

Capítulo 3

O controle social sobre a política de saúde

Maria Valéria Costa Correia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CORREIA, MVC. O controle social sobre a política de saúde. In: *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 53-86. ISBN: 978-85-7541-522-1. Available from: doi: [10.7476/9788575415221](https://doi.org/10.7476/9788575415221). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/qycmp/epub/correia-9788575415221.epub>.



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/).

O Controle Social sobre a Política de Saúde

O Controle Social sobre o Fundo Público

Em sociologia, a expressão controle social é tratada por diversos autores para designar “os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo” (Carvalho, 1995:9). Mannheim (1971:178) o define como “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”.

O termo é utilizado também por alguns autores para designar o controle que o Estado exerce sobre a sociedade por meio de suas instituições com o objetivo de amenizar, ou mesmo evitar, conflitos sociais. Essas instituições interferem no “cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente” (Iamamoto, 1988:109).

O controle social tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade, como o movimento popular e sindical, políticos, organizações não-governamentais e governos. Mas, com um significado inverso ao exposto, como controle que a população deve ter sobre as ações do Estado, graças ao processo de democratização no Brasil iniciado na década de 80.

Para Carvalho (1995:8), “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Na perspectiva aqui adotada, o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Conseqüentemente, implica o controle social sobre o gasto público.

A lógica do controle social, nesta perspectiva democrática, é justificada da seguinte forma: quem paga indiretamente, por meio de impostos, os serviços públicos é a própria população; portanto, ela deve decidir onde e como

os recursos públicos devem ser gastos, para que tais serviços tenham maior qualidade, sejam eficientes e atendam aos interesses da maioria da população, não ficando à mercê dos grupos clientelistas e privatistas.

O controle social sobre as ações do Estado e sobre o fundo público é de grande importância na sociedade brasileira, pois este último tem se constituído, preponderantemente, “um pressuposto do processo de acumulação” (Oliveira, 1990b:73).

No Brasil, onde há uma restrição da esfera pública simultânea à privatização do fundo público, o exercício do controle social sobre o gasto público estatal é relevante para construção e/ou ampliação da esfera pública. A população organizada, utilizando-se de mecanismos de controle social, poderá interferir para que o fundo público se reverta cada vez mais em gastos sociais com bens e serviços públicos que não buscam o lucro, impedindo, ou ao menos resistindo, a conversão crescente deste fundo público em argamassa para o capital na busca do lucro, ao ser aplicado para beneficiar a rede privada.

O controle social em pauta chama a atenção para as finalidades do gasto público, ou seja, para como está sendo gasto o tesouro do Estado. Coloca a possibilidade de a sociedade organizada ter acesso ao orçamento público, interferindo na destinação dos seus recursos. Trata-se de um processo de democratização do fundo público, “ameaçando o monopólio que as classes dominantes tinham sobre os recursos estatais” (Oliveira, 1995a:8).

Elizabeth Barros (1992:15) conceitua controle social como a “capacidade que a sociedade tem de influir sobre a gestão pública com o objetivo de banir as práticas fisiológicas e clientelísticas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil”. Na mesma direção, Lúcia Silva (1992:4) afirma que o controle social que se deseja é a “permanente prestação de contas dos gastos públicos à sociedade e o envolvimento desta, de forma sistemática, e não apenas conjuntural, com o trato da administração de bens e serviços públicos”.

O controle social sobre ações e recursos do Estado tem como um dos requisitos essenciais o estabelecimento de relações entre Estado e sociedade por meio de canais democráticos de participação social. No Brasil, após o período ditatorial, uma das expressões do restabelecimento dessa relação foi a institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais.

Os mecanismos de controle social são, ao mesmo tempo, resultados do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribuirá para o alargamento da esfera pública e para a consolidação da democracia no Brasil.

O Controle Social na Saúde

O tema da participação na gestão pública surge na segunda metade da década de 70, período crítico da ditadura militar, a partir de experiências no campo da gestão municipal, como a de Lages (SC), e práticas construídas nos movimentos sociais – conselhos populares de Saúde na Zona Leste de São Paulo, Conselho Popular do Orçamento de Osasco, Assembléia do Povo de Campinas, entre outros. Posteriormente, essas experiências participativas se multiplicaram (Daniel, 1994).

