

3. Conselho estadual de saúde do Rio Grande do Sul

histórico, funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais

Elisabete Oliveira Pereira
Soraya Vargas Côrtes
Márcio Barcelos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PEREIRA, EO., CÔRTEES, SV., and BARCELOS, M. Conselho estadual de saúde do Rio Grande do Sul: histórico, funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEES, SV., org. *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 111-144. 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/).

3. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: HISTÓRICO, FUNCIONAMENTO, ATORES E DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS

*Elisabete Oliveira Pereira
Soraya Vargas Côrtes
Márcio Barcelos*

Analisar a dinâmica das relações sociais no interior do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS)¹ e a posição desse fórum na configuração das relações sociais da área da saúde no estado são os principais objetivos deste capítulo. Um propósito secundário foi comparar as dinâmicas sociais no Conselho Nacional e no CES/RS e nas arenas decisórias da área da saúde em níveis federal e estadual. O uso do método comparativo tem a vantagem de ressaltar aspectos relevantes para análise de processos sociais e políticos porque acentua recorrências e destaca peculiaridades inesperadas, considerando as dimensões tratadas como fundamentais em determinada investigação (Sartori, 1994).

O caso do CES/RS foi escolhido por duas razões fundamentais. Em primeiro lugar, vários estudos revelam a existência de padrões altos de associativismo e interesse por política não apenas em diversos municípios do estado (IBGE, 1996; Avritzer, 2002; Baierle, 1992; Silva, 2001) como

¹ Para a elaboração deste capítulo foram utilizados os resultados de duas investigações feitas pelo Grupo de Pesquisa Sociedade, Participação Social e Políticas Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GPPS/UFRGS). A primeira teve como objetivo principal a elaboração de dissertação de mestrado, defendida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS (Pereira, 2006), que analisou a participação de usuários no CES/RS entre 1999 e 2002. A segunda pesquisa foi realizada com a finalidade de obter dados complementares que permitissem responder às perguntas orientadoras do presente trabalho.

também em suas regiões (Côrtes, 2003; Bandeira, 1999). Em segundo lugar, o CES/RS era apresentado nos debates do CNS como uma espécie de modelo de funcionamento ‘democrático’, uma vez que desde sua criação o presidente do fórum era eleito entre seus membros titulares. A conjugação desses fatores – cultura cívica e associativa relativamente consistente e indícios de que o fórum funcionava com relativa autonomia em relação ao gestor estadual de saúde – permite supor que o Conselho tinha condições institucionais e políticas favoráveis para desempenhar papel relevante no contexto da área da saúde do estado.

Os participantes envolvidos nas atividades do Conselho e na arena decisória da área foram classificados em três tipos de atores: governamentais, de mercado e sociais. A tipologia é inspirada na concepção de Cohen (2003: 427), segundo a qual

setores decisórios no âmbito do Estado sofrem restrições formais e temporais (...); na empresa privada, os decisores econômicos (...) não podem se furtar aos imperativos do lucro e da produtividade. (...) Já na sociedade civil, os atores não visam à conquista do poder do Estado ou à organização da produção; em vez disso, tentam exercer influência pela participação em associações e movimentos democráticos e por meio da mídia pública.

Por isso o sentido que esses atores atribuem às suas ações políticas seria guiado por tais imperativos. Assim, mesmo sem assumir a noção de que haveria uma positividade inerente à sociedade civil e seus atores, tratam-se aqui a sociedade civil e seus atores como diferentes do Estado e do mercado, e de seus atores.

As principais fontes de informação foram atas e listas de presenças de reuniões plenárias do Conselho, documentos legais e administrativos obtidos na Secretaria Executiva do fórum e entrevistas com dez conselheiros e ex-conselheiros.² Analisaram-se as atas de 38 reuniões plenárias do CES/RS,

² Foram realizadas dez entrevistas: nove entre abril de 2006 e setembro de 2006, e uma em abril de 2007. Foram entrevistados: 1) seis conselheiros e ex-conselheiros que representavam organizações da sociedade civil – um de organização religiosa; um de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde; um de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; um de associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs); e dois de entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde; 2) um conselheiro que representava entidades de mercado – de entidade estadual de prestadores de serviços de saúde; e 3) três conselheiros e ex-conselheiros que representavam órgãos governamentais – dois gestores de saúde estaduais e um municipal.

que compuseram uma amostra construída por processo de amostragem aleatória simples,³ com base em um universo de 84 atas das reuniões realizadas entre 1999 e 2002. Foram também examinadas as listas de presenças das 63 reuniões que ocorreram em 2000, 2001 e 2002, pois não foi possível obter as listas dos presentes da maior parte das reuniões em 1999.⁴ Tal análise ofereceu indicações sobre quais atores participaram do Conselho e sobre aqueles que mais influenciaram nas deliberações e decisões do fórum. Permitiu ainda identificar os temas discutidos com maior frequência e caracterizar o papel do fórum no contexto da política de saúde estadual. Os documentos legais e administrativos que tratam do Conselho auxiliaram na reconstituição de seu histórico e estrutura de funcionamento. As entrevistas contribuíram para esclarecer questões relacionadas ao posicionamento dos conselheiros e aos principais assuntos tratados no período.

Inicialmente, o capítulo apresenta um histórico do CES/RS e descreve sua estrutura de funcionamento. Em seguida, por meio da análise das reuniões plenárias, examina a dinâmica das relações entre os atores envolvidos em suas atividades, assim como a desses atores e do próprio fórum com os demais atores e instituições que compunham a rede da política de saúde no estado.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/RS: HISTÓRICO, ESTRUTURA DE APOIO E ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS

O CES/RS foi criado em 1994 (Rio Grande do Sul, 1994), logo após o estabelecimento de convênio de estadualização entre os governos federal e estadual no âmbito da implantação da norma operacional básica (NOB) n. 01/93 (Brasil, 1993) no estado. Na verdade, houve a transformação em conselho da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), que fora constituída em 1987, com a implementação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds). Seguindo as normas federais (Brasil, 1990), a lei de criação do novo fórum (Rio Grande do Sul, 1994, art. 2º) o estabeleceu

³ A amostragem aleatória consiste na seleção das unidades amostrais em que cada uma tem iguais possibilidades de seleção. No caso, cada ata do período foi tratada como uma unidade amostral. O tamanho da amostra foi definido utilizando-se como parâmetro um intervalo de confiança de 90%, considerando-se um erro relativo máximo de 10%.

⁴ Foram examinadas 63 listas de presenças: 19 de 2000 (em 2000, ocorreram vinte reuniões, mas apenas 19 listas de presenças estavam disponíveis), 22 de 2001 e 22 de 2002.

como instância colegiada do Sistema Único de Saúde (SUS), com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras. As principais competências do CES/RS estão relacionadas: à fixação de critérios e diretrizes para o estabelecimento de políticas, programas, contratos e convênios; à avaliação, ao acompanhamento, controle e fiscalização de serviços de saúde e da execução da política e do orçamento na área (Rio Grande do Sul, 1994, art. 8º). A lei estabelece ainda que, em relação ao controle social, o fórum é responsável pela formulação de diretrizes e instruções para a formação e o desenvolvimento de conselhos regionais, municipais e locais de saúde e a organização das Conferências Estaduais de Saúde.

Desde 1999, o CES/RS estava localizado no Centro Administrativo do Governo do Estado, abrangendo um espaço físico de aproximadamente quatrocentos metros quadrados, que acomodava salas de apoio e a sala onde se realizavam as reuniões plenárias. Seu funcionamento era regulado por Regimento Interno,⁵ o qual estabelecia como suas principais instâncias: Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica, Comissão de Fiscalização, Comissões Temáticas e Especiais e Plenário.

À Mesa Diretora competia convocar e dirigir as reuniões plenárias, organizar a pauta de discussões e coordenar o funcionamento técnico e administrativo do CES/RS. Era composta por três representantes de usuários, um do gestor estadual, um de prestadores de serviços e um de profissionais e trabalhadores de saúde, todos eleitos diretamente pelo Plenário, em votação aberta, para um exercício de dois anos. Concomitantemente, elegiam-se, dentre os seis, um presidente e um vice-presidente. No período estudado, ela se reunia quinzenalmente.

Conselheiros provenientes de entidades sociais têm predominado no exercício da presidência da Mesa Diretora do CES/RS. Além de presidirem o fórum por 12 anos, em um total de 14 (1994 a 2007), eles exerceram sete mandatos, em um total de oito. Dos sete mandatos, cinco couberam a representantes de entidades de profissionais e trabalhadores da saúde, dos quais três foram exercidos pela mesma pessoa. Assim como no CNS, no CES/RS essa categoria de conselheiros – e provavelmente um pequeno grupo de seus representantes – exercia grande influência sobre os trabalhos do fórum (Quadro 1).

⁵ As informações sobre o funcionamento e a organização do CES/RS baseiam-se principalmente no Regimento Interno publicado no Diário Oficial do Estado em 6 de maio de 1994 e em informações obtidas no Conselho em 2003 e 2007.

Quadro 1 - Presidentes da Mesa Diretora, por tipo e categoria de representante e segundo entidade representada. CES/RS - 1994-2007

Período	Tipo de representante	Categoria de conselheiro	Entidade
1994-1996	Social	Profissionais e trabalhadores de saúde	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
1996-1997	Governamental	Governo, não saúde	Secretaria Estadual de Educação*
1997-1998	Social	Profissionais e trabalhadores de saúde	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
1998-2000	Social	Profissionais e trabalhadores de saúde	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
2000-2002	Social	Profissionais e trabalhadores de saúde	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
2002-2004	Social	Profissionais e trabalhadores de saúde	Sindicato dos Psicólogos
2004-2006	Social	Trabalhadores, não saúde	Conselho Regional de Saúde (11ª Região)/ Central Única dos Trabalhadores (CUT)
2006-2007	Social	Igrejas	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

* O presidente eleito, representante da Secretaria Estadual de Educação, exerceu o mandato por apenas um ano, sendo substituído em 1997 pelo vice-presidente eleito, um profissional de saúde, funcionário da Secretaria Estadual de Saúde (SES), representante do Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul.

