

2. A dinâmica das relações sociais no conselho nacional de saúde

Marcelo Kunrath Silva
Soraya Vargas Côrtes
Janete Cardoso Réos
Márcio Barcelos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, MK., *et al.* A dinâmica das relações sociais no conselho nacional de saúde. In: CÔRTEES, SV., org. *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 73-110. 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/).

2.A DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Marcelo Kunrath Silva

Soraya Vargas Côrtes

Janete Cardoso Réos

Márcio Barcelos

Ao examinar a dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde (CNS), este capítulo tem dois objetivos. Em primeiro lugar, o funcionamento do fórum é analisado focalizando a intervenção dos diferentes atores e a dinâmica das discussões nas reuniões plenárias. Em segundo lugar, busca-se evidenciar que o padrão de funcionamento observado pode ser explicado pela configuração das relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos nas atividades do Conselho e, também, pela posição ocupada pelo fórum na arena decisória da área. Sabe-se que o desenho institucional do sistema de saúde constituído na década de 1990 estabeleceu os condicionantes fundamentais do funcionamento dos mecanismos participativos do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, pretende-se aqui demonstrar que esse funcionamento pode ser interpretado de maneira mais adequada quando são incorporadas à análise as relações entre os atores no interior do Conselho e a posição do fórum no contexto da política de saúde nacional.

Como as reuniões examinadas ocorreram em 2005, para facilitar o entendimento do padrão de funcionamento do fórum são descritas, inicialmente, as instâncias, a estrutura de apoio administrativo e a dinâmica das reuniões plenárias, conforme elas se apresentavam naquele ano. A seguir, são caracterizadas a atuação dos membros do Conselho e as discussões que ocorriam durante as reuniões plenárias, procurando identificar os tipos de atores mais freqüentemente envolvidos nos debates, nas atividades de coordenação

e na representação do fórum em eventos e em outros fóruns e instituições. No final, são analisados as relações entre os atores no interior do Conselho e o papel que o fórum exercia no contexto da política de saúde nacional.

Os tipos de participantes envolvidos nas atividades do Conselho e na arena política da área da saúde são classificados como governamentais, sociais e de mercado. Tal classificação é feita porque se considera, assim como Cohen (2003), que uma grande separação entre atores estatais e societais não seria suficiente para expressar as diferenças que existem entre a sociedade civil, o Estado e o mercado, bem como entre os modos de ação e as motivações que os atores envolvidos nos processos sociais de cada uma dessas esferas têm para agir. O capítulo examina também a atuação de comunidades de política (*policy communities*) no Conselho e na rede da política de saúde (*policy network*). Trata-se de um tipo de ator cuja formação e esfera de ação atravessam as fronteiras entre Estado e sociedade (Jordan & Richardson, 1979; Rodes, 1986).

Para caracterizar a estrutura administrativa do Conselho e a dinâmica de funcionamento das reuniões, foram analisadas atas de 11 reuniões realizadas em 2005 e entrevistas com conselheiros.¹ Também foram utilizadas informações disponíveis nos endereços eletrônicos do Conselho e do Ministério da Saúde, a legislação pertinente, portarias ministeriais, resoluções do próprio fórum, documentos obtidos no Conselho e diários de campo de observações das reuniões plenárias.²

¹ Foram analisadas 11 atas, embora tenha havido 12 reuniões plenárias em 2005, porque 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: <www.conselho.saude.gov.br>. As entrevistas, em um total de 23, foram aplicadas entre abril e setembro de 2006. Foram entrevistados: 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).

² As observações foram realizadas durante quatro 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.

Este capítulo descreve, inicialmente, a estrutura administrativa do Conselho. A seguir, analisa a atuação dos conselheiros no interior do fórum e, logo após, a dinâmica das discussões durante as reuniões plenárias. No final, examina a configuração das relações sociais estruturada no Conselho e o papel do Conselho na configuração dessas relações na arena decisória da área da saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Em 2005, o Conselho era composto por cinco instâncias em torno das quais se organizava seu funcionamento cotidiano e suas reuniões plenárias: o plenário, as comissões, os grupos de trabalho, a Secretaria Executiva e a comissão de coordenação geral. A mais importante era o plenário, integrado por quarenta membros titulares, cada um com dois suplentes. O plenário era a instância de deliberação do Conselho. Reunia-se em reuniões ordinárias e extraordinárias em que eram apresentadas propostas de ações e políticas de saúde e discutidos temas diversos sobre os quais o plenário deliberava, votava e produzia resoluções.

A lei n. 8.080 (Brasil, 1990, art. 13º) criou seis comissões intersetoriais permanentes no âmbito do Conselho,³ compostas pelos conselheiros indicados pelo plenário. Sua finalidade era a articulação de políticas e programas de interesse da saúde. Desde então, o próprio Conselho criou mais dez comissões permanentes.⁴ Tanto as comissões criadas pela lei n. 8.080 quanto as demais tinham natureza consultiva e de assessoramento para a tomada de decisões. Elas eram coordenadas por um conselheiro indicado pelo plenário e por um coordenador adjunto escolhido pelos membros da própria comissão. Existia ainda a possibilidade de criação de comissões transitórias.

Os grupos de trabalho também eram instituídos pelo plenário (Brasil, 1999). Os membros – no máximo cinco – não eram necessariamente conse-

³ As comissões intersetoriais, compostas por até nove conselheiros, eram as seguintes: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoe epidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador.

⁴ As comissões permanentes, não previstas na lei n. 8.080, foram criadas quando dois terços do plenário concordaram com sua constituição. Quando não tinham caráter intersetorial, eram compostas por até sete conselheiros. As comissões criadas foram as seguintes: saúde mental; saúde indígena; ética em pesquisa; orçamento e financiamento; redução da morbimortalidade por trauma e violência; saúde suplementar; eliminação da hanseníase; pessoas portadoras de patologias e deficiências; saúde da mulher; comunicação e informação.

lheiros. Sua finalidade era fornecer subsídios de ordem técnica, administrativa, econômica, financeira e jurídica. Os grupos de trabalho eram transitórios, com vigência predeterminada.

A Secretaria Executiva era diretamente subordinada ao presidente do Conselho e funcionalmente vinculada ao gabinete do ministro da Saúde (Brasil, 1999). Sua função era oferecer apoio técnico-administrativo ao fórum, suas comissões e grupos de trabalho. O coordenador da Secretaria poderia ser substituído caso o plenário julgasse sua atuação inadequada ou inoperante. Em 2005, a Secretaria Executiva era composta por 34 trabalhadores: 17 de nível superior - quatro deles da área da saúde e 13 da área das humanidades - e 17 de nível médio (Magni, 2005).

Existia ainda a comissão de coordenação geral, com a finalidade de acompanhar as atividades da Secretaria Executiva (Brasil, 1999). Ela era composta por três conselheiros indicados pelo plenário. Essa comissão era também responsável pela organização das pautas de reuniões plenárias. Em geral, o coordenador da Secretaria Executiva participava das reuniões da comissão (I. E., entrevista, 23/5/2006). Observou-se que, ao longo de 2005, a comissão de coordenação geral foi composta exclusivamente por representantes de entidades sociais (I. E., entrevista, 23/5/2006).

Outra instância do Conselho era a Mesa Nacional de Negociações do SUS. Criada em 1993 (Brasil, 1993), teve funcionamento irregular até 1997, quando foi reinstalada (Brasil, 1997). Novamente suas atividades não tiveram continuidade. Por fim, foi reativada em 2003 (Brasil, 2003a) e esteve em funcionamento desde então, realizando reuniões ordinárias mensais e extraordinárias. A Mesa era um espaço de negociação permanente, envolvendo gestores federal, estaduais e municipais, entidades dos empregadores privados e entidades dos trabalhadores do SUS. Seu principal objetivo era ajudar a dirimir os conflitos resultantes das relações de trabalho.

O Conselho localizava-se no primeiro andar do Anexo B do Ministério da Saúde. Desde 2004, ele estava instalado em uma área física de aproximadamente trezentos metros quadrados, que comportava uma sala para a realização das reuniões plenárias, com capacidade para aproximadamente cem pessoas, e 11 salas para diferentes atividades complementares.⁵

⁵ Em 2005, para o apoio das atividades do Conselho, havia: vinte computadores, todos com acesso à Internet; oito impressoras; uma máquina copiadora; dois aparelhos de fax; uma linha telefônica direta e 14 ramais; vários aparelhos audiovisuais, como projetor multimídia, aparelhagem de gravação, filmadora e câmera digital.

As reuniões plenárias do Conselho eram mensais, ocorrendo em dias consecutivos. Em geral duravam dois dias, nos turnos da manhã e da tarde, mas dependendo da urgência para debater e votar determinados assuntos, a reunião poderia se estender por um terceiro dia.⁶ Os conselheiros sentavam-se a uma grande mesa em forma de 'U'. Seus lugares estavam identificados sobre a mesa. Convidados e observadores sentavam-se em cadeiras localizadas junto às paredes da sala.

No início de cada reunião, um funcionário solicitava a assinatura de todos os participantes em um livro de presenças. A coordenadora da Secretaria Executiva abria os trabalhos e instava os conselheiros a escolherem os integrantes da mesa coordenadora para cada ponto de pauta. Em geral, eram indicados pela plenária os conselheiros que apresentassem maior familiaridade ou envolvimento com cada um dos assuntos que constavam da pauta. Essa dinâmica inicial das reuniões plenárias sofria alterações quando o ministro da Saúde comparecia à reunião. Nessas ocasiões, ele falava em primeiro lugar. Normalmente, uma vez definidos os integrantes da mesa para cada ponto de pauta, passava-se aos informes gerais. Eram relatos de conselheiros que haviam representado o Conselho em eventos, e relatos das comissões e dos grupos de trabalho, ou ainda apresentações de denúncias e relatos e solicitações de inclusão de assuntos na pauta. A seguir, a primeira mesa coordenadora era composta e passava-se para o primeiro assunto da pauta, e assim sucessivamente.

Era a comissão de coordenação geral que elaborava a pauta de cada reunião, a qual era enviada por meio eletrônico ou correio convencional, com antecedência de 15 dias, aos conselheiros titulares e suplentes (N. G., entrevista, 31/5/2006). Contudo, existia a possibilidade de mudança de pauta, por solicitação de conselheiro, no início da reunião, durante os informes gerais, desde que a maioria do plenário concordasse.

Em razão da existência de um acúmulo de pontos de pauta a serem objeto de deliberação nas reuniões plenárias, havia uma tentativa de organização da agenda de discussões, com base em temas nos quais eram reunidos os assuntos similares cuja inserção na pauta havia sido demandada previamente pelos conselheiros. A definição da pauta se produzia, assim, no cruzamento entre essa agenda de temas definida pelo Conselho e as questões emergenciais impostas pela conjuntura ou por atores externos ao fórum.