Na área da saúde, as primeiras interações dos movimentos populares com o Estado surgem com a experiência dos conselhos populares na Zona Leste de São Paulo, nesse mesmo período.

Hoje, existem dois canais institucionais de participação social na política de saúde – os conselhos e as conferências de saúde –, que são uma conquista do Movimento Sanitário e têm suas raízes na experiência da Zona Leste de São Paulo e na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Essa participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde foi concebida como controle social, ou seja, como intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público.

Arita Bergman define o controle social na saúde como a “fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública. (...) é a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde” (Bergman, 1993:4). A autora considera o controle social como possibilidade de a sociedade civil interagir com o governo municipal para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que atendam às necessidades da população. E aponta, como estratégia para viabilizar o controle social, os canais de participação institucional, entre os quais os conselhos de saúde.

Victor Valla (1993:73) inscreveu o controle social dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos. Com base nas idéias de Poulantzas, afirma que “a proposta de controle social dos serviços contida na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) implica o reconhecimento de que o Estado (...) é a condensação material das relações de forças sociais”.

Dessa forma, o controle social passa a existir, como possibilidade de os movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma que estas atendam às suas demandas, durante o processo de democratização do país, em que a descentralização é tema central, contraposto ao processo de centralização do Estado durante a ditadura.

Afirma Pedro Jacobi (1992:113) que “o tema descentralização tem se tornado cada vez mais fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado na área urbana”. Administrações recentes de esquerda têm mostrado uma proposta de descentralização municipal e têm incrementado a participação municipal dos cidadãos, tornando a administração mais transparente e democrática.

O caráter descentralizado e democrático, com participação da sociedade na política de saúde, expressa as bases de uma nova relação entre Estado e sociedade na realidade brasileira.

O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para se democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política de saúde do município.

Isso não representa, porém, uma via de mão única, pois a descentralização é também uma estratégia do projeto neoliberal. Na medida em que responsabiliza os municípios pela política local de saúde, não repassando os recursos necessários para sua efetivação e diminuindo, assim, a responsabilidade do Governo Federal, as estratégias descentralizadoras estão coerentes com a perspectiva racionalizadora e de redução dos gastos públicos do projeto neoliberal (Correia, 1996a).

Na lógica econômica, a descentralização é uma das medidas a que se recorre para se enfrentar a crise fiscal do Estado, a instabilidade da moeda, o déficit público e a dívida externa. Segundo Amélia Cohn (1994), a lógica econômica tem-se sobreposto à lógica política, segundo a qual a descentralização seria estratégia democratizante do setor saúde.

Na perspectiva da Reforma Sanitária, a descentralização é “entendida como deslocamento de poder”, não só do nível central para o nível local, mas, principalmente, como “um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com movimentos sociais de usuários e de profissionais” (Fleury, 1992:34).

Assim, qualquer proposta de descentralização tem de vir acompanhada de participação social, para que se garanta o seu projeto democratizante. Isso é possível graças ao caráter deliberativo atribuído legalmente ao conselho de saúde, que garante aos setores populares e aos trabalhadores da saúde nele representados um certo poder para interferir na política de saúde descentralizada.

O Controle Social na Relação entre Estado e Sociedade

Para que se entenda como se gestou o controle social na política de saúde brasileira, apresenta-se aqui uma retrospectiva das modificações ocorridas na relação entre Estado e sociedade a partir de 1964, fazendo um recorte particular no setor saúde e contextualizando o controle social, até a institucionalização dos conselhos de saúde. Tal retrospectiva se faz necessária por ser a relação entre Estado e sociedade o lugar da constituição do controle social.

O golpe de 64 mudou a forma de relação com as pressões populares adotada pelos governos anteriores, que as manipulavam de forma corporativa e populista até o limite de seu interesse, para manter a ordem instituída. Houve um rompimento da articulação entre Estado e sociedade que, segundo Sônia Fleury, “foi a condição para que se refizesse o pacto de dominação em termos do tripé composto pelo Estado burocratizado e coercitivo, os monopólios transnacionais e nacionais e o capital financeiro de ambas origens” (Fleury, 1986:92).