Fonte: Rio Grande do Sul, 2007a.

À Secretaria Executiva cabia a organização das tarefas cotidianas do fórum e a execução de atividades técnicas e administrativas de apoio à Mesa Diretora, ao Plenário e às comissões. Até 1999, a Secretaria funcionava em uma sala de aproximadamente trinta metros quadrados, situada no quinto andar do Centro Administrativo do Governo do Estado. A partir de então, passou a ocupar um complexo de seis salas, com uma área de aproximadamente quatrocentos metros quadrados no vigésimo andar do mesmo Centro Administrativo. No local, ocorriam também as reuniões plenárias. Em 2003, um servidor público estadual e três estagiários estavam à disposição da Secretaria para o apoio às atividades do Conselho.

A Assessoria Técnica reunia-se apenas quando tramitavam no Conselho assuntos que requeriam a emissão de pareceres técnicos. Ela tinha cará-

ter permanente, e sua principal tarefa era assessorar a tomada de decisões do Plenário por meio da realização de estudos – nas áreas jurídica, política e orçamentária – e da subsequente elaboração de pareceres. Seus integrantes eram funcionários públicos estaduais, com formação especializada nas áreas jurídica e orçamentária. Em 2003, três funcionários públicos estaduais compunham a assessoria técnica do Conselho.

A Comissão de Fiscalização, também de caráter permanente, realizava reuniões semanais. Suas atividades concentravam-se na fiscalização das ações e dos serviços prestados pelo SUS. Essa comissão tinha seis membros, todos conselheiros (Rio Grande do Sul, 1994, art. 22), escolhidos conforme a regra de paridade que fixava que a metade dos participantes deveria representar usuários e a outra metade deveria ser composta por representantes do gestor estadual, de prestadores de serviços e de profissionais e trabalhadores de saúde. No entanto, em 2003, compareciam às reuniões da comissão apenas quatro conselheiros, e entre eles não havia representantes governamentais (gestor estadual) ou de mercado (prestadores de serviços). Atuavam de fato na comissão quatro conselheiros: um proveniente de entidade de trabalhadores e profissionais da saúde; um de organizações de trabalhadores, não especificamente da área da saúde; um de entidade religiosa; e um de associações comunitárias e movimentos sociais. A coordenação da comissão era exercida pelo conselheiro proveniente de organização de trabalhadores e profissionais de saúde. A predominância de conselheiros oriundos de entidades sociais na comissão é mais uma indicação de sua importância no processo decisório que ocorria no CRS/RS (Quadro 2).

As Comissões Temáticas e Especiais tinham caráter temporário. Eram criadas no intuito de subsidiar o processo de tomada de decisões, quando o Plenário assim decidia. Em 2003, sete comissões estavam em atividade.⁶ A duração de suas atividades era indefinida, variava em razão da relevância do tema, da urgência para que o Plenário decidisse sobre certo assunto ou enquanto o Plenário considerasse necessário aprofundar a análise de determinada questão. A comissão organizada para discutir a criação de conselhos gestores em hospitais, por exemplo, permaneceu em atividade enquanto a questão era debatida pelo Plenário. Já uma comissão de acompanhamento

⁶ Em 2003, as comissões em atividade eram as seguintes: Acompanhamento ao Processo Orçamentário, Saúde do Trabalhador, Conselhos Regionais de Saúde, Saúde Mental, DST/Aids, Saúde da Mulher e Assistência Complementar à Saúde (Pereira, 2006).

do processo orçamentário era instituída toda vez que o Plenário precisava analisar planos de aplicação e prestações de contas.

Quadro 2 - Composição da Comissão de Fiscalização, por tipo e categoria de representante e segundo entidade representada. CES/RS - 2003

Tipo de representante	Categoria de conselheiro	Entidade
Social	Profissionais e trabalhadores de saúde	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
Social	Trabalhadores, não saúde	Conselho Regional de Saúde (11ª Região) - Central Única dos Trabalhadores (CUT)
Social	Igrejas	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
Social	Associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs)	Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairro (Fracab)

Fonte: Rio Grande do Sul, 2007b.

O Plenário era a instância máxima de deliberação do CES/RS (Rio Grande do Sul, 1994, art. 6º, § 1º). Suas reuniões, que eram convocadas pela Mesa Diretora, realizavam-se à tarde, em geral das 14h às 18h. Eram coordenadas pelo presidente da Mesa Diretora do Conselho e, em caso de ausência, pelo vice-presidente ou outro integrante da Mesa Diretora. Embora a ordem de discussão dos assuntos pudesse ser modificada pelo Plenário, o roteiro básico das reuniões era o seguinte: 1) abertura e verificação do número de conselheiros presentes com direito a voto; 2) leitura e aprovação da ata da reunião anterior; 3) leitura do expediente, comunicações, requerimentos, moções, indicações e proposições; 4) distribuição de processos e/ou expedientes, entre os conselheiros, para elaboração de pareceres; 5) discussão e deliberação dos pontos de pauta; 6) indicação da agenda da reunião subsequente; 7) assuntos gerais.

Cabia à Mesa Diretora informar a agenda de discussões com antecedência mínima de cinco dias úteis da respectiva reunião plenária. No entanto, o Plenário podia deliberar que outro assunto fosse incluído na pauta, desde que se justificasse a urgência ou relevância da matéria (Rio Grande do Sul, 1994, art. 33º).

O Quadro 3 mostra a composição do Plenário, que foi definida pela lei n. 10.097/94 (Rio Grande do Sul, 1994) e permaneceu sem alterações desde a criação do Conselho. Por essa razão, secretarias estaduais que mudaram de designação e função, segundo reformulações governamentais na estrutura organizacional das pastas, ou mesmo organizações sociais que deixaram de existir permaneceram na composição do CES/RS.⁷

A lei (Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º) não especificou que entidades de profissionais da área da saúde teriam assento no fórum; ela apenas designou as categorias que o integrariam. Ficou, portanto, a critério do conjunto das entidades de cada categoria profissional designada deliberar e indicar qual delas o representaria. Desde a criação do fórum, os médicos, enfermeiros e psicólogos têm sido representados pelos sindicatos das categorias. Os odontólogos, veterinários, farmacêuticos-bioquímicos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais indicaram representantes dos respectivos conselhos regionais. Já as organizações de trabalhadores de saúde – as quais congregavam, na mesma entidade, trabalhadores de nível de escolaridade superior, médio e fundamental – que integravam Conselho foram definidas pela lei (Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul – Feessers; Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul – Sindsepe RS).

À exceção do Fórum de Saúde Mental, as demais organizações de portadores de patologias e deficiências e de defesa do consumidor que tinham assento no Conselho não foram denominadas pela lei (Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º). Além do referido fórum, representavam os portadores de patologias e deficiências o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa), a Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos e demais Doenças Mentais (Agafape) e a Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes; as entidades de defesa do consumidor eram representadas pela Associação de Defesa do Consumidor de Vacaria (Adecov).

Os representantes dos conselhos regionais, em geral, eram ativistas do movimento de trabalhadores rurais. Por isso eles foram classificados na categoria de trabalhadores, não especificamente da área da saúde (Quadro 3).

⁷ Esse foi o caso da antiga Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, que passou a ser designada como Secretaria Estadual de Saúde; da Secretaria de Planejamento e Administração, que deixou de existir e foi substituída no Conselho pela Secretaria de Coordenação e Planejamento; e da antiga Secretaria da Justiça, do Trabalho e Cidadania, que foi transformada em Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. No âmbito das organizações não governamentais, a entidade Ação Democrática Feminina Gaúcha – Amigos da Terra – em 2003 não existia mais, porém permanecia com um assento no CES/RS.

Quadro 3 – Composição do CES/RS, por tipo de representante e entidade ou categoria representada – 1994

Representantes estaduais	Governamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (três representantes) • Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde • Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (Assedisa) • Federação das Associações de Municípios do Estado do Rio Grande do Sul (Famurs)
Representantes societais	Prestadores privados de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul ** • Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul • Associação Gaúcha de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde Ambulatoriais (Agepsa) • Sindicato dos Laboratórios
	Profissionais e trabalhadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Entidade dos médicos • Entidade dos odontólogos • Entidade dos enfermeiros • Entidade dos nutricionistas • Entidade dos assistentes sociais • Entidade dos psicólogos • Entidade dos farmacêuticos-bioquímicos • Entidade dos veterinários • Entidade dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais • Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul (Feessers)*** • Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (Sindsepe RS) (sempre trabalhadores da área da saúde)
	Empresários	<ul style="list-style-type: none"> • Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (Fiergs) • Federação das Associações Comerciais e de Serviços do Rio Grande do Sul (Federasul) • Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul (Farsul)
	Trabalhadores (não saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • Central Única dos Trabalhadores/RS (CUT/RS) (dois representantes) • Central Geral dos Trabalhadores/RS (CGT/RS) (dois representantes) • Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul (Fetag/RS) (dois representantes) • Conselhos Regionais de Saúde (CRS) (cinco representantes, sempre usuários)
	Associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairro (Fracab) (dois representantes) • Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Rio Grande do Sul (Fetapergs) • Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural (Agapan) • Ação Democrática Feminina Gaúcha (ADFG) - Amigos da Terra • Representação das entidades de defesa do consumidor
	Entidades de portadores de patologias e deficiências	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades de portadores de patologias (dois representantes) • Entidades de portadores de deficiências • Fórum Gaúcho de Saúde Mental
	Igrejas	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

* Embora a Emater seja uma entidade privada, como seu financiamento é predominantemente público, os governos estaduais definem seus dirigentes e influem fortemente sobre a definição de suas estratégias e ações. Por isso foi incluída entre os atores governamentais.