⁶ As reuniões ocorriam na sala de reunião, denominada Sala Omilton Visconde Júnior, em homenagem a um ex-conselheiro, falecido em 1996, representante da indústria farmacêutica.

Muitos assuntos que integravam a pauta passavam por discussão prévia nas comissões ou nos grupos de trabalho, por serem considerados temas técnicos que necessitavam de esclarecimentos adicionais antes de serem apreciados pelo plenário. Nesses casos, no início da discussão de um ponto de pauta específico, as comissões ou os grupos de trabalho apresentavam os resultados de seu trabalho e respondiam a questões. Quando os conselheiros julgavam necessário, eram convidados especialistas para participar das reuniões das comissões, dos grupos de trabalho ou da plenária (Magni, 2005; J. R., entrevista, 31/5/2006). Uma vez apresentado o assunto, iniciavam-se os debates e eram feitas propostas de encaminhamento, que a seguir eram votadas, quando não havia consenso. Em alguns casos, o assunto era tão polêmico que a interrupção da reunião era solicitada por conselheiros (Magni, 2005; A. H., entrevista, 11/4/2006; K. L., entrevista, 13/6/2006). Isso ocorria para que houvesse discussão intra-segmento – usuários, trabalhadores de saúde, gestores ou prestadores – ou consulta às entidades representadas. Era possível, ainda, que um conselheiro pedisse vistas de determinado projeto, interrompendo assim o debate do assunto em questão.

A reunião encerrava-se quando todos os pontos de pauta tivessem sido abordados ou quando acabava o tempo da reunião, sem que todas as discussões previstas houvessem se realizado, o que ocorria freqüentemente. Ao perceber, a certa altura da reunião, que não haveria tempo para discutir todos os pontos agendados, a coordenação da Secretaria Executiva propunha ao plenário a priorização de alguns assuntos. Uma vez selecionados os assuntos que ainda seriam discutidos naquela reunião, os pontos de pauta restantes eram reagendados (Q. F., entrevista, 2/6/2006).

A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS: PREDOMÍNIO DOS REPRESENTANTES DE ENTIDADES SOCIAIS E A CONSTITUIÇÃO DE UMA NOVA COMUNIDADE DE POLÍTICA

Em 2005, de acordo com as normas legais, predominavam na composição do Conselho representantes de entidades da sociedade civil (67% – 27 em quarenta), distribuídas nas categorias: organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; de trabalhadores, não especificamente da área da saúde; associações comunitárias e movimentos sociais; entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; igrejas (Tabela 1). Em segundo lugar, com 20% das vagas (oito em quarenta), estavam os re-

presentantes de órgãos governamentais: seis do governo federal (dentre eles o ministro da Saúde, então presidente do Conselho); um dos gestores estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass); e um dos gestores municipais (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems). Por fim, com pouco mais de 12% das vagas (cinco em quarenta), apareciam os representantes de entidades de mercado: oriundos de duas entidades de prestadores privados de serviços de saúde e de duas organizações empresariais (Confederações Nacionais da Indústria – CNI – e do Comércio – CNC).

Tabela 1 – Número e percentual de conselheiros, de acordo com as normas legais, segundo os tipos de representantes: sociais, governamentais e de mercado. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005

Tipos de representantes	2005	
	Número	Percentual
Sociais	27	67,5
Governamentais	8	20,0
De mercado	5	12,5
Total	40	100

Fonte: Brasil, 2003b.

As atas das 11 reuniões plenárias analisadas registraram a presença de 94 conselheiros, entre titulares e suplentes.⁷ A frequência desses conselheiros foi bastante desigual. Houve aqueles que estiveram presentes a apenas uma reunião – e, em alguns casos, a apenas um dia de reunião –, enquanto outros compareceram a todas as reuniões, com apenas um caso de presença em todos os 27 dias de reunião examinados.⁸

Constatou-se que os 94 presentes às reuniões estavam distribuídos por tipos de participantes da maneira apresentada no Gráfico 1. A maioria deles – quase três quartos – representava entidades sociais (68 em 94). A seguir vinham os conselheiros provenientes de órgãos governamentais, com menos de um quinto dos presentes (17 em 94), enquanto os representantes de

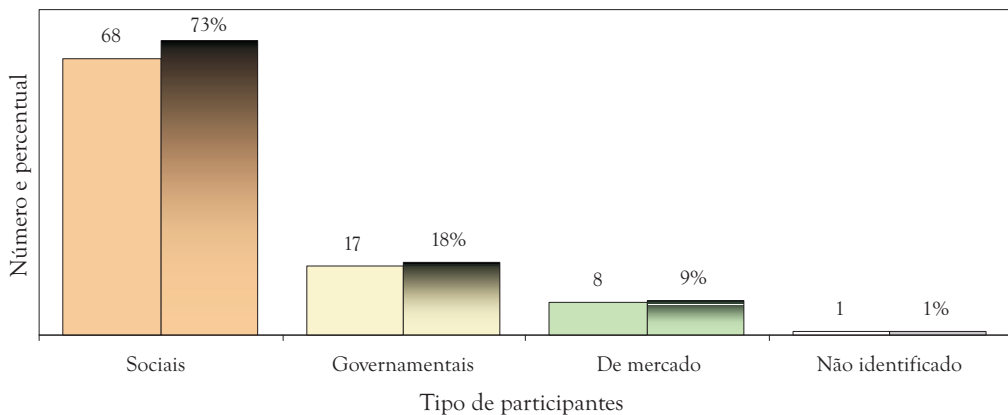
⁷ Não foram contabilizadas a presença ou manifestações do ministro da Saúde (Humberto Costa e Saraiva Felipe), porque sua atuação no Conselho como dirigente maior do Ministério da Saúde e presidente do fórum o colocava em uma posição diferenciada em relação aos demais conselheiros.

⁸ As reuniões plenárias ordinárias do Conselho, como era o caso daquelas analisadas, tiveram a duração de dois e três dias, em 2005. As 11 reuniões cujas atas foram analisadas referiram-se, assim, a 27 dias de reunião.

entidades de mercado não chegavam a perfazer um décimo daqueles que compareceram às reuniões (oito em 94).

Os dados do Gráfico 1, quando comparados com a distribuição das vagas estabelecida pelas normas legais apresentada na Tabela 1, indicam que a proporção de conselheiros oriundos de organizações sociais presentes às reuniões era um pouco maior do que a prevista legalmente. Enquanto a legislação estabelecia em 67% (27 em quarenta) a proporção de conselheiros provenientes de organizações sociais em relação ao total de membros do Conselho, os representantes dessas organizações que efetivamente compareceram às 11 reuniões analisadas corresponderam a 73% do total de presentes (68 em 94). Em decorrência, o número de representantes governamentais e de entidades de mercado que compareceram às 11 reuniões foi menor do que o previsto: 18% e 8% (17 e oito em 94), respectivamente, quando as normas legais previam 20% e 12% (oito e cinco em quarenta), respectivamente. Se, por um lado, o número maior de representantes de organizações sociais se deve à maior rotatividade entre conselheiros titulares e suplentes nesse tipo de participantes; por outro, reflete também sua maior assiduidade às reuniões.

Gráfico 1 - Número e percentual de conselheiros presentes às reuniões plenárias, por tipo de participantes: sociais, governamentais e de mercado. Conselho Nacional de Saúde (CNS) - 2005



Fonte: Brasil, 2005.

A Tabela 2 apresenta a relação entre quatro faixas de número de reuniões a que cada um dos conselheiros presentes às 11 reuniões compareceu – uma a três, quatro a seis, sete a nove, e dez a 11 – e tipos de participantes. Em primeiro lugar, constata-se que os representantes de entidades de mercado, além de serem poucos – apenas oito conselheiros se fizeram presentes às reuniões –, não eram assíduos. Apenas três deles compareceram a mais da metade das reuniões realizadas. Isso pode significar que tal tipo de conselheiro – representante de prestadores de serviços de saúde e de entidades empresariais – não identificava o Conselho como espaço prioritário de intervenção.

Tabela 2 – Número e percentual de conselheiros, por número de reuniões a que compareceram, segundo os tipos de conselheiros: sociais, governamentais e de mercado. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005

Número de reuniões		1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 11	Não identificado	Total
Tipos de participantes							
Não identificado	Número	1	-	-	-	-	1
	%	2%	-	-	-	-	1%
De mercado	Número	5	-	1	2	-	8
	%	12%	-	4%	18%	-	9%
Governamentais	Número	10	3	3	-	1	17
	%	24%	20%	12%	-	100%	18%
Sociais	Número	26	12	21	9	-	68
	%	62%	80%	84%	82%	-	72%
Total	Número	42	15	25	11	-	94
	%	100%	100%	100%	100%	100%	72%

Fonte: Brasil, 2005.

Em segundo lugar, observa-se que a maior parte dos presentes que representavam órgãos governamentais esteve presente a poucas reuniões: quase três quintos deles (59% – dez em 17) compareceram a apenas uma, duas ou três das 11 reuniões examinadas. Ou seja, houve, no período, significativa rotatividade entre os representantes governamentais que freqüentavam as reuniões plenárias do fórum. Uma das razões pode ter sido a troca de ministro da Saúde, em julho de 2005. Embora a mesma coalizão política permanecesse no governo federal, Humberto Costa, do Partido dos Trabalhadores (PT), foi substituído no comando do Ministério por Saraiva Felipe, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Em conseqüência,

foi alterada a equipe diretiva do Ministério. Como as pessoas nesses cargos eram as que mais compareciam às reuniões, representando o Ministério da Saúde e ocupando as três das oito vagas disponíveis para o Ministério no Conselho, esta pode ser uma das razões para a rotatividade verificada entre esses conselheiros.

Por fim, contrastando com os demais tipos de participantes, os conselheiros provenientes de organizações sociais eram os mais assíduos às reuniões. Dentre os 11 conselheiros que compareceram a dez ou 11 reuniões e dentre os 25 que estiveram presentes em sete a nove reuniões das 11 examinadas, nove (82%) e 21 (84%), respectivamente, eram representantes de entidades da sociedade civil. Esta é uma indicação adicional de sua importância nas atividades do Conselho, uma vez que, além de legalmente terem a maior proporção de votos no fórum, eles eram os mais assíduos.