O país passou a ser governado por meio de atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, o que caracteriza a forte repressão e controle sobre a população, propensa a manifestações de insatisfação. Assim, o controle social passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade, pois as possibilidades de participação popular foram suprimidas da cena política e as pressões populares, tratadas com repressão. Foi uma época em que os movimentos populares e sindicais se retraíram e em que o movimento de resistência continuou nas ‘catacumbas’. Houve crescente centralização de recursos e decisões, principalmente depois da promulgação da Constituição de 1967 e da Emenda Constitucional de 1969. Incrementou-se a racionalização do aparelho estatal no trato das políticas sociais, o que conferiu maior grau de especialização a cada órgão.

Com o fim do ‘milagre econômico’ e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo, a partir de 1979 inicia-se um período de abertura política em que ressurgem os movimentos populares e sindicais, como as greves do ABC, o ‘novo sindicalismo’, o movimento de mulheres, o movimento pela anistia, o nascimento do Partido dos Trabalhadores e o movimento contra a carestia. Este último “com um discurso anti-estado em escala nacional, como reflexo do corte que se opera entre a sociedade civil e o Estado, que estimula a emergência de diversas formas de resistência” (Jacobi, 1989:140).

O bipartidarismo é substituído por um sistema pluripartidário. As características antiestatais dos movimentos se desenvolveram pela falta ou precariedade de canais de representação impostos pelo governo ditatorial. Ca-

racteriza-se a crise de legitimidade do governo e a “ausência de mediações necessárias entre Estado/sociedade que pudessem embasar o exercício legítimo do poder político” (Fleury, 1986:92).

Tanto Jacobi (1989) como Costa (1989) ressaltam duas vertentes teóricas de análise adotadas pelos movimentos populares nesse período de transição e a prática delas decorrentes. A primeira é a que Costa chama de autonomismo e independência popular, e Jacobi, de paradigma centrado na não-institucionalização. Para esta vertente, o poder não é fundamental, pois ela “tem como preocupação central a criação de uma ‘nova cultura política’ e de novos ‘sujeitos históricos’ a partir do surgimento dos movimentos sociais, que possam romper com a tradição ‘partidista’” (Costa, 1989:51). O Estado é considerado um instrumento monolítico da classe dominante, de caráter autoritário e coercitivo, e o seu sistema institucional é visto como instrumento de repressão e controle dos movimentos populares; por isso, estes assumem uma prática de autonomia e independência “de costas para o Estado”.³⁹

A segunda vertente admite uma interação entre os movimentos populares e o Estado. Considera que o Estado tem um papel importante na reprodução da força de trabalho, por fornecer subsídios mínimos para sua manutenção por meio da implementação de políticas públicas e facilitar o consumo de bens e serviços coletivos pelo trabalhador. Para Cardoso (1983:229-230),

A existência de planos públicos com fins sociais faz com que os Estados contemporâneos, por mais antipopulares que possam ser (e freqüentemente são), implementem políticas sociais. (...) Apesar do funcionamento tradicionalmente autoritário do Estado brasileiro, a implementação das políticas sociais atualmente obriga a algum tipo de inter-relação com a população.

Essa baseia-se em uma concepção de Estado como algo permeado de contradições, não mais como um comitê exclusivo da burguesia mas como uma arena de lutas políticas entre as classes, que, por vezes, atende às demandas das camadas populares.

Jacobi (1989) analisa, em *Movimentos Sociais e Políticas Públicas*, o caráter assumido pelas relações entre Estado e movimento social urbano em torno do saneamento básico e da saúde no período de 1974 a 1984. O autor chega a importantes conclusões, as quais evidenciam a opção dos movimentos sociais pela segunda vertente.

Nesse período, as mudanças conjunturais imprimiram ao Estado contradições e ambigüidades, apesar de suas características centralizadoras e autoritárias. Pelas pressões dos movimentos, o Estado foi forçado a assumir compromissos com as reivindicações populares e a reconhecer o movimen-

to popular como interlocutor. Como exemplo, tem-se o caso das mudanças verificadas na postura do Estado e de seus agentes em interação com a população, por ocasião do redirecionamento de etapas dos planos da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp) e da reorientação de seus investimentos.