** A lei estadual n. 10.097 (Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º) denomina a entidade como 'Federação das Misericórdias RS'.

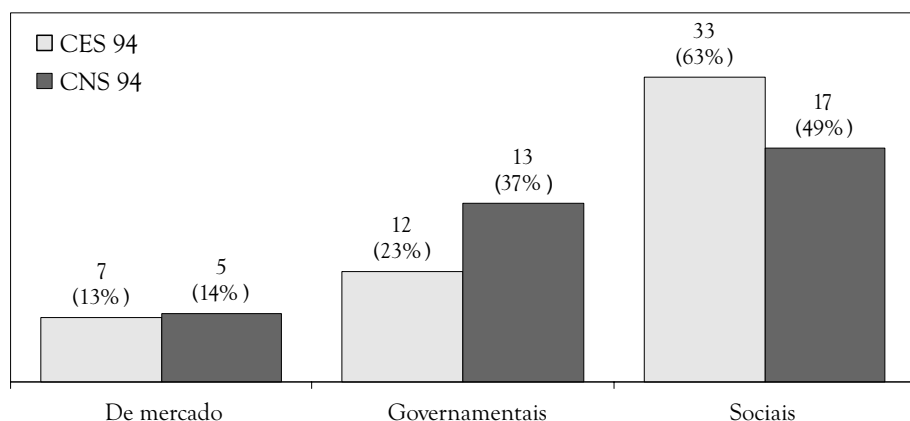
*** Na lei n. 10.097 (Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º) consta a 'Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul'. Em 1998, uma reforma estatutária mudou o nome da entidade, que passou a ser denominada 'Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul'. Mas a lei n. 10.097, com o nome antigo da federação, continua em vigor.

Fonte: Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º.

A maioria dos conselheiros era proveniente de organizações sociais (Gráfico 1). Eles perfaziam 63% (33 em 52) do total de integrantes do CES/RS. Dentre eles, a maior parte (22 em 33) era de representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde (11) e de trabalhadores não especificamente da área da saúde (11). Apenas 13% (sete em 52) dos conselheiros representavam entidades de mercado, dentre os quais predominavam os conselheiros oriundos de organizações de prestadores privados de serviços de saúde (quatro em sete).

A predominância de representantes de organizações sociais coincide com o padrão encontrado no CNS, em 1994 (Brasil, 1994, art. 1º). O Gráfico 1 mostra que, em 1994, ano de criação do CES/RS, essa predominância era mais acentuada no Conselho Estadual. Enquanto neste eles compunham 63% do total do Plenário (33 em 52), no Conselho Nacional correspondiam a 49% do total de conselheiros (17 em 35). Em contrapartida, havia, proporcionalmente e em números absolutos, mais representantes de órgãos governamentais no CNS (37% - 13 em 35) do que no CES/RS (23% - 12 em 52). Já os representantes de entidades de mercado tinham praticamente a mesma, e pequena, proporção de representantes em ambos os conselhos (14% - cinco em 35 - no CNS; e 13% - sete em 52 - no CES/RS).

Gráfico 1 - Número e percentual de conselheiros, por tipo de representante: de mercado, governamentais e sociais. CNS, CES/RS - 1994

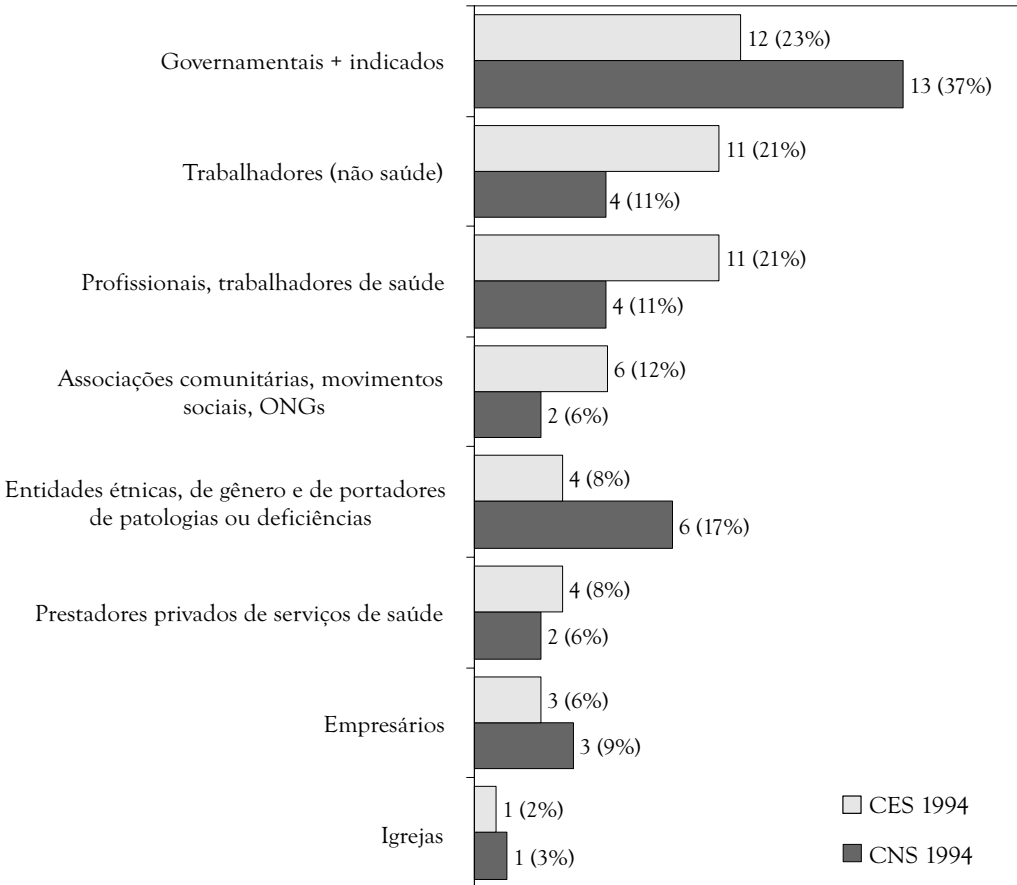


Fonte: Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º; Brasil, 1994, art. 1º.

Observe-se que existe contraste entre as proporções de representantes governamentais e de entidades sociais verificadas nos dois conselhos. Ele se deve, principalmente, ao fato de o CES/RS apresentar menor proporção de

representantes governamentais e de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências, e maior participação de conselheiros provenientes de entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde, e de profissionais e trabalhadores de saúde. Observe-se que, entre 1994 e 2006, enquanto no CNS ocorreram várias alterações na composição oficial do Plenário, no CES/RS não houve uma modificação sequer (Gráfico 2).⁸

Gráfico 2 - Número e percentual de conselheiros segundo a categoria de representantes. CNS, CES/RS - 1994



Fonte: Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º; Brasil, 1994, art. 1º.

⁸ Entre 1994 e 2006, no CNS diminuiu a proporção de representantes de instituições governamentais (em 1994: 37% - 13 em 35; em 2006: 17% - oito em 48) e de trabalhadores, não especificamente da área da saúde (em 1994: 11% - quatro em 35; em 2006: 6% - três em 48). No mesmo período, aumentou o percentual de representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências (em 1994: 17% - seis em 35; em 2006: 27% - 13 em 48) e de profissionais trabalhadores de saúde (em 1994: 11% - quatro em 35; em 2006: 25% - 12 em 48) (Brasil, 1994, art. 1º; Brasil, 2006a).

O alto percentual de representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde e de trabalhadores, não especificamente da área da saúde, na composição legal dos plenários é um indicativo da capacidade dessas categorias de participantes de influenciarem as decisões do fórum. Mas as indicações são de que a posição, no interior do CES/RS, dos representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde no contexto do fórum era a mais destacada. Em 2003, eles coordenavam a Comissão de Fiscalização e grande parte das reuniões plenárias, e na maior parte do tempo, ao longo do período de existência do fórum, exerceram a presidência da Mesa Diretora.

A essas indicações de sua predominância no processo decisório do fórum somava-se o fato de esses representantes serem os mais assíduos às reuniões plenárias e os que mais participavam dos debates do fórum. A Tabela 1 mostra que a proporção total de conselheiros presentes às reuniões em 2000, 2001 e 2002, considerando o tipo de representação, corresponde àquela prevista pela lei que instituiu o CES/RS (Gráfico 1), qual seja: 63% dos conselheiros provinham de entidades sociais, 23% de órgãos governamentais e 13% de organizações de mercado. A diferença está na assiduidade de cada um: enquanto 11 dos 14 conselheiros mais assíduos (79%) – que compareceram a mais de 42 reuniões – eram provenientes de entidades sociais, apenas dois (14%) e um (7%) eram representantes, respectivamente, governamentais ou de organizações de mercado.