Se a presença é uma condição necessária para que haja participação e para que se exerça influência nas discussões e deliberações do Conselho, um importante indicador do exercício efetivo de influência é a intervenção dos conselheiros nas reuniões. Nas atas das 11 reuniões plenárias examinadas, foram identificadas referências a intervenções de 78 dos 94 conselheiros cujas presenças foram registradas. Ou seja, 17% daqueles que estiveram presentes (16 em 94) às reuniões não tiveram nenhum tipo de intervenção registrada nas atas, indicando a ocupação de uma posição periférica no processo decisório que ocorria no Conselho.

A Tabela 3 mostra o número de intervenções dos 78 conselheiros que se manifestaram verbalmente durante as reuniões analisadas, distribuídas pelos tipos de participantes. Observa-se que a maior parte das intervenções foi feita por representantes de entidades sociais. Dentre os 13 conselheiros que se manifestaram mais de cinquenta vezes nas reuniões, 11 eram provenientes de organizações sociais, e estes, sozinhos, foram responsáveis por 59% das intervenções registradas nas atas (1.021 em 1.732). Os outros dois conselheiros que se destacaram, em termos do número de intervenções, eram representantes governamentais. Por fim, observa-se que os conselheiros provenientes de entidades de mercado, além de não comparecerem muito às reuniões, tinham pequena participação nos debates.

Tabela 3 – Número de intervenções por tipos de conselheiros: sociais, governamentais e de mercado. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005

Número de intervenções	Tipos de participantes				
	Não identificado	De mercado	Governamentais	Sociais	Total
0	-	3	4	9	16
1 a 10	1	3	8	23	35
11 a 20	-	-	1	16	17
21 a 30	-	2	2	5	9
31 a 40	-	-	-	3	3
41 a 50	-	-	-	1	1
SUBTOTAL 0 a 50	1	8	15	57	81
51 a 60	-	-	1	2	3
61 a 70	-	-	1	-	1
71 a 80	-	-	-	3	3
81 a 90	-	-	-	-	-
91 a 100	-	-	-	1	1
101 a 110	-	-	-	2	2
111 a 120	-	-	-	1	1
121 a 130	-	-	-	-	-
131 a 140	-	-	-	-	-
141 a 150	-	-	-	-	-
151 a 160	-	-	-	1	1
161 a 170	-	-	-	-	-
171 a 180	-	-	-	1	1
SUBTOTAL 51 a 180	-	-	2	11	13
Total	1	8	17	68	94

Fonte: Brasil, 2005.

Uma vez constatado que os representantes de entidades sociais eram os mais assíduos às reuniões e os que mais se envolviam nos debates, buscou-se verificar quais eram as categorias de conselheiros provenientes de organizações sociais mais atuantes. Aqueles que ocupavam as posições de maior destaque em termos do número de intervenções eram três representantes de associações comunitárias e movimentos sociais, três de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências e, em maior

número, cinco conselheiros provenientes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde. Neste último subgrupo se situam dois participantes que, sozinhos, foram responsáveis por quase 20% do total de intervenções registradas nas atas (319 em 1.732). Constatou-se ainda que os representantes de trabalhadores, não especificamente da área da saúde – Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) –, tiveram uma participação muito reduzida nos debates.

Outro indicador utilizado, para aprofundar o exame sobre o nível de participação e influência dos conselheiros sobre as atividades do Conselho, foi a atividade de coordenação de pontos de pauta durante as reuniões plenárias. Constatou-se que apenas 30% (28) dos 94 conselheiros presentes às reuniões assumiram coordenações de discussões durante as reuniões analisadas. Assim, percebe-se a existência de assimetria também na distribuição dessa função entre os conselheiros. A Tabela 4 mostra uma preponderância dos conselheiros oriundos de entidades sociais, que responderam por 82% das coordenações das discussões nas reuniões do Conselho (23 em 28). Entre os dez conselheiros que mais coordenaram reuniões plenárias – com três ou mais coordenações –, nove representavam organizações sociais e apenas um os órgãos de governo.

Tabela 4 – Frequência de coordenações – número e percentual – por tipos de conselheiros: sociais, governamentais e de mercado. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005

Número de reuniões em que cada conselheiro assumiu a coordenação	De mercado		Governamentais		Sociais		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1	2	14,3	2	14,3	10	71,4	14	100
2	-	-	-	-	4	100	4	100
3	-	-	1	25	3	75	4	100
4	-	-	-	-	4	100	4	100
5	-	-	-	-	1	100	1	100
7	-	-	-	-	1	100	1	100
Total	2	7	3	11	23	82	28	100

Fonte: Brasil, 2005.

Um último aspecto para caracterizar a atuação dos conselheiros refere-se às atividades de representação externas ao Conselho. Existia um intenso processo de participação de conselheiros em eventos e fóruns, tais como seminários, congressos, conferências e outros conselhos. Tal participação, em geral, era provocada por convite solicitando a indicação de um representante do fórum. Essa representação externa, em geral custeada com recursos do Conselho, era vista como fundamental tanto para a divulgação das posições dominantes no âmbito do fórum, quanto para a constituição e o fortalecimento dos laços entre atores aliados na rede política da área.

A Tabela 5 mostra que a distribuição das representações também é assimétrica: dos 94 conselheiros presentes às reuniões analisadas, 45 (48%) exerceram funções de representação. Quando comparado ao número de conselheiros que coordenaram pontos de pauta nas reuniões - 28 (30%) - percebe-se que houve uma distribuição mais homogênea de oportunidades de representar externamente o fórum do que de coordenar suas reuniões. A Tabela 5 mostra ainda que, dentre os 45 conselheiros que exerceram funções de representação externa do Conselho, 41 (91%) eram provenientes de organizações da sociedade civil. Portanto, tais funções eram ainda mais concentradas nesse tipo de conselheiro (41 em 45,91%) do que a atividade de coordenação de pontos de pauta de reuniões (23 em 28,82%).

Tabela 5 - Frequência de representações externas ao Conselho (número e percentual) por tipos de conselheiros: sociais, governamentais e de mercado. Conselho Nacional de Saúde (CNS) - 2005

Número de vezes em que representou o Conselho externamente	De mercado		Governamentais		Sociais		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1	1	5	1	5	17	90	19	100
2	-	-	-	-	10	100	10	100
3	-	-	-	-	5	100	5	100
4	-	-	-	-	1	100	1	100
5	-	-	1	25	3	75	4	100
6	-	-	-	-	1	100	1	100
7	-	-	-	-	2	100	2	100
9	-	-	1	50	1	50	2	100
15	-	-	-	-	1	10	1	100
Total	1	2	3	6	41	91	45	100

Fonte: Brasil, 2005.

Assim, a análise dos indicadores de presença às reuniões, frequência de intervenções, coordenação de pontos de pauta e representação do Conselho em atividades externas permitiu constatar que havia no Conselho o predomínio dos conselheiros provenientes de organizações sociais. Dentre estes, destacavam-se os representantes de associações comunitárias e movimentos sociais, de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências e, especialmente, de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde. É inegável que havia uma preponderância relativa desses conselheiros na condução das discussões e deliberações, ante a menor participação de conselheiros governamentais e o quase nulo envolvimento de representantes de entidades de mercado. Os representantes de órgãos governamentais, no entanto, por sua centralidade na definição e na implantação da política de saúde, certamente exerciam influência superior àquela que sua presença nas reuniões e o número de intervenções, de coordenações de pontos de pauta e de representações externas ao Conselho poderiam indicar. Além disso, especialmente os gestores federais de saúde constituíram-se nos principais interlocutores e alvo de grande parte das intervenções dos representantes de entidades sociais.

Foi possível, ainda, identificar a existência de um ‘núcleo duro’ de conselheiros que respondia por grande parte da dinâmica das reuniões. Tomando o conjunto de indicadores utilizados, nota-se um pequeno grupo de seis conselheiros que, além de serem muito presentes às reuniões, respondiam por: 33% do total de intervenções registradas nas atas analisadas (579 em 1.732); 35% das coordenações (22 em 62) e 28% das representações externas (37 em 131). Esses seis conselheiros representavam entidades sociais: quatro deles eram provenientes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e dois de associações comunitárias e movimentos sociais.

Em torno desses conselheiros construíam-se estratégias de ação e estabeleciam-se consensos sobre posições a serem assumidas e propostas a serem defendidas no plenário – e fora dele – pela maioria dos conselheiros que representavam entidades da sociedade civil no Conselho. Esse núcleo e, especialmente, os quatro representantes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde que o integravam, os quais eram vinculados ao Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas), articulavam no Conselho a constituição de uma nova comunidade de política na área da saúde. Embora tivessem ligações com a CUT e se mostras-

sem até certo ponto favoráveis à coalizão governista, a relação que estabeleciam com o gestor federal de saúde era muitas vezes de disputa. O depoimento a seguir, de um deles, revela esse fato:

Quando a disputa está muito acirrada, quando é uma disputa pesada mesmo, a gente articula. Tenta convencer o outro. Porque assim nós não somos bobos. Nós entendemos que os gestores têm um grupo com quem eles já constroem suas pautas. E eu acho legítimo, como em qualquer lugar tem que fazer suas composições. Então a gente discute, muitas vezes não consegue, a maioria tem conseguido, mas muitas vezes a gente não consegue, não. O que o governo tem é mais convincente que a gente. (G. S., entrevista, 4/5/2006)

Esse núcleo defendia as diretrizes fundamentais do SUS, mas ressaltava que o sistema deveria expandir a provisão pública de serviços e garantir os interesses trabalhistas de categorias de profissionais e de trabalhadores não médicos. Ao mesmo tempo se opunha sistematicamente às entidades que defendiam os interesses da categoria médica, vistos como identificados com propostas liberais de organização do sistema de saúde. Segundo sua interpretação, o SUS continuava sendo um sistema ‘privatizado’ (Q. F., entrevista, 2/6/2006), pois os gastos com serviços de média e alta complexidades, cuja provisão era realizada por prestadores privados, eram muito superiores àqueles destinados à assistência básica, oferecida diretamente por provedores públicos.

Para mim, o SUS ainda continua privatizado, ainda continua nas mãos de grupos econômicos muito fortes, e mais ainda, de corporações. (...) Este processo de privatização, de domínio de corporações, (...) é o grande desafio do controle social. Primeiro é perceber a gravidade dessa situação, porque se você pega o orçamento do sistema, mais de 50% é média e alta complexidade. O que é isso? Setor privado. (Q. F., entrevista, 2/6/2006)

Os gestores, profissionais de saúde e acadêmicos identificados com o ‘movimento sanitário’, que ocupavam cargos de direção no Ministério da Saúde, eram vistos por eles como acomodados à situação persistente, não defendendo a contento os princípios que levaram à criação do SUS. Os representantes de organizações sociais é que poderiam tentar modificar tal situação por meio do controle social.

