrevista, 23/5/2006; N. G., entrevista, 31/5/2006; P. G., entrevista, 31/5/2006; Q. F., entrevista, 2/6/2006).

Assim, temas relacionados à composição e coordenação seguiram ocupando grande espaço nas discussões do Conselho. O núcleo da polêmica dizia respeito, especialmente, a dois pontos: a manutenção da presidência como prerrogativa do ministro da Saúde e a permanência no plenário do fórum de conselheiros provenientes de entidades pouco representativas. Propostas de reformulação no Regimento Interno que modificassem esses pontos foram objetos de discussão constante durante o ano de 2005 (V. N., entrevista, 1º/9/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006).

Em julho de 2006, após quase dois anos de intensos debates e negociações, foram aprovadas a nova composição e as mudanças na coordenação do Conselho (Brasil, 2006b). Pela primeira vez, o cargo de presidente deixou de ser uma prerrogativa do ministro da Saúde e tornou-se eletivo. Qualquer conselheiro titular (inclusive o ministro) passou a poder concorrer à presidência do fórum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937 e sofreu reformulações sucessivas até a última grande mudança de 2006. Tais modificações redefiniam suas competências específicas e sua composição, refletindo transformações nas concepções de saúde dos gestores federais da área, nas políticas de saúde e no conjunto de atores envolvidos no financiamento, na provisão e na gestão dessas políticas. Embora seja possível identificar traços de continuidade entre determinadas características dessas conformações

do fórum com aquelas encontradas no Conselho criado em 1990, foram as reformulações de 1976/1977 e de 1987 que anunciaram o desenho que o 'novo' Conselho Nacional de Saúde viria a ter. Em 1976/1977, foram criadas a Secretaria Executiva e as câmaras técnicas, antecessoras das comissões e dos grupos de trabalho constituídos na década de 1990. Com as alterações de 1987, o Conselho passou a ser órgão deliberativo, mudando sua função legal na área da saúde do país. Entretanto, esse Conselho pouco se envolveu nos debates sobre a reforma do sistema da saúde, então em curso. A grande arena de discussões foi a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, criada em 1986. Somente a partir de 1990, e especialmente no início da década, o Conselho Nacional de Saúde constituiu-se como um espaço político no qual interesses sociais organizados eram representados e discutiam-se os rumos da política nacional de saúde, buscando a criação de consensos ou explicitação de posições conflitantes.

Entre 1990 e 2006, as funções do Conselho permaneceram as mesmas, do ponto de vista legal, mas sua composição e seu papel na arena de decisão política da área modificaram-se. Tanto em termos relativos como em termos absolutos, cresceu o número de conselheiros provenientes de organizações da sociedade civil, principalmente das categorias aqui denominadas como de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; e de associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs. Simultaneamente, diminuiu a participação dos representantes governamentais e de mercado.

Legalmente, o fórum passou a ser deliberativo e responsável pela formulação de estratégias e pelo controle da execução da política de saúde nacional, com uma proporção crescente de conselheiros provenientes de entidades da sociedade civil. Se, por um lado, isso é uma indicação de que esses conselheiros podem ter aumentado seu poder no interior do Conselho; por outro, o poder do Conselho sobre o processo decisório da área pode ter diminuído.

Mudanças no desenho institucional do sistema resultaram na criação das comissões intergestores e no aprofundamento do processo de municipalização. Com a institucionalização das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, ali passou a ser discutida a maior parte das questões relativas ao financiamento, descentralização da estrutura gestora do SUS e estruturação e funcionamento do sistema de saúde. Essas instâncias de pactuação federativa foram colocadas no centro da arena política da área, reduzindo o interesse de gestores

e prestadores de serviço em controlar as atividades do Conselho, visto a partir de então como fórum decisório secundário.