O único conselheiro proveniente de entidades de mercado muito assíduo às reuniões – presente a 57 das 63 reuniões examinadas – representava prestadores de serviços de saúde por meio da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul. Tal fato está provavelmente relacionado à importância que o financiamento do SUS assumia para os hospitais filiados à Federação. Em 2000, o SUS financiou 797 mil internações no Rio Grande do Sul; destas, 482 mil (60%) foram realizadas em hospitais filantrópicos (Pacheco, 2007). À entidade interessava participar nos debates que o Conselho realizava sobre o sistema, especialmente no que tange ao financiamento. Por isso, também a atenção do representante de hospitais filantrópicos no fórum foi galvanizada pela discussão em torno de dois projetos propostos pelos gestores estaduais de saúde: a constituição do Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados sem Fins Lucrativos e Hospitais Públicos no Estado do Rio Grande do Sul (Funafir) (Rio Grande do Sul, 1999a) e a criação de conselhos gestores em hospitais credenciados pelo SUS.

Tabela 1 - Número e percentual de conselheiros por número de reuniões a que compareceram, segundo os tipos de conselheiros: de mercado, governamentais e sociais. CES/RS, 2000, 2001 e 2002*

Número de reuniões		0 a 10		11 a 23		24 a 41		42 ou mais		Total	
Tipos de conselheiros		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De mercado	Nº	2	40%	2	40%	-		1	20%	5	100%
	%	3%		9%		-		7%		13%	
Governamentais	Nº	25	71%	5	14%	3	9%	2	6%	35	100%
	%	38%		22%		17%		14%		23%	
Sociais	Nº	38	48%	16	20%	15	19%	11	14%	80	100%
	%	58%		70%		83%		79%		63%	
Total	Nº	65	54%	23	19%	18	15%	14	12%	120	100%
	%	100%		100%		100%		100%		100%	

* Foram registradas em ata as presenças de 148 conselheiros titulares ou suplentes, mas 28 (19%) destes não tiveram identificadas as entidades que representavam. A Tabela 1 apresenta apenas os conselheiros cujas entidades de procedência foram encontradas.

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006a.

O primeiro se refere à iniciativa dos gestores estaduais de saúde de criar um fundo, em 1999, destinado a auxiliar emergencialmente os hospitais privados e os filantrópicos, por meio da abertura de uma linha de crédito, com juros subsidiados, no Banco do Estado do Rio Grande do Sul (Barrisul). Os empréstimos seriam destinados à recuperação física dos hospitais e ao pagamento de dívidas com fornecedores. Inicialmente, foram depositados R\$ 9 milhões no fundo, provenientes do Tesouro do Estado.⁹ O outro projeto propunha a criação de mecanismos participativos nos hospitais contratados pelo SUS: os conselhos gestores (Rio Grande do Sul, 2001).¹⁰ Um dos pólos no conflito que cercou o debate das duas propostas no Conselho foi ocupado pelo representante dos hospitais filantrópicos. Ele

⁹ A lei estadual n. 11.366/99 (Rio Grande do Sul, 1999a) instituiu o Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados sem Fins Lucrativos e Hospitais Públicos no Estado do Rio Grande do Sul (Funafir) e estabeleceu as seguintes fontes de recursos para esse fundo: 1) dotação orçamentária própria do Tesouro; 2) receitas decorrentes dos rendimentos de aplicações de seus recursos; 3) receitas oriundas de convênios, contratos e acordos celebrados entre o estado e instituições públicas e privadas; d) outras receitas a ele destinadas. Não poderiam ser repassados ao Funafir os recursos relativos ao SUS transferidos da União ao estado.

¹⁰ O Conselho aprovou resolução (Rio Grande do Sul, 2001, art. 4º) que obrigava as instituições hospitalares incluídas na Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS - Saúde Solidária - a "instituir Conselho Gestor, conforme deliberado pelo CES/RS, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da assinatura do contrato e propiciar condições para o seu funcionamento".

atuou como aliado dos gestores de saúde estaduais, em confronto com os representantes de entidades sociais, no caso do Funafir, e entrou em conflito com os gestores e com representantes de entidades sociais, na discussão dos conselhos gestores em hospitais.

Os dois conselheiros governamentais que mais freqüentaram as reuniões provinham da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais da Saúde (Assedisa), presente em 56 reuniões, e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que compareceu a 43 reuniões. No entanto, os gestores estaduais representados por diferentes dirigentes, que eram também conselheiros, estiveram presentes em 45 das 63 reuniões plenárias realizadas no período. Assim, mesmo que a secretária estadual de Saúde tenha comparecido a apenas 19 reuniões pessoalmente, a gestão estadual esteve representada em mais de 70% (45 em 63) das reuniões no período.

Os 11 representantes de entidades sociais que estiveram presentes a 42 ou mais reuniões pertenciam às categorias de profissionais e trabalhadores de saúde (três); trabalhadores, não especificamente de saúde (três); entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências (três); associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs (um); e igrejas (um). A constatação de que 11 dos 14 conselheiros que freqüentaram pelo menos 42 das 63 reuniões analisadas eram representantes de entidades sociais soma-se aos outros indicadores que mostraram sua importância no Conselho. Ou seja, os representantes de entidades sociais que presidiram por mais tempo o Conselho, que coordenaram a maior parte das reuniões, que integravam e coordenavam a Comissão de Fiscalização eram também os mais assíduos às reuniões plenárias.

Tanto no CNS (Brasil, 2005a) como no CES/RS, esses conselheiros eram os que mais compareciam às reuniões. No entanto, no CES/RS, a possibilidade de esse tipo de representante influir no funcionamento do fórum era maior. A diferença fundamental está no fato de esses conselheiros terem constantemente exercido a presidência da Mesa Diretora do CES/RS, enquanto no fórum nacional isso somente veio a ocorrer em 2007, ao cabo de longo processo de negociação. Aliás, nesse aspecto, ainda hoje, o Conselho gaúcho distingue-se da maioria dos conselhos estaduais cujos presidentes são gestores de saúde (21 em 27 - 78%) (Brasil, 2007).

No entanto, a existência da possibilidade de influir - indicada pela proporção de assentos no Plenário, assiduidade às reuniões plenárias e ordenação de instâncias internas - não implica necessariamente exercício

de influência efetiva sobre o funcionamento do fórum. Já a frequência de intervenções durante as reuniões pode indicar mais acuradamente até que ponto diferentes tipos de conselheiros afetavam o processo decisório do fórum, por meio de sua participação constante nos debates. A análise de uma amostra de 38 reuniões plenárias dentre as 84 realizadas entre 1999 e 2002 (ver nota 3) permitiu verificar, em primeiro lugar, que apenas 49% dos conselheiros presentes (73 em 150) participaram dos debates.

A Tabela 2 mostra o número de intervenções dos 150 conselheiros que compareceram às 38 reuniões analisadas. Excluídos os 77 que nunca intervieram nos debates, restaram 73 que realizaram, ao todo, 1.681 manifestações verbais¹¹ distribuídas entre aqueles que falaram apenas uma vez e 263 vezes. Os representantes de organizações sociais foram responsáveis por 68% do total de intervenções de conselheiros (1.148 em 1.681), e cinco deles estavam entre aqueles que intervieram mais do que cinqüenta vezes. Observe-se ainda que entre os últimos estavam os únicos três participantes que intervieram mais do que cem vezes nos debates, sendo que um deles, sozinho, foi responsável por 16% de todas as falas (263 em 1.681). As manifestações de representantes de órgãos governamentais perfizeram 26% do total das intervenções (437 em 1.681). Dentre os conselheiros provenientes de entidades de mercado, apenas um participou dos debates com frequência: foram setenta intervenções ao longo das 38 reuniões examinadas. É o mesmo conselheiro representante da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, que comparecia com frequência às reuniões. Ele, portanto, também participava dos debates da plenária, em contraste com os demais representantes de entidades de mercado, que não compareciam muito às reuniões e pouco participavam nas discussões.

Após constatar que os representantes de entidades sociais eram não só os mais assíduos, mas os que mais se envolviam nos debates, buscou-se verificar as categorias de conselheiros oriundos de entidades sociais que eram mais atuantes. Dos três participantes com mais de cem intervenções nas reuniões, dois eram representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde, com 263 e 122 falas, e um representante de trabalhadores, não especificamente da área da saúde, com 103 manifestações. Os dois representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde, juntos,

¹¹ Ao todo, foram registradas 1.928 intervenções nas atas, mas 247 delas eram manifestações de não conselheiros (especialistas, convidados, integrantes da Secretaria Executiva).

realizaram 23% de todas as intervenções de conselheiros nas reuniões (385 em 1.681). Observe-se que ambos foram também presidentes da Mesa Diretora, sendo que o segundo foi, inicialmente, vice-presidente, ainda na gestão do primeiro. Essa condição lhes conferia papel preponderante nas reuniões plenárias.

Tabela 2 - Número de intervenções por tipos de conselheiros: sociais, governamentais e de mercado. CES/RS - 1999, 2000, 2001 e 2002

Número de intervenções	Não identificado	De mercado	Governamentais	Sociais	Total
0	27	4	16	30	77
1 a 10	1	1	8	29	39
11 a 20	0	0	2	9	11
21 a 30	1	0	3	4	8
31 a 40	0	0	0	2	2
41 a 50	0	0	0	3	3
Subtotal	29	5	29	77	140
51 a 60	0	0	0	2	2
61 a 70	0	1	1	0	2
71 a 80	0	0	2	0	2
81 a 90	0	0	1	0	1
91 a 100	0	0	0	0	0
101 a 110	0	0	0	1	1
111 a 120	0	0	0	0	0
121 a 130	0	0	0	1	1
131 a 160	0	0	0	0	0
261 a 270	0	0	0	1	1
Subtotal 51 a 180	0	1	4	5	10
TOTAL	29	6	33	82	150

Fonte: Rio Grande do Sul, 1999b, 2006b.