No entanto, vários entrevistados, identificados com o movimento sanitário – que haviam participado da Reforma Sanitária e, em 2005, ocupavam cargos de gestão –, consideravam as disputas constantes no Conselho como um entrave à consolidação do fórum como arena decisória

do sistema. Segundo eles, o Conselho perdia muito tempo e energia apurando denúncias e cobrando ações dos gestores, enquanto poderia estar formulando estratégias para um gerenciamento mais eficaz do sistema. Assim, o Conselho renunciava a um protagonismo que era assumido principalmente pelas comissões intergestores (A. H., entrevista, 11/4/2006; V. N., entrevista, 1º/9/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006).

O que era visto como problema para os integrantes do movimento sanitário era encarado como estratégia fundamental para a consolidação da capacidade de influenciar as políticas pela nova comunidade. Por meio do Conselho era possível demarcar posições e disputar interpretações sobre problemas e sobre propostas de soluções com outras comunidades de política, marcadamente com a antiga comunidade reformista, o movimento sanitário. Era possível ainda articular-se com os participantes dos conselhos estaduais e municipais de modo a fortalecer nacionalmente o apoio às suas posições. Por isso, as disputas com o Ministério da Saúde relacionadas ao controle sobre a gestão participativa no SUS foram tão frequentes, e o ponto de pauta mais discutido no Conselho foi o funcionamento do próprio fórum e a participação em saúde no país.

DINÂMICA DAS DISCUSSÕES NAS REUNIÕES PLENÁRIAS: FORMAÇÃO DA AGENDA, TEMAS EM DISCUSSÃO E TIPOS DE INTERVENÇÃO

Para caracterizar a dinâmica das discussões nas reuniões plenárias, inicialmente procurou-se identificar como suas pautas eram formadas e quem as elaborava. Isto porque o controle da agenda de debates é um indicador importante da influência que os atores têm sobre um fórum ou arena política. As normas de funcionamento do fórum estabeleciam que a Comissão de Coordenação Geral (CCG), junto com a Secretaria Executiva, era responsável pela confecção da pauta antes do início das reuniões, mas, ao longo delas, novos assuntos poderiam ser incluídos em razão de demandas do Ministério da Saúde e dos conselheiros.

Os conselheiros entrevistados salientavam a forte presença da Secretaria Executiva na construção da pauta. Segundo eles, isso ocorria devido à vinculação funcional da Secretaria ao Ministério da Saúde e ao fato de ela dedicar-se exclusivamente à gestão das atividades administrativas do Conselho. Por essa razão, a Secretaria teria mais informações sobre o contexto da

política de saúde e sobre as demandas de gestores e de outros conselheiros para a inclusão de determinados assuntos na agenda de debates (K. L., entrevista, 13/6/2006). No entanto, havia também a percepção de que, especialmente a partir da criação da CCG, em 2003, essa influência havia declinado e os conselheiros passaram a participar mais do processo de construção das pautas (H. A., entrevista, 5/5/2006; P. G., entrevista, 31/5/2006).

Embora fossem mencionados instituições ou atores externos ao Conselho, tais como o Legislativo, a imprensa ou outras instâncias do controle social (P. G., entrevista, 31/5/2006; Q. F., entrevista, 2/6/2006; V. N., entrevista, 1/9/2006), os entrevistados foram praticamente unânimes em afirmar que a pauta era fruto de uma negociação, na qual aqueles que mais influíam eram os representantes de entidades sociais e dos gestores de saúde, principalmente federais. A influência dos conselheiros que representavam organizações da sociedade civil era exercida fundamentalmente de três maneiras. Em primeiro lugar, eles estavam presentes na CCG, a qual, no período, era composta exclusivamente por conselheiros provenientes de organizações sociais.⁹ Em segundo, o plenário do Conselho – que apresentava preponderância de participação de representantes de entidades sociais, em termos de presença, assiduidade e coordenação de reuniões – também tinha grande influência na formação da pauta, constituindo-se assim como outro espaço em que intervinha para incluir temas de seu interesse na agenda de discussões. Por fim, havia entre eles atores com significativa capacidade de articulação e de proposição, o que lhes permitia desempenhar um papel ativo na construção das pautas do fórum. Esses conselheiros, identificados com as estratégias de ação e as propostas da nova comunidade de política em formação, agiam como seu ‘núcleo especialista’, definindo os assuntos e as posições a serem assumidas no debate público do Conselho e da área da saúde. O depoimento seguinte caracteriza a situação:

O nosso fórum [Fentas] tem sido um dos grandes alimentadores de assuntos para debate. Não vou dizer que é o que mais faz, nem também que o que traz tem mais importância do que os outros [trazem]. Mas é que o nosso fórum, talvez pela natureza dele de ser formado pelos profissionais (...). Nós temos, por conta disso, uma maior oportunidade de estar em contato com determinados assuntos. (N. G., entrevista, 31/5/2006)

⁹ Em 2005, a CCG do Conselho era integrada por dois representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências e um de profissionais e trabalhadores de saúde.

Debates prévios travados no ‘fórum dos trabalhadores de saúde’ do Conselho construíam consensos, muitas vezes com base em propostas desses conselheiros, os quais depois eram apresentados ao ‘fórum dos usuários’ para a elaboração de posições comuns (H. A., entrevista, 5/5/2006; M. C., entrevista, 23/5/2006). Como descreve um entrevistado: “Hoje, 25% do Conselho estão na mão de um fórum, do Fentas. (...) Eles conseguem se reunir todo mês. E dizem o que os conselheiros vão falar ou não vão falar. (...) Então, tem um bloco fortíssimo dos trabalhadores de saúde” (H. A., entrevista, 5/5/2006).

Na definição da agenda de debates, existia um padrão similar ao observado em relação à participação de conselheiros nas reuniões plenárias. Os atores governamentais, especialmente de nível federal – Ministério da Saúde, outros ministérios, Congresso Nacional –, pela sua centralidade na formulação e execução da política de saúde, incidiam mais na definição da pauta. Sua capacidade de exercer influência independia da quantidade de seus representantes no plenário ou na CCG, ou de sua assiduidade às reuniões – o que é ilustrado claramente, e de forma crítica, no seguinte trecho de entrevista:

Eu acho que o Conselho ainda é muito pautado pelo Ministério da Saúde. O Conselho devia ter a sua pauta própria. E essa pauta própria ser administrada com a pauta do gestor. O que acontece é que a pauta do gestor passa a ser a pauta do Conselho. E as pautas propriamente ditas do Conselho, elas acabam não avançando em função do atropelamento da pauta do gestor. (R. C., entrevista, 11/7/2006)

A construção da agenda de debates do CNS era um processo protagonizado por diversos atores. Os gestores federais apresentavam uma posição preponderante, mas que não significava um monopólio na definição da agenda do fórum. Ao contrário, também apresentavam um importante papel nessa definição conselheiros provenientes de entidades sociais, dentre eles particularmente os representantes de organizações de profissionais e trabalhadores da saúde, vinculados ao Fentas, articulados a conselheiros oriundos de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências.

Para caracterizar a dinâmica das reuniões plenárias do Conselho, além de se examinar como se formava a agenda de debates do fórum, foi utilizado outro indicador: os temas em pauta nas reuniões, identificando a fre-

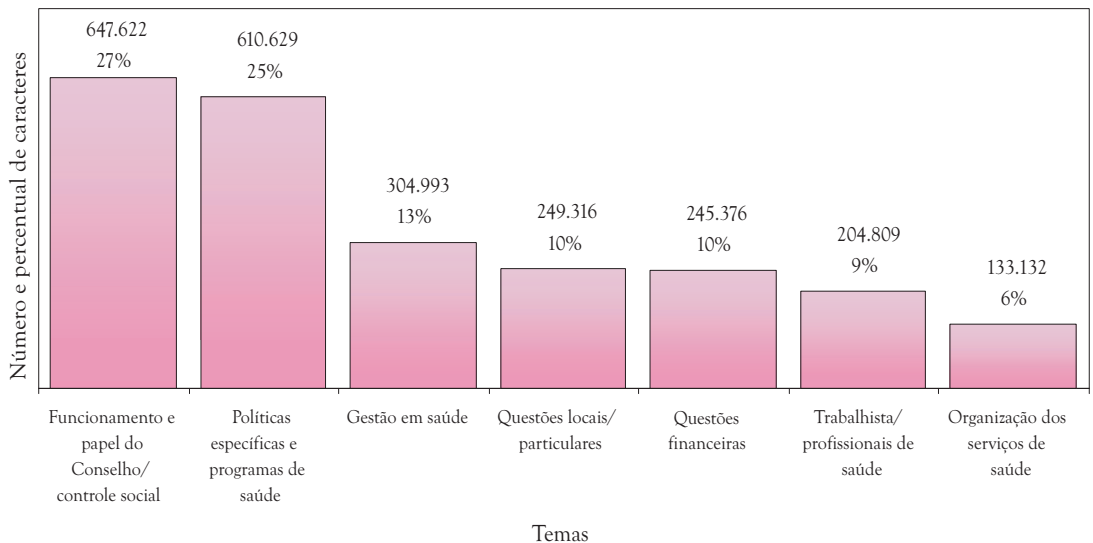
qüência com que cada tipo e cada categoria de participante intervinham no debate desses temas. Para isso foi elaborada uma classificação temática dos assuntos discutidos, com base em tipologia já desenvolvida para analisar atas de reuniões em conselhos municipais de Saúde (Côrtes, 1999), adaptada às especificidades dos assuntos em debate no CNS. A classificação resultante foi a seguinte:

- gestão em saúde: funcionamento e relação das instâncias de gestão em saúde, nos níveis federal, estadual e municipal;
- trabalhista/profissionais de saúde: relações e demandas trabalhistas no âmbito do SUS;
- funcionamento e papel do Conselho/controle social: estrutura, dinâmica e papel do fórum, além de suas relações com outras instâncias de deliberação e gestão da política de saúde;
- questões financeiras: financiamento da política de saúde, nos seus diversos aspectos, tais como recursos para a área da saúde, execução orçamentária, prestação de contas, distribuição dos recursos entre programas e ações, entre outros;
- organização dos serviços de saúde: organização e funcionamento dos serviços de saúde;
- políticas específicas e programas de saúde: propostas, avaliações e discussões de políticas específicas e programas de saúde;
- questões locais/particulares: assuntos pontuais ou particularizados.