Os atores sociais, que passaram gradativamente a liderar os trabalhos do Conselho, por sua vez, optaram por ampliar seu controle sobre ele. A estratégia adotada desdobrava-se em dois objetivos: eles buscavam a redução da importância relativa de representantes da categoria médica, de entidades de mercado e dos gestores, no interior do Conselho, não permitindo a expansão do número desses representantes ou provocando a sua diminuição, e exerciam pressão constante sobre o Ministério da Saúde para que fosse extinta a prerrogativa ministerial de presidir o Conselho. Tal estratégia pode ter colaborado para a consolidação de um papel secundário do fórum, no entanto, favorecia a estruturação de bases materiais e organizativas de sustentação de uma nova comunidade de política – liderada por profissionais e trabalhadores da saúde, não médicos, os quais atuavam no Conselho – que se opunha à comunidade reformadora: o movimento sanitário. O Conselho Nacional, com sua capacidade de influir sobre os conselhos estaduais e municipais, tornava-se o principal veículo de consolidação da nova comunidade.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. Implementação da reforma sanitária através do Suds. *Saúde em Debate*, 22: 49-54, out. 1988.
- BIASOTO JÚNIOR, G. Atenção básica e emprego em saúde: alguns elementos e potencialidades. Disponível em: <<http://164.41.105.3/portalmesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus/article/viewFile/389/372>>. Acesso em: 16 dez. 2007.
- BRASIL. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.
- BRASIL. Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.
- BRASIL. Decreto n. 34.347, de 8 de abril de 1954. Regulamenta a composição, funções e a periodicidade das reuniões do Conselho Nacional de Saúde.
- BRASIL. Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o regulamento do Conselho Nacional de Saúde.
- BRASIL. Decreto n. 47.793, de 11 de fevereiro de 1960. Dispõe sobre a composição e sobre a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.
- BRASIL. Decreto n. 847, de 5 de abril de 1962. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, amplia o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial.

BRASIL. Decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Decreto n. 55.642, de 27 de janeiro de 1965. Altera o decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964, que reestruturou o Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, altera o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial.

BRASIL. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme).

BRASIL. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Brasileiro de Saúde.

BRASIL. Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde e amplia o número de conselheiros.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 360, de 30 de setembro de 1977. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 4 de maio de 1978. Aprova o Regimento Interno das Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2, de 22 de agosto de 1986a. Constitui a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a finalidade de analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema.

BRASIL. Decreto n. 93.076, de 6 de agosto de 1986b. Cria Comissão Interministerial incumbida de propor a reformulação do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987a.

BRASIL. Decreto n. 93.333, de 14 de janeiro de 1987b. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990c. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.180, de 22 de julho de 1991a. Cria a Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 2, de 26 de abril de 1991b. Recomenda ao ministro da Saúde a constituição de uma comissão especial para elaborar propostas na implantação e operacionalização do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/91. Brasília: Ministério da Saúde, 1991c.

BRASIL. Decreto n. 571, de 22 de junho de 1992a. Altera o artigo 2 do decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/93, de 20 de maio de 1993.

BRASIL. Decreto n. 1.353, de 29 de dezembro de 1994. Altera o artigo 2º do decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Decreto n. 1.448, de 6 de abril de 1995. Altera o artigo 2º do decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, de 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Decreto n. 4.878, de 18 de novembro de 2003. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006a. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 361, de 12 de julho de 2006b. Dispõe sobre o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde.

CARDOSO, F. H. *Autoritarismo e Democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

CÔRTEZ, S. M. V. *User Participation and Reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre*, 1995. Tese de Doutorado, Londres: Department of Social Policy and Administration, London School of Economics and Political Science.

HEIMANN, L. S. *et al.* *O Município e a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA (ABCP), 4, 2004, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABCP, 2004.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Plano Diretor. *Evolução do Emprego em Saúde entre 2000 e 2005*. Brasília, dez. 2006.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.

SANTOS, M. A. B. & GERSCHMAN, S. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21: 177-190, 2006.

TEIXEIRA, S. M. F. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

ENTREVISTAS

G. S. Entrevista realizada em 4 de maio de 2006. Rio de Janeiro. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

J. R. Entrevista realizada em 31 de maio de 2006. Brasília. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

K. L. Entrevista realizada em 13 de junho de 2006. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

L. M. Entrevista realizada em 16 de janeiro de 2006. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

M. C. Entrevista realizada em 23 de maio de 2006. Florianópolis. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

N. G. Entrevista realizada em 31 de maio de 2006. Brasília. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

P. G. Entrevista realizada em 31 de maio de 2006. Brasília. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

Q. F. Entrevista realizada em 2 de junho de 2006. Brasília. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

V. N. Entrevista realizada em 1º de setembro de 2006. Florianópolis. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

W. J. Entrevista realizada em 20 de setembro de 2006. Florianópolis. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.