Assim, ao comparar o caso do CES/RS com o do CNS, verificou-se que, embora prevaleçam as similaridades, existem algumas diferenças. Em primeiro lugar, no Conselho Estadual a predominância dos representantes de profissionais e trabalhadores de saúde foi mais explícita do que a verificada no CNS. O fórum estadual foi presidido por representantes de entidades sociais desde a sua criação, em 1994, em contraste com o que aconteceu no fórum nacional, cuja presidência permaneceu como prerrogativa do ministro da Saúde até 2006. A maioria dos presidentes do CES/RS representava entidades de profissionais e trabalhadores de saúde. Além disso, como as reuniões plenárias do Conselho Estadual eram dirigidas pelo presidente da

Mesa Diretora – diferentemente do que acontecia no CNS, no qual existiam diferentes coordenações para cada ponto de pauta –, ampliava-se a influência dos dirigentes do CES/RS sobre o andamento das reuniões. Considerando a coordenação de instâncias internas, o número legal de conselheiros no Plenário, a frequência às reuniões e o número de intervenções, constatou-se que os conselheiros oriundos de entidades sociais e, particularmente, aqueles que representavam profissionais e trabalhadores de saúde tinham grande influência sobre a dinâmica das reuniões.

No CES/RS, como no CNS, os conselheiros governamentais não eram tão atuantes quanto os conselheiros sociais, enquanto o conjunto dos representantes de organizações de mercado pouco participava. Como ocorria no CNS, os conselheiros governamentais, mesmo sendo menos assíduos às reuniões e, no caso do CES/RS, não coordenando o fórum, certamente exerciam influência superior àquela indicada pela presença nas reuniões e cujo número de intervenções poderia indicar. Entretanto, o fato de integrarem a Mesa Diretora lhes conferia possibilidades de intervenção sobre os rumos dos trabalhos do fórum não identificadas no CNS. Outro aspecto diferenciado no fórum estadual era a ação do conselheiro representante de hospitais filantrópicos, comparecendo freqüentemente às reuniões e intervindo constantemente nos debates.

Identificados os tipos e categorias de conselheiros que mais influenciavam as atividades do fórum, a seção seguinte procura caracterizar a dinâmica de discussões no CES/RS. Com esse objetivo, são examinados os temas mais debatidos e o processo que levava à sua inclusão nas pautas de reuniões, tratados aqui como indicadores do modo como se estruturavam as relações entre os atores sociais e estatais no fórum e na arena decisória da área da saúde estadual.

DINÂMICA DAS DISCUSSÕES NAS REUNIÕES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/RS

O controle sobre o processo de formação da agenda de discussões se constitui em um dos principais indicadores referentes à distribuição do poder entre os participantes de um fórum. Diferentemente do Conselho Nacional, no qual a coordenação geral dos trabalhos do Plenário ficava a cargo da Secretaria Executiva, no CES/RS era a Mesa Diretora que os coordenava. Enquanto no fórum nacional a Comissão de Coordenação Geral

(CCG) era a instância responsável pela elaboração da pauta, no estadual a Mesa Diretora acumulava também essa função.

Porém, existiam diferenças na composição das instâncias encarregadas da definição da agenda de debates em cada um dos fóruns. No Conselho Nacional, a relação de temas a serem discutidos no Plenário era elaborada pela CCG, composta, em 2005, exclusivamente por representantes de organizações sociais. No caso, a influência dos gestores não deixava de ser decisiva, tendo em vista a centralidade dos dirigentes federais na formulação e execução da política de saúde, mas era externa ao processo de definição de pautas interno à CCG. No Conselho Estadual, o gestor, além da sua posição central na formulação da política, ocupava assento na Mesa Diretora. Isso permitia que sua influência se exercesse também diretamente sobre a Mesa Diretora. De acordo com uma conselheira,

A pauta é feita pela Mesa Diretora. Na Mesa Diretora está participando também o governo do estado. Aí, quando o governo do estado tem algum projeto, programa ou ação que ele quer implementar, ele passa para a Mesa Diretora, e a Mesa Diretora coloca em pauta. (L. B., entrevista, 1/4/2003)

Houve momentos em que os gestores estaduais impuseram determinados temas e prazos de deliberação, especialmente quando se tratava de questões referentes a planos de aplicação de recursos financeiros e ao financiamento de programas ou ações. Propostas eram apresentadas perto do prazo limite, e a urgência para sua aprovação impedia a apreciação adequada delas pelo Conselho (J. A., entrevista, 23/4/2003; O. J., entrevista, 11/4/2003; R. O., entrevista, 12/5/2003). Observe-se que acrescentar assuntos desse modo na agenda é comum em conselhos municipais de Saúde (Virtuoso, 2004; Gazeta, 2004). Um entrevistado exemplifica essa dinâmica no CES/RS referindo-se à tramitação do Plano Plurianual (PPA):

É obrigatório por lei que seja aprovado no Conselho, mas quando ele chega ao Conselho para ser aprovado é aquela coisa assim: tem que ser aprovado para amanhã. E tu não consegues ler e discutir o PPA como deveria. Daí o Conselho pede para que o governo mande o PPA um mês antes. Mas eles não querem, porque aí dá mais tempo de discussão. (M. D., entrevista, 14/4/2003)

Outra diferença em relação ao CNS refere-se ao modo como nos dois fóruns se constituíam redes de atores articulados que buscavam influir no processo de formulação da agenda. No fórum nacional havia uma forte articulação de representantes de profissionais e trabalhadores da saúde, con-

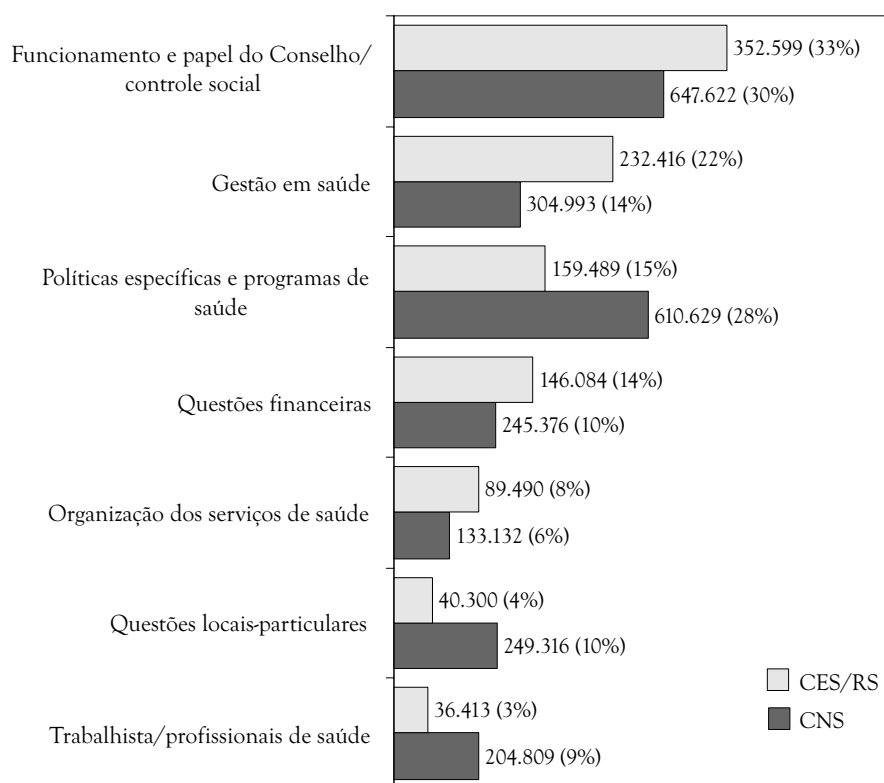
gregados no Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas). A análise das atas das reuniões plenárias do CNS (Brasil, 2005a) mostra que esse fórum, assim como o Ministério da Saúde, em 2005, era um dos principais proponentes de assuntos para debate em Plenário. No CES, os conselheiros provenientes de entidades sociais, e particularmente os representantes de profissionais e trabalhadores de saúde, também eram muito influentes: dirigiam as principais instâncias do fórum, eram muito assíduos às reuniões plenárias e intervinham mais nas discussões que os demais participantes. No entanto, não havia uma entidade ou um espaço publicamente reconhecido de articulação entre eles, como existia no fórum nacional. Possivelmente, os conselheiros que representavam profissionais e trabalhadores de saúde também agiam articulados a outros conselheiros provenientes de entidades sociais no CES/RS, mas não indicavam a consolidação de um padrão similar de ação em rede liderada por essa categoria de participantes, como foi encontrado no CNS.

Para compreender como se estruturavam as relações entre os atores no Conselho, foi caracterizada a dinâmica de funcionamento dos debates no CES/RS. Para isso, foram identificados e classificados os temas em pauta e a frequência com que cada tipo ou categoria de participante intervinha nas discussões sobre cada um deles. A classificação de temas utilizada 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: as 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 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.

Um indicador utilizado para verificar a proporção de tempo que cada tema ocupou no conjunto das 38 reuniões examinadas foi o número de caracteres de trechos das atas dessas reuniões que puderam ser agregados em cada um dos temas. O tempo dos debates pode revelar a importância de cada assunto na agenda do fórum e indicar, portanto, o papel do Conselho no contexto da área. No Gráfico 3, compara-se a importância relativa dos tipos de temas no CES/RS e no CNS.

Gráfico 3 - Número e percentual de caracteres por temas discutidos nas reuniões plenárias. CES/RS - 1999, 2000, 2001 e 2002; CNS - 2005



Fonte: Brasil, 2005a; Rio Grande do Sul, 1999b, 2006b.