Seis desses temas foram abordados nas 11 reuniões examinadas. A exceção foi a ‘organização dos serviços de saúde’, discutida em nove reuniões. No entanto, se a maior parte dos temas foi discutida em todas as reuniões, o mesmo não se pode afirmar sobre o tempo despendido para debater cada um deles ou sobre o envolvimento dos participantes nas discussões. Utilizou-se como indicador do tempo de debates o número de caracteres utilizados nas atas para relatar a discussão em torno de cada tema, porque elas registram as intervenções de forma bastante detalhada, sendo que, por vezes, foram feitas transcrições integrais das intervenções. No Gráfico 2 é possível observar que os temas ‘funcionamento e papel do Conselho/controle social’ e ‘políticas específicas e programas de saúde’, juntos, concentraram 50% do tempo de debates (1.258.251 em 2.395.877). Constatou-se, ainda, que relativamente pouco tempo era destinado a temas refe-

rentes às condições de trabalho e emprego e de exercício profissional – ‘trabalhista/profissionais de saúde’ – ou à própria ‘organização dos serviços de saúde’. Ou seja, as reuniões plenárias dedicaram metade das suas discussões a questões referentes ao próprio Conselho e ao papel do controle social no âmbito do SUS, assim como à análise de diversas políticas específicas e programas de saúde implementados ou em fase de proposta para implementação.

Gráfico 2 – Número e percentual de caracteres por temas discutidos nas reuniões plenárias. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005



Fonte: Brasil, 2005.

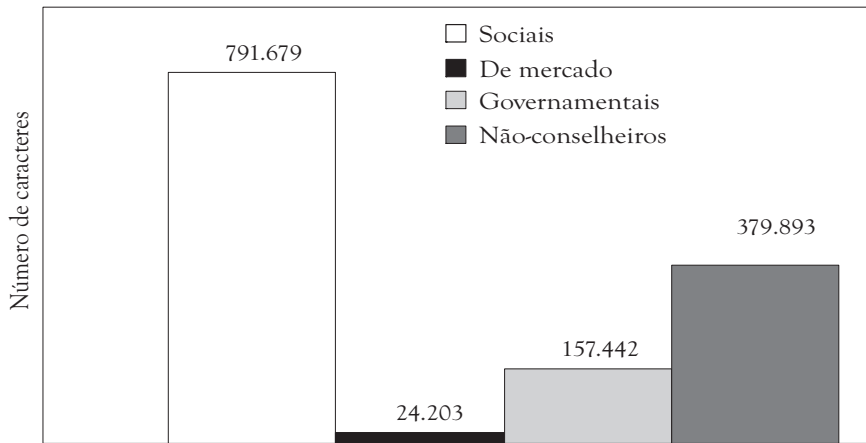
A predominância de assuntos referentes ao próprio controle social é criticada por alguns conselheiros (G. S., entrevista, 4/5/2006; L. M., entrevista, 16/1/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006). Para eles, gastava-se muito tempo nas reuniões com a escolha de representantes do Conselho para atuarem em outros fóruns ou instituições e nas discussões relativas aos próprios mecanismos participativos do SUS, particularmente as conferências de saúde. O excesso de tempo destinado às questões como ‘informes gerais’, ‘escolha de representantes do Conselho em atividades externas’ e ‘conferências’ resultaria na redução do tempo destinado à discussão de temas importantes, como a ‘organização dos serviços de saúde’ ou a execução orçamentária dos projetos, por exemplo.

Porque a gente teve duas conferências, a gente passou pela discussão do processo eleitoral, que foi difícil, foi complicado, foi polêmico pra caramba, e isso de uma certa maneira mexe com a agenda normal do Conselho. Porque nós fizemos três conferências temáticas sucessivamente: trabalhador, indígena e gestão no trabalho e educação na saúde. Isso demandou tempo e discussões. (G. S., entrevista, 4/5/2006)

O Gráfico 3 permite verificar quem eram os sujeitos das intervenções. Nas reuniões, quase 60% do tempo – aqui indicado pelo número de caracteres – foi ocupado por intervenções de representantes de entidades sociais (58% – 791.679 em 1.353.217).¹⁰ Em contraste, apenas 2% do tempo era ocupado por intervenções dos conselheiros provenientes de entidades de mercado (24.203 em 1.353.217). Chama a atenção o tempo despendido com intervenções de não-conselheiros. Estes participantes concentravam suas falas no tema das ‘políticas específicas e programas de saúde’, o qual, como foi mostrado no Gráfico 2, era o segundo tema que mais tomava tempo das reuniões. As longas intervenções dos não-conselheiros, em geral especialistas em assuntos técnicos específicos, eram para exposição de diretrizes, fundamentos ou realizações referentes a determinadas políticas ou programas sobre os quais eram convidados a prestar esclarecimentos. Por isso, como pode ser observado no Gráfico 4, havia grande concentração de falas de não-conselheiros nesse tema.

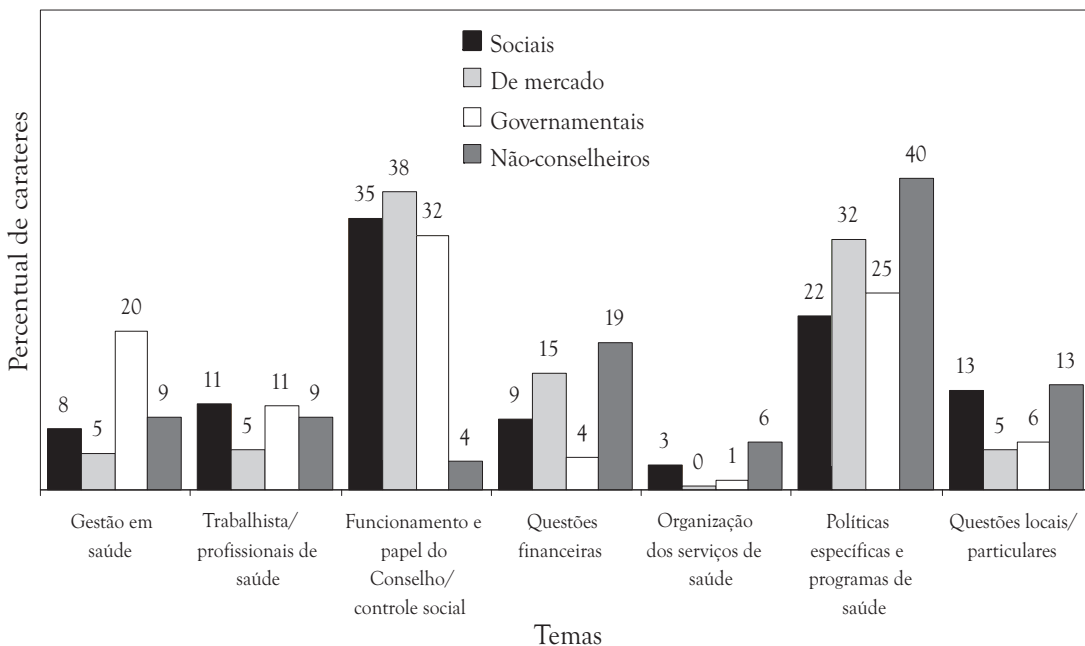
¹⁰ Observe-se que o número total de caracteres no Gráfico 3 – 1.353.217 – é menor do que o apresentado no Gráfico 2 – 2.395.877. Isso ocorre porque tanto as intervenções do ministro da Saúde quanto as da Secretaria Executiva estão excluídas da contagem realizada para a elaboração do Gráfico 3, que trata do volume das intervenções por tipos de participante. A grande diferença ocorre porque as falas do ministro são muito extensas, uma vez que são transcritas integralmente nas atas. Por ser um participante especial e pelo modo peculiar com que suas falas apareciam nas atas, optou-se por excluí-las para evitar distorções. As manifestações da Secretaria Executiva também foram desconsideradas no Gráfico 3, porque não poderiam ser enquadradas em nenhum tipo de conselheiro e, ao mesmo tempo, não poderiam ser consideradas como de participante não-conselheiro devido ao seu papel peculiar na definição da agenda do fórum.

Gráfico 3 - Número de caracteres por tipos de participantes: sociais, governamentais, de mercado e não-conselheiros. Conselho Nacional de Saúde (CNS) - 2005



Fonte: Brasil, 2005.

Gráfico 4 - Percentual de caracteres por temas discutidos nas reuniões plenárias, segundo o tipo de representação dos participantes. Conselho Nacional de Saúde (CNS) - 2005



Fonte: Brasil, 2005.

O Gráfico 4 também permite que se observe como os diferentes tipos de participantes distribuíram o tempo de intervenção entre os assuntos tratados durante as reuniões examinadas. À exceção dos não-conselheiros, todos os demais participantes concentraram suas intervenções na temática ‘funcionamento e papel do Conselho/controle social’ – isto porque, como pode ser visto no Gráfico 2, o tema, sozinho, ocupou quase 30% do tempo total de debates (647.622 em 1.353.217).

O Gráfico 2 mostra ainda que as ‘políticas específicas e programas de saúde’ e as ‘questões financeiras’ estavam em segundo e quinto lugares, dentre os temas que mais longamente foram discutidos – temas sobre os quais se concentraram as intervenções dos participantes não-conselheiros, como demonstra o Gráfico 4. Elas representaram 40% e 19%, respectivamente, do total do tempo das falas desses participantes nas reuniões examinadas (150.992 e 70.947 em 379.893). Os não-conselheiros eram chamados ao Conselho principalmente para apresentar e debater políticas, programas e questões relacionadas ao financiamento em saúde ou para prestar esclarecimentos sobre elas. Isso demonstra que o Conselho investia na busca de subsídios externos para seu processo de deliberação, especialmente em assuntos complexos ou controversos.

O tempo dispensado para a discussão de questões relacionadas às condições de trabalho e emprego e de exercício profissional na área da saúde foi uniformemente baixo para todos os grupos de participantes. Apesar de o fórum comportar a existência da Mesa Nacional de Negociações, o pouco tempo dedicado ao tema pode ser uma indicação de que o Conselho não era uma instância importante de negociações trabalhistas no SUS.

Os representantes governamentais eram os que mais discutiam as questões relacionadas à gestão em saúde, como seria de se esperar. Entretanto, os representantes de entidades sociais, que eram os que mais se envolviam nas atividades do Conselho – considerando os indicadores até aqui examinados –, destinaram para os temas ‘gestão em saúde’, ‘questões financeiras’ e ‘organização dos serviços de saúde’, somados, apenas 20% do tempo total de suas intervenções (157.586 em 791.679). Isso corrobora a apreciação de alguns entrevistados (G. S., entrevista, 4/5/2006; L. M., entrevista, 16/1/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006) sobre o pouco tempo que era despendido nas reuniões plenárias com o debate de temas centrais para definição das políticas de saúde.