Nos dois fóruns, predominavam as discussões sobre funcionamento e papel do Conselho e controle social. A diferença era o tipo de assunto mais discutido quando essa temática estava em pauta. No CES/RS, as intervenções tratavam principalmente do controle social em geral, abordando ques-

tões relativas a conferências, conselhos municipais, conselhos regionais, entre outras, enquanto no fórum nacional discutia-se mais o funcionamento do próprio Conselho.

No CES/RS, em contraste com o que ocorria no CNS, o segundo tema a ser debatido mais longamente (22%, 232.416 em 1.056.791 caracteres) era a gestão em saúde e não as políticas específicas e programas de saúde. Uma das razões para isso é que, apesar do processo de municipalização, os gestores estaduais permaneceram como provedores, contratantes e reguladores dos serviços de saúde financiados com recursos do SUS oferecidos em seus territórios. Além disso, em 2002, época em que o CES/RS foi analisado, apenas 2% dos municípios do estado estavam habilitados na modalidade de gestão plena do sistema municipal, sendo, portanto, responsáveis pela gestão de todos os serviços financiados com recursos do SUS em suas jurisdições territoriais (Brasil, 2006b; N. E., entrevista, 15/4/2003).

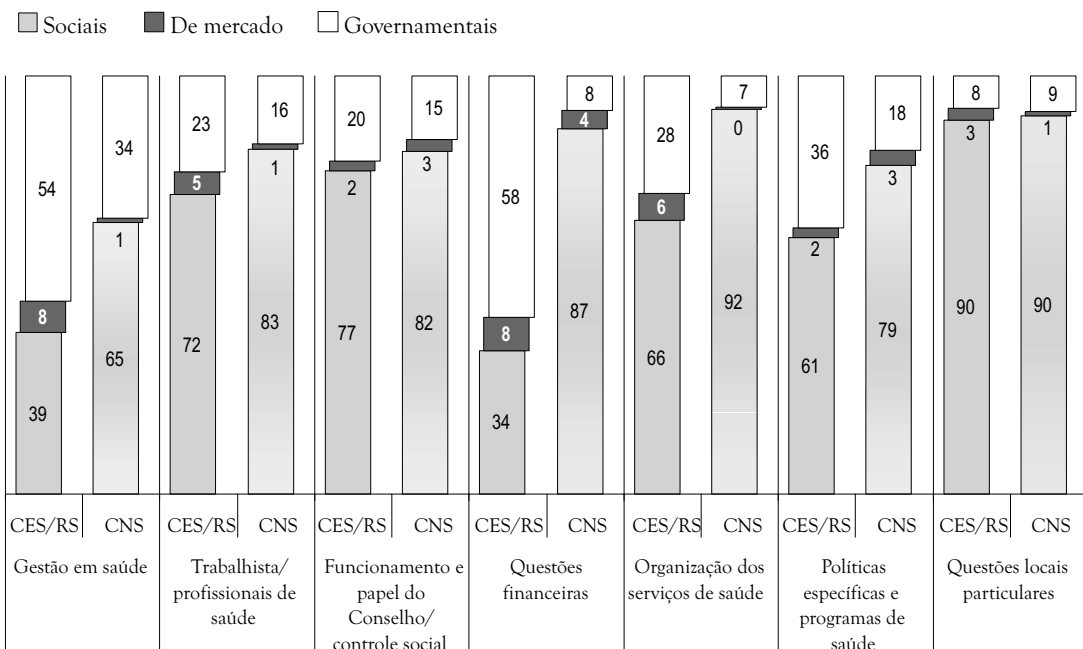
Assim, a gestão dos serviços de média e alta complexidades financiados com recursos do SUS, localizados fora de Porto Alegre – cidade habilitada na gestão plena do sistema municipal e que concentrava a maior parte dos serviços de referência no estado –, estava a cargo do gestor estadual. Não surpreende, portanto, que o tema estivesse entre os mais discutidos no CES/RS, uma vez que o nível estadual de administração era responsável direto pelos serviços oferecidos.

A esfera nacional de administração do SUS era responsável pela formulação de políticas específicas e programas de saúde e pela definição das diretrizes a serem seguidas por gestores estaduais e municipais. Daí a importância dessa temática nos debates travados no CNS. Ao gestor estadual, ao lado de quem atuava o CES/RS, cabia, principalmente, gerir a execução dessas políticas e programas específicos no âmbito estadual. Havia a possibilidade de formulação de políticas próprias, desde que o orçamento estadual assim o permitisse. Tendo em vista a histórica crise fiscal do governo do estado do Rio Grande do Sul, essa possibilidade, no caso, era limitada. Assim, do mesmo modo que para o CNS tratar de políticas específicas e programas de saúde era relevante, pois o fórum atuava em parceria com o gestor federal, para o CES/RS a importância do tema era secundária.

Após verificar quais os temas mais debatidos nas reuniões do CES/RS, passa-se a examinar os tipos de atores que mais se manifestaram sobre cada

uma das temáticas em discussão. O Gráfico 4 apresenta uma comparação entre a distribuição da proporção de tempo que cada tipo de participante despendeu no debate dos temas no CES/RS e no CNS.¹²

Gráfico 4 – Percentual de caracteres por temas discutidos nas reuniões plenárias, segundo o tipo de representação dos participantes. CES/RS – 1999, 2000, 2001 e 2002; CNS – 2005



Fonte: Brasil, 2005a; Rio Grande do Sul, 1999b, 2006b.

No CES/RS, à exceção dos temas ‘questões locais/particulares’ e ‘funcionamento e papel do Conselho/control social’, a predominância dos atores sociais como aqueles que mais longamente se manifestavam não é tão expressiva como o é no fórum nacional. Nos temas ‘gestão em saúde’ e ‘questões financeiras’, inclusive, os representantes governamentais eram os que se manifestavam mais longamente durante as reuniões (54%, 87,436 em 162.611; e 58%, 65.264 em 113.047, respectivamente). Embora os representantes de entidades de mercado pouco se envolvessem nos debates

¹² Nas reuniões do CES/RS é insignificante a participação de não-conselheiros, por isso eles não estão incluídos entre os tipos de participantes cujas intervenções aqui são analisadas.

nos dois fóruns, no CES/RS sua participação é levemente maior quando são tratados exatamente esses dois temas (8%, 12.430 em 162.611; e 8%, 9.174 em 113.047, respectivamente). Assim, no fórum estadual, mais do que no nacional, atores estatais, marcadamente os gestores de saúde estaduais, e mesmo atores de mercado, por meio de um conselheiro representante de prestadores privados de serviços de saúde, participavam ativamente dos debates nas reuniões plenárias especialmente quando o assunto versava sobre esses dois temas. Tal situação está provavelmente relacionada aos debates que cercaram a criação do Funafir e de conselhos gestores nos hospitais credenciados pelo SUS.

Nesta seção foi possível verificar, pela análise de um conjunto de indicadores, quem controlava a agenda de discussões do fórum estadual, que agenda era essa, quais temas mais mobilizavam os atores sociais, de mercado e governamentais a participar dos debates.¹³ No CES/RS, a coordenação geral dos trabalhos do Plenário e do fórum ficava a cargo da Mesa Diretora, formada majoritariamente pelos conselheiros provenientes de entidades sociais, mas na qual tinha assento representante do gestor estadual. Sua presença na instância formalmente responsável pela elaboração da pauta de debates contrastava com o que ocorria no CNS, no qual o papel preponderante na definição da pauta era da CCG, composta apenas por representantes de organizações sociais. No CES/RS, o gestor estadual, além de dispor de capacidade inerente de influir sobre a agenda de debates, como formulador e executor das políticas de saúde naquele nível de gestão, agia diretamente sobre a formação da pauta das reuniões plenárias por meio de seu representante na Mesa Diretora.

No fórum estadual, assim como no nacional, os representantes de profissionais e trabalhadores de saúde eram muito influentes na formação da pauta e no processo decisório do fórum. Mas no CES/RS, a articulação desse tipo de representante com outros atores sociais era menos consistente; não havia um espaço societal de articulação em torno de uma organização de profissionais e trabalhadores de saúde, como o Fentas, nos moldes do que ocorria no CNS.

Havia ainda outra diferença marcante: no CES/RS, e na área da saúde no estado, era possível identificar a presença e a predominância de atores

¹³ Como as atas do CES/RS são mais sucintas que as do CNS, não foi possível classificar os trechos em tipos de intervenção (informativas, questionamento ou esclarecimento etc.).

identificados com o ‘movimento sanitário’. Embora no interior dessa comunidade existissem divisões e divergências eventuais, não ocorriam cisões explícitas e duradouras, como foram identificadas no fórum nacional. Durante a década de 1990 (Côrtes, 1995) e no período analisado, os indivíduos que geriam a Secretaria de Saúde do estado eram membros-chave dessa comunidade de política em nível regional. O mesmo não ocorria no CNS, em 2005. Lá, as divergências entre representantes de profissionais e trabalhadores de saúde, articulados em torno do Fentas, e gestores de saúde, especialmente federais, levaram à constituição de uma nova comunidade de política.

Ao examinar os temas que compunham a pauta das reuniões plenárias do fórum constatou-se que, assim como no CNS, predominavam no CES/RS as discussões sobre ‘funcionamento e papel do Conselho/controlado social’. Diferentemente, no entanto, o segundo tema a tomar mais tempo de debates era ‘gestão em saúde’ e não ‘políticas específicas e programas de saúde’. Isso porque no Rio Grande do Sul, devido à pequena proporção de municípios municipalizados na modalidade de habilitação plena do sistema municipal, o gestor estadual tinha um papel relevante na gestão de serviços, especialmente de média e alta complexidades. Já a discussão de políticas específicas e programas de saúde, tão comum no fórum nacional, era menos freqüente no Conselho Estadual, uma vez que a decisão sobre tais políticas está, em grande parte, fora do âmbito estadual de gestão.