Até aqui, examinou-se o processo de formação da agenda de debates do fórum e o peso relativo, nessa agenda, dos grandes temas em torno dos

quais se estruturaram as discussões, e ainda em que medida os diferentes tipos e categorias de participantes concentraram suas intervenções sobre cada um desses temas. Agora a indagação recai sobre como os diversos tipos de participantes intervinham, ou seja, procura-se caracterizar o tipo de intervenção que era feita. Para isso, foi construída uma tipologia, formada por sete tipos de ‘tons’ de intervenções:

- informativas: apresentavam informações, análises, comentários, pesquisas, diagnósticos, avaliações, voltadas a subsidiar as discussões e deliberações do Conselho ou informar seus membros sobre assuntos em pauta;
- de questionamento ou esclarecimento: solicitavam esclarecimentos ou informações, ofereciam-se respostas a tais solicitações;
- de denúncia: discutiam problemas graves e/ou irregularidades no funcionamento ou na gestão de políticas, programas e serviços de saúde;
- de reivindicação ou sugestão: apresentavam reivindicações ou sugestões de ação e, concomitantemente, eram definidas propostas de encaminhamento;
- de proposição: expunham propostas claras de encaminhamento para o objeto da discussão;
- de discordância ou crítica: discordavam de intervenções, propostas, reivindicações ou sugestões (ou faziam críticas a elas) apresentadas no âmbito do Conselho (seja pelos próprios participantes da reunião, seja por agentes externos ao Conselho);
- de concordância ou apoio: expressavam concordância ou apoio explícito às intervenções, propostas, reivindicações ou sugestões apresentadas no âmbito do Conselho, seja pelos próprios participantes da reunião, seja por agentes externos ao Conselho.

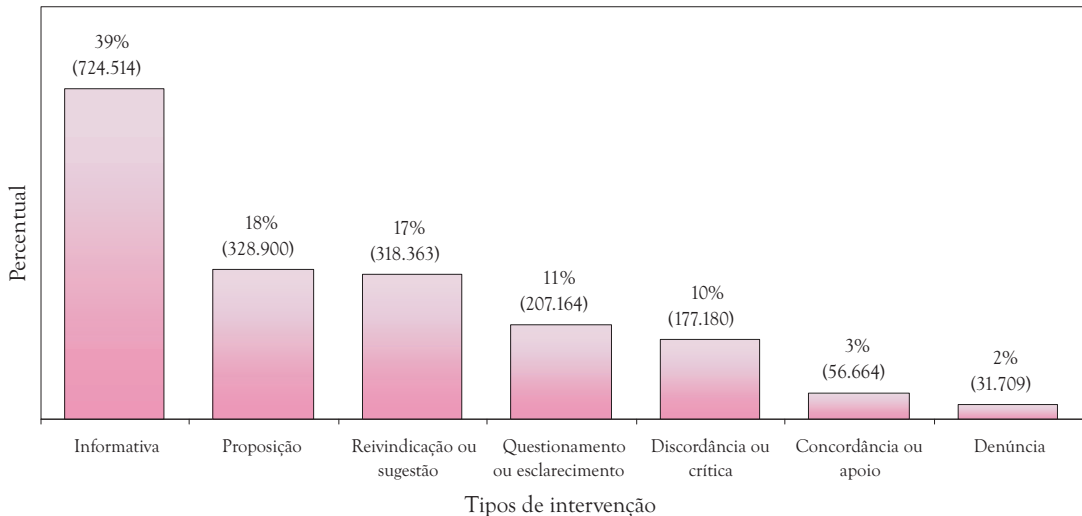
O Gráfico 5 mostra a distribuição percentual do tempo das intervenções – também aqui indicado pelo número de caracteres – pelo tipo de manifestação. Em primeiro lugar, observe-se que a grande dimensão das intervenções informativas (39% – 724.514 em 1.844.494)¹¹ é uma indicação

¹¹ As diferenças nas totalizações de número de caracteres nos temas de intervenção (2.395.877) e nos tipos de intervenção (1.844.494) devem-se ao procedimento de categorização adotado na pesquisa. Por um lado, um pequeno número de trechos das atas não se enquadrava em nenhuma categoria de tema ou tipo, não sendo, assim, contabilizado. Por outro lado, determinados trechos, na medida em que se inseriam em mais de uma categoria, foram categorizados e, assim, contabilizados mais de uma vez. Desse modo, os dados apresentados não se referem ao número total de caracteres das atas, mas sim ao número de caracteres resultante dos processos de categorização.

da forte preocupação em buscar subsídios – internamente, pela realização de análises e diagnósticos, e, externamente, pelo convite à participação de não-conselheiros – para orientar as discussões e decisões do Conselho. Em segundo lugar, somando-se as intervenções de ‘proposição’ e ‘reivindicação ou sugestão’, que compuseram 18% e 17% dos registros em ata (328.900 e 318.363 em 1.844.494), respectivamente, chega-se a mais de um terço de intervenções que se caracterizaram pela apresentação de propostas ou, ao menos, de idéias e demandas de ações na área da saúde. Em terceiro lugar, as intervenções de ‘questionamento ou esclarecimento’, com 11% dos caracteres registrados em atas (207.164 em 1.844.494), indicam que, ao menos em parte, o Conselho se constituía também em um espaço de acesso a determinadas informações e conhecimentos para aqueles que nele intervinham. Em quarto lugar, as intervenções de ‘discordância ou crítica’, que responderam por 10% do volume das intervenções (177.180 em 1.844.494), e as intervenções de ‘concordância ou apoio’, que representaram apenas 3% dos registros (56.664 em 1.844.494), por um lado podem expressar as dinâmicas de conflitos e alianças dentro do Conselho;¹² por outro, o pouco tempo despendido em manifestações desse tipo pode indicar que as definições de posições a serem assumidas pelos atores ante os temas em debate e as negociações para a construção de consensos entre subgrupos de conselheiros realizavam-se fora do espaço das plenárias. Por fim, os apenas 2% de registros relativos à ‘denúncia’ (31.709 em 1.844.494) são indício de que o Conselho não era um espaço prioritário para denúncia de problemas ou irregularidades específicas.

¹² As intervenções de concordância podem ter tido dimensões maiores. Pode-se supor a existência de um provável viés subjacente no registro de intervenções de ‘concordância e apoio’, uma vez que intervenções de suporte ou adesão a outras intervenções, por não agregarem nenhuma informação, proposta ou sugestão nova, tendiam a ser sub-registradas nas atas.

Gráfico 5 – Percentual de caracteres por tipo de intervenção nas reuniões plenárias. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005



Fonte: Brasil, 2005.

Identificados os tipos de intervenção e o tempo dedicado a sua discussão, permanece a indagação sobre quem seriam os responsáveis por essas falas. O Gráfico 6 apresenta os percentuais referentes ao tempo que cada tipo de participante dedicou a cada tipo de intervenção.

Os representantes de entidades sociais são aqueles que mais se manifestaram em praticamente todos os tipos de intervenção, à exceção das intervenções informativas. Eles foram responsáveis por mais de dois terços das intervenções de tipo ‘concordância e apoio’, ‘discordância ou crítica’, ‘denúncia’ e ‘proposição’. Chama a atenção no Gráfico 6 o fato de que, somadas, 50% de suas falas destinavam-se a apresentar ‘reivindicação ou sugestão’ (194.085 em 750.841) e ‘proposição’ (179.034 em 750.841). Mais do que no caso dos indicadores examinados anteriormente, a grande concentração do tempo de debates em manifestações propositivas realizadas por conselheiros provenientes de entidades sociais pode ser uma evidência de seu protagonismo nos debates.

Gráfico 6 – Percentual de caracteres por tipo de intervenção nas reuniões plenárias, segundo os tipos de participantes: sociais, governamentais, de mercado e não-conselheiros. Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 2005



Fonte: Brasil, 2005.

Os representantes governamentais utilizaram o espaço do Conselho, principalmente, para apresentar ‘proposição’ (29%, 50.548 em 171.755), oferecer ‘informação’ (24%, 40.742 em 171.755) e apresentar ‘reivindicação ou sugestão’ (21%, 35.610 em 171.755). Somados, esses tipos de intervenção representam 74% do tempo de duração de suas falas. O Conselho apresentava-se para os gestores federais de saúde – que eram os representantes de órgãos governamentais mais ativos nos debates do fórum – como um espaço importante para eles apresentarem suas propostas e sugestões, buscando com isso o respaldo social e político para elas.

Os conselheiros provenientes de entidades de mercado concentraram suas intervenções na expressão de ‘discordância ou crítica’. Do volume total de suas falas, 33% (7.919 em 24.179) foram utilizadas para questionar propostas, demandas e argumentos apresentados pelos outros participantes do fórum, enquanto 29% foram ‘informativas’ (6.906 em 24.179). Registre-se, entretanto, que provavelmente devido a sua pequena frequência às reuniões, suas falas representaram apenas 2% do total de registros em ata em todos os tipos de intervenções. Isso indica, portanto, que a parti-

cipação dos conselheiros de mercado nas discussões das reuniões plenárias era inexpressiva, assumindo uma relativa relevância na hora de manifestar posições de discordância ou crítica. Dada a importância do setor privado no contexto do SUS, pode-se supor que os atores de mercado não deixaram de exercer influência sobre a política de saúde nacional, mas o faziam em outros espaços e por outros canais de participação política.

Como seria de se esperar, os participantes não-conselheiros concentraram suas manifestações nas intervenções ‘informativas’. Do total de suas falas, 64% foram informativas (250.207 em 392.432), 13% destinaram-se a ‘questionamentos ou esclarecimentos’ (51.455 em 392.432), provavelmente mais esclarecimentos do que questionamentos, e 10% apresentavam ‘reivindicação ou sugestão’ (40.241 em 392.432). Também neste caso é mais provável que tenham predominado as sugestões. Os três tipos de manifestações, que se destinavam a oferecer informações ou eram decorrentes de esclarecimentos ou sugestões derivadas de exposição inicial, somados, responderam por 87% de todo o volume de intervenções de não-conselheiros.

Ao encerrar esta seção, pode-se concluir que a dinâmica de funcionamento das reuniões plenárias do Conselho caracterizava-se, basicamente, pelos aspectos indicados a seguir. Havia uma concentração dos debates nos temas ‘funcionamento e papel do Conselho – controle social’ e ‘políticas específicas e programas de saúde’. Para eles, dirigiam-se as intervenções dos principais agentes que intervinham no fórum: os representantes de órgãos governamentais e, especialmente, de entidades sociais. Havia também um forte sentido formativo nas discussões, com a busca permanente de subsídios para orientar o processo de tomada de decisões. Os participantes não-conselheiros tinham um importante papel na oferta de informações e esclarecimentos. Ocorria, ainda, uma intensa dinâmica de debate e deliberação, que era hegemonizada pelos conselheiros que representavam organizações da sociedade civil com relação a propostas de políticas e programas, formuladas, em grande medida, pelos gestores públicos. Por fim, o Conselho desenvolvia uma atividade permanente de monitoramento da ação governamental na área da saúde.