O tema mais discutido nas reuniões plenárias do CES/RS, ‘funcionamento/papel do Conselho e controle social’, teve os conselheiros provenientes de entidades sociais como aqueles que mais longamente debateram assuntos a ele relacionados. Entretanto, sobre os temas ‘gestão em saúde’ e ‘questões financeiras’, a maior parte das intervenções foi de representantes governamentais – e, dentre eles, de gestores estaduais de saúde. Os conselheiros provenientes de entidades de mercado, além de pouco se manifestarem, quando o fizeram, na maioria das vezes, trataram da temática gestão em saúde, principalmente quando o assunto em pauta era a criação do Funafir ou dos conselhos gestores em hospitais credenciados pelo SUS.

A análise da tramitação dessas propostas dos gestores estaduais de saúde, no CES/RS e na arena decisória da área da saúde do estado, é essencial para que se verifique como se estruturavam, no período em exame, as relações sociais entre atores estatais e societários. Serve ainda para que daí se depreenda qual era o papel que o CES/RS desempenhava nessa arena. Tal análise é apresentada na próxima seção.

O PODER NO CES/RS E O PODER DO CES/RS

No CES/RS, assim como no CNS, havia assimetria, no interior do Conselho, no que se refere à capacidade de participar das discussões e deliberações. No entanto, no fórum estadual, além de conselheiros provenientes de entidades sociais muito atuantes, havia conselheiros que representavam gestores e um representante de entidades de mercado que participavam ativamente dos debates. Dentre os representantes de entidades sociais, destacavam-se representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde, os quais, no período, integravam a Mesa Diretora nos cargos de presidente e vice-presidente. Como participantes dessa instância do fórum e coordenadores das reuniões plenárias, atuavam na formulação da agenda de discussões e na formulação de propostas e intervinham em praticamente todos os debates.

No fórum estadual, de modo similar ao que ocorria no nacional, os conselheiros vinculados aos interesses do mercado apresentavam uma posição subordinada, o que se expressava no número relativamente pequeno de representantes de mercado presentes às reuniões e também na sua ausência em instâncias decisórias do CES/RS. No entanto, em contraste com o que foi observado em relação ao Conselho Nacional, no fórum estadual um conselheiro, que representava a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, participou ativamente das discussões, especialmente quando se tratava de assuntos relacionados à gestão em saúde, que poderiam afetar os interesses dos hospitais credenciados pelo SUS.

Os representantes governamentais apresentavam uma posição central no CES/RS, o que ocorria de forma mais explícita do que no CNS. No âmbito federal, os gestores influíam na definição da agenda devido à sua posição central em termos da formulação de políticas, assim como à sua capacidade de construir mecanismos de indução para sua implementação por gestores estaduais e municipais. No entanto, eles não participavam diretamente da instância do fórum – a CCG – que elaborava as pautas das reuniões plenárias. No CES/RS, os representantes dos gestores estaduais, além de exercerem o protagonismo inerente à condição de dirigentes estaduais da área da saúde, participavam da Mesa Diretora e eram os que mais se manifestavam durante as reuniões plenárias, quando os assuntos relacionados a gestão em saúde e questões financeiras estavam em discussão.

Outro aspecto potencializava a influência dos gestores estaduais no Conselho. No período analisado, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio

Grande do Sul (SES/RS) era comandada por uma ex-conselheira, vista como parceira confiável pela maioria dos representantes de organizações sociais que atuavam no fórum. Essa relação de confiança fora construída ao longo de duas décadas de trajetória da secretária. Ela pertencia ao Partido dos Trabalhadores (PT); na década de 1980, representara a Central Única dos Trabalhadores (CUT) em diversas instâncias nacionais da área da saúde; fora secretária municipal de Saúde de Porto Alegre, além de ter sido conselheira do CES/RS, no final da década de 1990. Assim, entre a SES e o Conselho havia uma relação de confiança que levava os conselheiros provenientes de entidades sociais a se alinharem, na maioria das vezes, com as posições do governo. Segundo um entrevistado,

isso foi bastante presente no governo anterior, quando havia quase que uma unanimidade dos usuários em relação ao segmento gestor estadual (...), de apoiar as decisões e políticas que o governo trazia, sem maiores questionamentos. (K. A., entrevista, 7/5/2003)

Se a estreiteza dos laços de confiança entre atores sociais e governamentais, por um lado, favorecia os primeiros, uma vez que havia a boa vontade do gestor em atender às suas demandas; por outro, aumentava o poder de influência dos últimos sobre o processo decisório do Conselho (P. L., entrevista, 1º/4/2003). Isso não significa que não existissem conflitos entre conselheiros representantes de entidades sociais e governamentais. A tramitação, no Conselho, dos dois assuntos que mobilizaram a atenção do representante da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul mostra que, inicialmente, as posições de atores sociais e governamentais eram conflitantes, mas que no final houve uma ação conjunta e articulada.

O motivo de discórdia foi a criação e implantação do Funafir. Participaram da elaboração da proposta desse fundo¹⁴ a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (Assedisa), o Banco do Estado do Rio Grande do Sul (Banrisul) e a Secretaria Estadual de Saúde (Pereira, 2006). Segundo Pereira, o Funafir começou a ser discutido nas reuniões plenárias do CES/RS quando o projeto de sua criação já tramitava na

¹⁴ Inicialmente, o Funafir seria também destinado aos hospitais públicos. Posteriormente, ficou restrito aos hospitais privados sem fins lucrativos.

Assembléia Legislativa. O envio do projeto à Assembléia antes de discuti-lo no CES/RS provocou manifestações de desgosto de conselheiros que representavam organizações sociais.

Os conflitos se acirraram durante as discussões do projeto (Pereira, 2006). De um lado, francamente a favor do projeto, estavam os representantes de gestores de saúde e de prestadores de serviços de saúde; de outro, contrários à aprovação do projeto, posicionavam-se os conselheiros provenientes de organizações sociais, liderados por representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde. Para um destes, o gestor estadual

teve uma posição horrorosa. Ele trouxe o projeto para o Conselho achando que o Conselho tinha que aprovar sem a gente discutir. Na mesma plenária que ele trouxe, ele queria que nós aprovássemos. Saiu dali para ir à Assembléia Legislativa pressionar os deputados a favor da proposta deles. Nós ficamos espantados, porque a gente nunca esperava esse tipo de proposição do gestor que estava entrando. (P. L., entrevista, 1/4/2003)

A última frase demonstra que conselheiros oriundos de organizações sociais tinham a expectativa de que os gestores estaduais, ao assumirem a direção da SES, em 1999, fortalecessem o fórum e, portanto, os atores sociais que nele tinham predominância. A apresentação de um projeto que favorecia os interesses de mercado, e que fora enviado à Assembléia Legislativa sem ser previamente discutido no Conselho, era vista pelos conselheiros oriundos de entidades sociais como uma atitude decepcionante. A oferta de financiamento a baixo custo para hospitais privados e a aliança circunstancial com atores de mercado foram encaradas por esses conselheiros como surpresas negativas.

O representante dos hospitais filantrópicos, identificando as restrições dos conselheiros provenientes de entidades sociais, mas percebendo também a existência de laços políticos entre estes e o PT, procurou acioná-los para facilitar a aprovação do projeto do Funafir na Assembléia Legislativa. Segundo ele, esses conselheiros

não queriam dar dinheiro. Não queriam porque [diziam que] os hospitais não tinham compromisso com o SUS. (...) Nós fomos falar com todos os deputados na Assembléia Legislativa; 55 deputados, inclusive os deputados do PT. Nós fomos lá e explicamos para eles exatamente o que nós queríamos, e eles assopraram para os [conselheiros representantes de usuários e de trabalhadores de saúde] que se não concordassem com a aprovação do Funafir, que pelo menos

não atrapalhassem. Foi difícil, tanto que as discussões passavam ali por um votinho. Eu me articulei, conversava com todas as pessoas. (O. J., entrevista, 11/4/2003)

Como uma espécie de resposta às reclamações dos representantes de organizações sociais, ainda em 1999 os gestores estaduais de saúde propuseram a criação de uma Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS. Segundo Pereira (2006), a política estadual tinha por finalidade propiciar a recuperação financeira, a atualização tecnológica, a formação da rede regional de referência e contra-referência e a reorganização da assistência hospitalar aos usuários do SUS, mas exigia dos hospitais por ela beneficiados um conjunto de contrapartidas (J. A., entrevista, 23/4/2003). Dentre elas, destacava-se a exigência de criação de conselhos gestores. Essa exigência foi acrescentada ao projeto durante sua tramitação no Conselho por iniciativa dos conselheiros provenientes de organizações sociais, vindo a ser apoiada pelos gestores estaduais de saúde. Os representantes tanto da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul como dos gestores municipais, aliados aos donos de hospitais privados nos municípios, foram contrários ao acréscimo da exigência ao projeto. Nesse caso, a cisão entre os conselheiros foi diferente da que ocorreu na tramitação do Funafir. De um lado, a favor da proposta, posicionaram-se os conselheiros oriundos de entidades sociais e os gestores estaduais; de outro, os representantes de entidades de mercado.