Tal conclusão traz à discussão um tema central para este estudo, que ao mesmo tempo é objeto de profundo debate no próprio CNS: qual o papel do CNS na arena decisória da área da saúde no Brasil? Com base na análise

realizada ao longo desta seção, foi possível formular respostas para esta questão. O Conselho se constituía em uma instância importante de fiscalização da execução da política de saúde, desenvolvendo uma atividade intensa de busca de informações sobre a atuação das instituições públicas e privadas da área da saúde.¹³ Além do papel fiscalizador, o Conselho apresentava uma constante atividade deliberativa,¹⁴ durante a qual eram apresentadas propostas de políticas e programas na área da saúde, que eram discutidas com relativa profundidade, e no final do processo havia uma tomada de posição do Conselho sobre elas. Por fim, junto com a fiscalização e a deliberação, o fórum apresentava um importante papel articulador, criando um espaço de/para a convergência e intervenção coletiva de um conjunto de atores e instâncias comprometidos com o controle social e o SUS.

O Conselho constituía-se em um espaço de interação social, que oferecia recursos para viabilizar a participação de conselheiros em eventos e atividades que ocorriam em diferentes regiões do país, investindo na criação de mecanismos de interlocução e integração com os conselhos estaduais e municipais. Desse modo, era um fórum privilegiado de articulação de participantes importantes da rede da política de saúde, em especial da comunidade de política que se formava sob a liderança do Fentas. Por um lado, a atuação da comunidade no Conselho consolidava suas posições e permitia a articulação com outros atores em nível nacional. Ao mesmo tempo, favorecia a demarcação das diferenças entre ela e o movimento sanitário, na disputa pela primazia na constituição da agenda de debates e na incorporação de propostas pelos decisores governamentais. Por outro lado, no Conselho, as duas comunidades construíam alianças circunstanciais, principalmente na defesa dos princípios fundadores do SUS, contra aqueles que os atacavam, vistos nesse caso como inimigos comuns.

¹³ Esse papel é ilustrado pelo intenso debate no Conselho, no período analisado, sobre a questão da saúde suplementar.

¹⁴ O termo 'deliberativo' é marcado por uma relativa ambigüidade, exigindo esclarecimento. Por um lado, 'deliberativo' refere-se a um processo público de discussão, no qual diferentes atores podem intervir livremente, produzindo certo resultado como posição coletivamente construída no debate. É esse o sentido aqui utilizado. Por outro lado, 'deliberativo' refere-se, também, a uma atribuição de determinada instância, legalmente definida, de produzir decisões que devem ser obrigatoriamente acatadas. Assim, é possível haver um processo 'deliberativo', no primeiro sentido, sem que necessariamente a instância seja de fato deliberativa, no segundo sentido.

O PODER NO CONSELHO E O PODER DO CONSELHO

Um aspecto evidente na análise dos dados apresentados ao longo deste capítulo é a profunda assimetria, observável no interior do Conselho, no que se refere à capacidade de participar efetivamente das discussões e deliberações. Todas as informações apresentadas mostram a existência de um pequeno núcleo de participantes, na sua quase totalidade vinculados a entidades sociais – e na sua maioria originários de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde –, que ocupava uma posição dominante no interior do fórum, considerando praticamente todos os indicadores examinados.

Com base em um discurso orientado para a defesa radical dos princípios do SUS e das resoluções das Conferências de Saúde, observou-se a existência de uma articulação relativamente sólida entre uma parcela importante dos representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde (com exceção dos representantes das entidades médicas); de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; de associações comunitárias e movimentos sociais e de trabalhadores, não especificamente da área da saúde. Essa articulação tinha características que permitem considerá-la como um elemento estruturador importante de uma comunidade de política. Constituiu-se como um conjunto relativamente estável de indivíduos ou organizações, conectados a outros que não tinham representação direta no Conselho, que dividiam os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial.

Em contraposição a essa articulação, os setores vinculados aos interesses do mercado na área da saúde – sejam eles representantes das entidades empresariais, sejam dos prestadores de serviços privados – ficavam em uma posição subordinada no Conselho. A subordinação não se manifestava apenas em relação ao número relativamente menor de participantes, mas também em termos da possibilidade de envolvimento ativo nas discussões e deliberações.

Já o grupo dos representantes governamentais, mesmo sendo menor que o dos conselheiros oriundos de organizações da sociedade civil, apresentava uma posição de centralidade no Conselho. Os representantes dos gestores da saúde, particularmente da esfera federal, tinham predomínio na definição da agenda de debates do fórum, uma vez que detinham o protagonismo em termos da formulação das políticas, ao mesmo tempo que controlavam a sua execução. Mesmo quando não eram eles que decidiam os temas que seriam incluídos nas pautas, os questionamentos e pedi-

dos de esclarecimentos eram, em geral, dirigidos a eles. Além de serem os decisores públicos da área, suas trajetórias políticas os aproximavam da comunidade de política formada pelo movimento sanitário ‘histórico’. Desse modo, as decisões que tomavam eram influenciadas pela existência dessa identidade ou pelos laços que os ligavam a essa comunidade reformista.

Em 2005, observou-se no Conselho a existência de uma relação ambígua entre os integrantes do grupo liderado pelos conselheiros provenientes de entidades sociais e o grupo dos representantes governamentais, particularmente dos gestores federais de saúde. De um lado, os primeiros encaravam a atuação dos gestores como um obstáculo para a efetivação do SUS, assim estes se tornavam alvos de intensas críticas, cobranças, denúncias e reivindicações (G. S., entrevista, 4/5/2006; Q. F., entrevista, 2/6/2006). De outro, na medida em que vários representantes dos gestores federais de saúde identificavam-se e eram identificados com a construção e defesa do SUS, eles eram também vistos como aliados fundamentais na confrontação com outros atores e interesses, estes sim considerados como os verdadeiros ‘inimigos’ do SUS. Entre os últimos estavam os atores do mercado privado da saúde – hospitais, policlínicas e laboratórios privados, indústria farmacêutica e seguradoras de saúde – e os atores políticos com eles alinhados – parlamentares e gestores identificados com partidos de direita (I. E., entrevista, 23/5/2006; J. R., entrevista, 31/5/2006; N. G., entrevista, 31/5/2006; Q. F., entrevista, 2/6/2006).

Assim, havia uma oscilação entre momentos de intensos conflitos entre representantes de entidades sociais e dos gestores federais de saúde e momentos de profunda convergência de interesses e propostas. Os conflitos ocorriam principalmente em relação ao papel do controle social no SUS. Em termos mais específicos, as divergências concentravam-se em visões divergentes sobre que instância deveria comandar a política de gestão participativa no sistema. A articulação dos representantes de organizações da sociedade civil atribuía ao Conselho esse papel, enquanto os gestores federais defendiam a prerrogativa do Ministério da Saúde de decidir e gerenciar a gestão participativa no SUS. No entanto, ao tratar da busca da ampliação dos recursos financeiros destinados à área da saúde, os dois grupos de conselheiros atuavam juntos e em harmonia.

No entanto, se essa era a configuração das relações estruturadas no interior do Conselho, qual seria a posição do Conselho na configuração

das relações estruturadas na arena decisória da área? Foi possível identificar uma clara diferença entre as duas configurações. A posição dos atores internamente ao Conselho parece não refletir sua posição no âmbito mais amplo da política de saúde. Neste, conforme ressaltaram vários entrevistados (J. R., entrevista, 31/5/2006; O. G., entrevista, 22/5/2006; P. G., entrevista 31/5/2006), entidades médicas, prestadores privados de serviços, indústria farmacêutica, parlamentares e, especialmente, gestores públicos, principalmente nas comissões intergestores, ocupavam posições dominantes – alterando e, no limite, invertendo a hierarquia de posições identificada e caracterizada no Conselho.

A institucionalização das comissões intergestores tripartite e bipartites, a partir da segunda metade da década de 1990, colaborou para que o CNS não se constituísse como um órgão decisório da gestão em saúde no país, porque as questões que diziam respeito ao financiamento, à descentralização e à estruturação e funcionamento do SUS passaram a ser tratadas nas comissões intergestores (Levcovitz, Lima & Machado, 2001; J. R., entrevista, 31/5/2006; N. G., entrevista, 31/5/2006). Para os idealizadores das comissões, que na época eram gestores municipais de saúde, o Conselho seria um espaço político de discussões e deliberações sobre a natureza das políticas. O exercício de outro papel viria a deturpar suas finalidades (L. M., entrevista, 16/1/2006; W. J., entrevista, 20/9/2006). Desse modo, o desenho institucional do sistema deslocou o processo decisório para instâncias colegiadas de pactuação federativa. Nelas, os atores sociais não tinham assento ou voz, o que restringia as possibilidades da articulação de atores sociais que predominava internamente no Conselho – e, portanto, da comunidade de política, por trás dessa articulação, de utilizar esse importante canal para apresentar suas propostas aos decisores políticos da área.

Assim, observou-se que a capacidade de o Conselho influir nos centros de decisão e execução da política dependia, em grande medida, da forma como se estruturaram as relações com os gestores, especialmente com os gestores federais. A posição do Conselho na arena decisória da área acabava sendo, em grande medida, dependente da forma como os gestores federais se posicionavam em relação ao fórum. Dependia, também, do modo como os gestores se relacionavam com os atores e interesses que hegemonizavam as discussões e deliberações do Conselho. Trechos de uma ata e de uma das entrevistas exemplificam essa situação:

Esse Conselho tem que funcionar em parceria absoluta com o Ministro da Saúde. Eu não vou aceitar que o Conselho cobre do ministro. Não vai cobrar, porque senão... Eu não aceito ser cobrado pelo Conselho. Vocês tenham clareza do que estou falando: se o Conselho não for meu parceiro e eu for colocado como uma instância de poder para ser cobrado, eu não vou acatar esse Conselho como deliberativo. Ele será consultivo. (Brasil, 2005 – intervenção do ministro da Saúde)

Ele [o ministro X] não tinha respeito nenhum com o Conselho. Ele não foi a nenhuma reunião do Conselho. Ele não ia a nenhuma reunião do Conselho e mandava os assuntos. A gente deliberava e ele tramitava contra a decisão do Conselho. Ele mandava pra lá, a gente votava contra e ele implementava. Ou, então, ele implementava para depois mandar. Já estava funcionando no Brasil inteiro e aí ele mandava pra discutir no Conselho. (...) Então o Conselho, muitas vezes, deliberou contra e aí jogou na imprensa para ver se conseguia reverter essa questão. E, algumas vezes, quando não se tinha que eram políticas incorretas, a gente aprovava, mas registrando e fazendo um protesto: que está correto, mas deveria ter passado antes no Conselho. (K. L., entrevista, 13/6/2006)

No entanto, tal situação não significa que o Conselho estivesse em uma posição passiva, meramente subordinada às oscilações na postura dos gestores. Ao contrário, o fórum participava ativamente do processo de construção da sua posição nas relações entre os atores e instâncias da política de saúde. Segundo o depoimento de vários conselheiros, em diversos momentos o Conselho entrou em choque com o gestor.

Foi possível ainda observar um esforço do Conselho, liderado pelos atores que hegemonizavam seu processo decisório interno, em intensificar a atuação juntamente com os demais fóruns de controle social na área da saúde: os conselhos estaduais e municipais de saúde, além das conferências de saúde (H. A., entrevista, 5/5/2006; J. R., entrevista, 31/5/2006). Na medida em que esses fóruns se constituíam como uma rede densa e disseminada em todo o país, envolvendo algumas dezenas de milhares de conselheiros, construir uma articulação com eles adquiria um sentido estratégico para que o fórum se constituísse ou se mantivesse como um lugar central no processo de construção e acompanhamento da política de saúde.¹⁵

¹⁵ É, pelo menos em parte, por esse motivo que havia uma forte preocupação no Conselho em tentar controlar e, no limite, monopolizar a relação com os conselhos municipais e estaduais, investindo em iniciativas de comunicação, formação de conselheiros e produção de informações sobre os conselhos, entre outras. Essa preocupação foi uma das fontes de conflito permanente com a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo, era um modo de fortalecer e expandir nacionalmente a posição da comunidade de política que hegemonizava as atividades no Conselho.

Além da atuação junto às instâncias e atores do controle social, o Conselho procurava atuar no Congresso Nacional, que muitas vezes discutia propostas referentes à política de saúde sem que estas tivessem sido objeto de deliberação do fórum. Esse problema, em certa medida, decorria de uma ‘competição’ entre os dois mecanismos de representação de interesses que hoje convivem no Brasil: as instituições da representação partidário-eleitoral e as instituições do controle social. Como tentativa de enfrentar a questão, os entrevistados destacaram a existência de um esforço contínuo dos conselheiros em pressionar os parlamentares para evitar que decisões fossem tomadas contrariando as deliberações do Conselho (J. R., entrevista, 31/5/2006). Ao mesmo tempo, eles procuravam apoio parlamentar para projetos em tramitação no Congresso que eram considerados relevantes pela maioria dos conselheiros. Desse modo, constituía-se uma ‘parceria’ com a Frente Parlamentar da Saúde, que tendia a apresentar posições convergentes às apresentadas pelo fórum (M. C., entrevista, 23/5/2006). Por meio dessas e de outras iniciativas, o Conselho procurou construir parcerias, estruturar relações, ampliar sua influência, de forma a se fortalecer e, conseqüentemente, fortalecer seus atores hegemônicos, na arena decisória da área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2005, o CNS se organizava em instâncias que cumpriam funções definidas e dispunham de considerável apoio material e humano para a realização de suas atividades. Com seus quarenta membros titulares, as principais instâncias do fórum eram o plenário, as comissões, os grupos de trabalho e a comissão de coordenação geral. A Secretaria Executiva oferecia apoio administrativo, coordenando um contingente de 34 servidores e estagiários.

A análise feita procurou responder a duas questões básicas: como se estruturavam as relações entre os atores no interior do Conselho e qual o ‘papel’ do Conselho na arena decisória da área da saúde. A primeira indagação foi respondida nas seções que trataram da atuação dos conselheiros e da dinâmica das discussões nas reuniões do fórum. Constatou-se que havia predomínio dos conselheiros que representavam entidades sociais – dentre estes, das categorias de representantes de associações comunitárias e movi-

mentos sociais, de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências e, especialmente, de organizações de profissionais e trabalhadores da saúde.

Os conselheiros provenientes de organizações da sociedade civil foram também os mais assíduos às reuniões, aqueles que se manifestaram com maior frequência, que coordenaram a maior parte dos pontos de pauta e que mais vezes representaram o Conselho em atividades externas. Havia, portanto, uma preponderância relativa desses conselheiros na condução das discussões e deliberações, diante da menor participação de conselheiros governamentais e do diminuto envolvimento de representantes de organizações de mercado. Um ‘núcleo duro’ de seis conselheiros provenientes de entidades sociais tinha significativa influência nas discussões e deliberações que ocorriam no fórum, levando-se em conta seu elevado nível de participação nas atividades do Conselho. Esse núcleo era formado por quatro conselheiros provenientes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e dois representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências.

A dinâmica de funcionamento das reuniões plenárias do Conselho era caracterizada por quatro aspectos básicos. Em primeiro lugar, as discussões concentravam-se nos temas ‘funcionamento e papel do Conselho/control social’ e ‘políticas específicas e programas de saúde’. Em segundo, a maior parte do tempo das reuniões era despendida em longas intervenções informativas, demonstrando que havia a busca permanente de subsídios para orientar o processo de tomada de decisões. Os participantes não-conselheiros tiveram um importante papel na oferta de informações e esclarecimentos. Em terceiro lugar, as reuniões plenárias e a sua preparação envolviam intensos debates e processos de deliberação, em que tinham influência preponderante os representantes de organizações sociais. As discussões tratavam principalmente do próprio Conselho e do controle social ou das políticas e programas de saúde. Em quarto lugar, o fórum desenvolvia uma atividade permanente de monitoramento da ação governamental na área da saúde, principalmente em relação à execução orçamentária.

O fórum se constituía em uma instância importante de fiscalização da execução da política de saúde, desenvolvendo ações constantes de busca de informações sobre a atuação das instituições públicas e privadas atuantes na área da saúde. Demonstrava intensa atividade deliberativa, com apresentação e debate de propostas de políticas e de programas de saúde, tomada de

posição sobre elas. Tinha ainda um importante papel articulador de atores, individuais e coletivos, comprometidos com o controle social e com os princípios fundamentais do SUS.

O Conselho era também um dos lugares centrais de conexão entre participantes importantes da rede da política de saúde, em especial da nova comunidade de política que se formara no final dos anos 90. Com a liderança de seus membros mais atuantes, procurou tornar-se o principal espaço de articulação com os conselhos estaduais e municipais. O controle do fórum era fundamental para a consolidação nacional dessa comunidade, permitindo a busca e a identificação de aliados, a difusão de suas idéias e propostas, em um contexto de disputa com o movimento sanitário pela condição de herdeiro legítimo do movimento reformista fundador do SUS. Por isso, o próprio Conselho e os demais mecanismos de participação da área tornaram-se os principais objetos de discussão nas reuniões plenárias e foram tão acirrados os debates, entre o fórum e o Ministério da Saúde, em torno do controle sobre a gestão participativa no SUS.

O Conselho não era um local de construção de consensos ou explicitação de conflitos sobre temas candentes, como o financiamento da saúde, as questões relacionadas ao trabalho em saúde ou a própria organização dos serviços. Isso se deveu, em parte, à criação das comissões intergestores, as quais, depois de 1993, passaram a se constituir como o principal fórum decisório e de coordenação vertical do sistema de saúde. Articulado a esse fator, estava o crescimento da importância política dos gestores estaduais e, principalmente, municipais no âmbito do SUS, os quais elegeram como principal fórum de atuação as comissões intergestores. O papel relativamente secundário do Conselho no processo decisório da área foi resultado também da estratégia adotada pelos conselheiros que hegemonizavam os trabalhos do fórum. Eles optaram por concentrar boa parte das discussões no funcionamento do próprio Conselho e no controle social no SUS e procuraram restringir a influência dos representantes de entidades de mercado, dos médicos e de gestores no Conselho. Esses atores, no entanto, não deixaram de ocupar posições centrais na arena política da área; eles apenas reduziram a sua influência no Conselho e não no contexto da política. A capacidade do Conselho de influir nos centros de decisão e execução da política continuou dependendo, em grande medida, da forma como se estruturaram as relações dos conselheiros e do próprio fórum com os gestores, especialmente com os gestores federais.

Assim, se, por um lado, os atores sociais preponderavam na estrutura de poder do fórum, principalmente aqueles que representavam organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; por outro, o Conselho não tinha uma posição garantida e estável no centro do processo decisório nacional da área da saúde. É inegável, no entanto, que exercia um importante papel: fiscalizando a implementação de ações, deliberando sobre assuntos variados que eram trazidos à sua consideração, congregando atores individuais e coletivos na defesa dos princípios do SUS e procurando tornar-se o principal espaço de articulação de conselheiros estaduais e municipais visando a fortalecer a cadeia de mecanismos de participação do sistema, na qual o Conselho ocupava a posição superior. Ele era também um dos lugares centrais de conexão entre participantes importantes da rede da política de saúde, em especial da nova comunidade de política que se formara no final dos anos 90.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei n. 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. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 52, de 6 de maio de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 229, de 8 de maio de 1997. Reinstala a Mesa Nacional de Negociação, com os objetivos da resolução CNS n. 52/93.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 291, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre as instâncias internas do Conselho.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 331, de 4 de novembro de 2003a. Ratifica o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Decreto 4.878, de 18 de novembro de 2003b. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dá outras providências.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Atas de reunião. Disponíveis em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_08.htm>. Acesso em: jun.-dez. 2005.
- COHEN, J. L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 46(3): 419-459, 2003.
- CÔRTEZ, S. M. V. Pautas de reuniões e participação de usuários em conselho municipal de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2, 1999, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Abrasco, 1999.

JORDAN, G. & RICHARDSON, J. J. *Governing under Pressure*. Oxford: Martin Robertson, 1979.

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.

MAGNI, C. T. *Diário de Campo*. Conselho Nacional de Saúde, out. 2005. Arquivos PPGS/UFRGS. CD-ROM.

RODES, R. A. W. *The National World of Local Government*. Oxford: Allen and Unwin, 1986.

ENTREVISTAS

A. H. Entrevista realizada em 11 de abril de 2006. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

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

H. A. Entrevista realizada em 5 de maio de 2006. Rio de Janeiro. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

I. E. Entrevista realizada em 23 de maio de 2006. Florianópolis. 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.

O. G. Entrevista realizada em 22 de maio de 2006. Uberlândia. 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.

R. C. Entrevista realizada em 11 de julho 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.