A vitória, no Plenário do CES/RS, da proposta que criava os conselhos gestores levou a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul a recorrer ao Ministério Público, o qual obteve, no Poder Judiciário, a revogação da resolução do CES/RS. Resolvia-se desse modo, conforme o representante da federação no Conselho, um problema de “interferência indevida na administração hospitalar” (O. J., entrevista, 11/4/2003). A partir da revogação da resolução do CES/RS, estabeleceu-se uma negociação que substituiu os conselhos gestores por câmaras técnicas, a serem criadas nos conselhos municipais, com a finalidade de fiscalizarem os gastos realizados no âmbito da Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (Pereira, 2006).

Duas constatações podem ser feitas em relação aos debates que cercaram a aprovação do Funafir e a proposta de criação dos conselhos gestores nos hospitais credenciados pelo SUS. A primeira é que, no CES/RS, havia conflitos entre o grupo de conselheiros oriundos de entidades sociais e

governamentais, mas eles não eram profundos. As divergências entre os dois grupos de conselheiros eram eventuais. As trajetórias políticas de dirigentes da SES e lideranças de entidades sociais que atuavam no Conselho apresentavam similaridades e momentos prévios de interconexão que favoreciam o estabelecimento de laços de confiança mútua. Confrontos pontuais não implicavam dissolução desses laços, uma vez que eles compartilhavam idéias sobre princípios e resultados das políticas a serem implementadas. Os gestores tinham preponderância no interior do CES/RS porque detinham as informações e produziam ações de gestão que impunham ao fórum a agenda de debates. Mas para que o resultado das discussões lhes favorecesse, era essencial a aliança com os atores sociais que atuavam no Conselho, os quais controlavam as instâncias decisórias e assessoras do fórum.

A segunda constatação refere-se à situação do Conselho na configuração das relações no âmbito da área da saúde no Rio Grande do Sul. A posição dos atores internamente ao CES/RS não refletia sua posição na arena decisória setorial no estado. Os processos que levaram à aprovação da criação do Funafir e das câmaras técnicas nos conselhos municipais mostraram que gestores estaduais e prestadores privados de serviços ocupavam posições dominantes na rede de política da área, ao contrário do que acontecia no interior do Conselho. Na arena decisória setorial, a possibilidade de o Conselho influir nas decisões sobre políticas de saúde formuladas e executadas em âmbito estadual não dependia unicamente da forma como se estruturaram as relações do fórum e dos atores sociais com os gestores. No âmbito estadual, especialmente no caso de um governo cuja coalizão governante era minoritária no Legislativo, as decisões do Conselho dependiam, muitas vezes, de aprovação dos Poderes Legislativo ou Judiciário. Mesmo que os atores sociais predominassem no processo decisório do CES/RS, as resoluções do fórum dependiam do referendo de outras instâncias políticas legítimas - do Legislativo ou do Judiciário - para se transformarem em ações ou em políticas passíveis de implementação.

O CES/RS participava do processo de construção da sua posição no contexto da política de saúde estadual por meio das relações que estabelecia com os atores, fóruns participativos e órgãos públicos da área. No interior do Conselho houve o estreitamento das relações entre as lideranças de entidades de profissionais de saúde, não médicos; os integrantes dos conselhos regionais de Saúde, cujos representantes no Conselho Estadual eram oriundos de organizações sociais; os representantes de organizações sociais

que atuavam em conselhos municipais de Saúde; e, muitas vezes, os dirigentes da SES. Essa articulação de atores fortaleceu a posição do Conselho no contexto da política de saúde estadual e ofereceu o suporte político para que esses mesmos atores pudessem confrontar as propostas defendidas pelos prestadores privados de serviços de saúde, em aliança com gestores municipais de saúde. Mesmo quando os gestores de saúde estaduais defenderam propostas próximas daquelas apoiadas pela aliança identificada com os interesses de mercado, como no caso do Funafir, no Conselho as posições defendidas pelos atores sociais foram vitoriosas.

No entanto, a comunidade identificada com os interesses de mercado – claramente minoritária e pouco influente no Conselho –, ao ter suas propostas derrotadas no CES/RS, recorria a outros espaços de decisão nos quais obtinha deliberações que se impunham sobre as do fórum. No caso do Funafir, o Poder Legislativo aprovou o projeto, mesmo que o CES/RS houvesse rejeitado a criação desse fundo. No caso dos conselhos gestores, mesmo que os dirigentes estaduais apoiassem a posição majoritária no Conselho, isso não foi suficiente para impedir que o Ministério Público, agindo em nome dos prestadores privados de serviços de saúde, obtivesse na Justiça a revogação da resolução do CES/RS que havia criado esses conselhos.

A principal conclusão desta seção é que, assim como no CNS, a posição dominante dos conselheiros provenientes de entidades sociais no CES não correspondia à preponderância no processo decisório da arena decisória setorial. A dominância no interior do Conselho era o resultado da ação em rede de representantes de organizações sociais, que atuavam nos conselhos estadual, regionais e municipais de saúde, articulados aos dirigentes estaduais de saúde. No entanto, fora do Conselho, as articulações dos conselheiros de mercado com atores-chave nos Poderes Judiciário e Legislativo e com gestores municipais transformavam-se em poder de veto a propostas vencedoras no CES/RS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da dinâmica das relações sociais no interior do CES/RS e da posição do fórum na configuração das relações sociais da área da saúde no estado do Rio Grande do Sul permitiu que se chegasse a três principais constatações. A primeira é que, assim como no CNS, os representantes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e de trabalhadores,

não especificamente da área da saúde, destacavam-se, em termos de assiduidade às reuniões, coordenação de instâncias do fórum e frequência de intervenções. A segunda é que os gestores estaduais tinham muita influência sobre o processo decisório do Conselho. Sua capacidade de influir sobre a formação da pauta e sobre a dinâmica de funcionamento do fórum era maior do que aquela verificada no CNS.

A terceira constatação é que, assim como no CNS, a hegemonia dos atores sociais, no interior do conselho estadual, não se expressava na ocupação de posição superior na arena política setorial do estado. A dominância no interior do Conselho era o resultado da ação de representantes de organizações sociais que atuavam nos conselhos estadual, regionais e municipais de saúde, articulados aos dirigentes estaduais de saúde. No entanto, fora do âmbito do Conselho, as posições de certa forma se invertiam. Os conselheiros de mercado – que exerciam pouca influência sobre o processo decisório do fórum – estabeleciam relações, ou acionavam canais preexistentes de relacionamento, com atores-chave nos Poderes Judiciário e Legislativo e com gestores municipais para impedir que decisões do CES/RS contrárias aos seus interesses fossem implementadas, assim como para garantir que aqueles projetos de seu interesse fossem implementados.

REFERÊNCIAS

- AVRITZER, L. O orçamento participativo: as experiências de Belo Horizonte e Porto Alegre. In: DAGNINO, E. (Org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- BAIERLE, S. G. *Um Novo Princípio Ético-Político: prática social e sujeito nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre nos anos 80*, 1992. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- BANDEIRA, P. *Participação, Articulação de Atores Sociais e Desenvolvimento Regional*. Texto para Discussão 630. Brasília: Ipea, 1999.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 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. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, de 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (Noas-SUS) n. 01/02, de 27 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Atas de reunião. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_08.htm>. Acesso em: jun.-dez. de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil – síntese*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

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. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/habilitacoes/MunicPlenas.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1103>. Acesso em: 20 out. 2007.

COHEN, J. L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 46(3): 419-459, 2003.

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.

GAZETA, A. P. Democracia e participação social: a experiência dos conselhos municipais de Saúde no interior de São Paulo. *Em Tese*, 1(2): 1-19, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1996. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/suppme/analiseresultados1.shtm>. Acesso em: 22 nov. 2007.

PACHECO, E. *Oficina de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/dados/1175536225948contratualizacao_filantropicos.ppt>. Acesso em: 16 dez. 2007.

PEREIRA, E. O. *Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: atores, conflitos e articulações - 1999 a 2002*, 2006. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RIO GRANDE DO SUL. Lei estadual n. 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual n. 11.366, de 31 de agosto de 1999a. Institui o Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados, sem Fins Lucrativos e Hospitais Públicos (Funafir) e dá outras providências.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria Executiva. Atas de reuniões plenárias. CES/RS, 1999b. (Mimeo.)

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Resolução n. 7, de 5 de julho de 2001. Aprova condições para a inclusão de unidades hospitalares na Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS - Saúde Solidária.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria Executiva. CES/RS, 2006a. (Mimeo.)

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Atas de reunião. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=26641>. Acesso em: dez. 2006b.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria Executiva. Lista de presidentes do CES/RS. CES/RS, 2007a. (Mimeo.)

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria Executiva. Instâncias assessoras do CES/RS. CES/RS, 2007b. (Mimeo.)

SARTORI, G. Comparación y método comparativo. In: MORLINO, L. & SARTORI, G. (Coords.) *La Comparación en las Ciencias Sociales*. Madri: Alianza Editorial, 1994.

SILVA, M. K. *A Construção da 'Participação Popular': análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS*, 2001. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

VIRTUOSO, A. A. *A Participação dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de Canoas/RS*, 2004. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ENTREVISTAS

J. A. Entrevista realizada em 23 de abril de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

K. A. Entrevista realizada em 7 de maio de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

L. B. Entrevista realizada em 1º de abril de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

M. D. Entrevista realizada em 14 de abril de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

N. E. Entrevista realizada em 15 de abril de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.

- O. J. Entrevista realizada em 11 de abril de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- P. L. Entrevista realizada em 1º de abril de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.
- R. O. Entrevista realizada em 12 de maio de 2003. Porto Alegre. Transcrita. Arquivos GPPS/UFRGS.