Na área da saúde, a intervenção do Estado na melhoria da qualidade da rede e de serviços é decorrente da interação entre a população e a secretaria de Saúde. Assim, o movimento da saúde na década de 70 representa “a emergência de práticas que redefinem as relações entre Estado e população, gerando demandas num espaço que, apesar de regulado pelo Estado, não controla plenamente a sua institucionalização” (Jacobi, 1989:158).

Os Conselhos Populares na Zona Leste de São Paulo⁴⁰ começaram a se organizar em meados da década de 70 e se unificaram num movimento de saúde em 1976, durante a chamada distensão política (1974-1979), ao somar-se à atuação da Igreja a ação de estudantes de medicina e de médicos sanitarristas. Esse movimento inicia-se na época em que a população da periferia paulista sente os efeitos do descaso com o setor saúde, simultâneo ao rápido crescimento populacional. É a partir da gestão de Adib Jatene (1978-82) que esses conselhos ganham força e são, enfim, reconhecidos como interlocutores que representam os movimentos populares; o Estado então reage às suas demandas, investindo na expansão da rede de atendimento básico.

Depois das experiências dos conselhos populares da Zona Leste de São Paulo, configura-se uma nova relação dos movimentos populares com o Estado, que também se expressa nas experiências dos governos municipais do Partido dos Trabalhadores na década de 80, quando os conselhos foram criados como parte da estratégia de democratizar as gestões municipais abrindo “espaços para que as decisões sobre a vida do município passassem pela discussão e pelo controle da população” (Azevedo, 1988:22).

No início da década de 80, em um quadro de profunda recessão, toma vulto o movimento pela democratização do país demandando eleições diretas para a presidência. As pressões políticas desencadeadas por esse movimento resultaram em um governo de transição democrática denominado Nova República, pacto conservador entre as elites políticas, empresários e militares (Fernandes, 1986). Este pacto foi uma estratégia para dar continuidade à expansão do capitalismo monopolista, cuja consolidação havia se iniciado com o golpe de 64, pois os militares precisavam ficar na retaguarda porque a ditadura já não era funcional ao grande capital.

Durante o período de transição democrática (1985-1989), o Estado desenvolveu a função de legitimar o poder instalado sem processo eleitoral direto, tendo, porém, de fazer algumas ‘concessões’ às classes populares.

Como tentativa de responder à efervescência do movimento social iniciado com as ‘Diretas Já’, o governo da Nova República propõe reformas político-administrativas em setores ligados à questão social. Entretanto, as medidas propostas não foram tomadas, o que fez agravar-se o quadro de desigualdades sociais.

A relação entre Estado e sociedade vai mudando na década de 80: com o processo de democratização do país, alguns movimentos sociais admitem negociar com o Estado em torno de políticas públicas e abandonam a posição ‘de costas para o Estado’. Nessa posição de interlocução com o Estado, este passa a ser visto como permeado pelas contradições das lutas políticas entre as classes sociais, o que lhe permite incorporar as demandas das classes populares na implementação de políticas públicas. Tais mudanças na relação entre Estado e sociedade vão implicar a mudança de caráter do controle social. Abre-se a possibilidade de a sociedade, por meio dos movimentos populares e sindicais, interferir nas ações do Estado.

Jacobi sintetiza a análise desse período de transição democrática afirmando que a nova política brasileira coloca em pauta, por um lado, “a reorganização política do Estado e a busca de mecanismos de articulação na sociedade, por outro, exige do movimento social um repensar de sua prática face ao Estado e aos partidos políticos” (Jacobi, 1987:22).

Nessa época, houve uma certa articulação do Movimento Sanitário com o governo da Nova República. O movimento conseguiu, inclusive, inserir algumas de suas propostas em planos oficiais como no Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (IPND-NR), o qual trata a saúde como “direito inerente à cidadania e dever do Estado” e propõe a expansão do sistema de saúde de forma “descentralizada” (IPND-NR, 1986:81). Conseguiu, também, indicar seus representantes para cargos no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Nesse governo, incorporou-se aos textos governamentais um discurso comprometido com propósitos de legitimação sem que, no entanto, se implementassem mecanismos de efetivação deste compromisso, limitando-o à retórica.

O Movimento Sanitário nasceu ainda sob o regime autoritário, na segunda metade da década de 70, congregado ao Cebes. Ele reunia profissionais, intelectuais e lideranças políticas do setor saúde, oriundos, na maioria, do Partido Comunista Brasileiro, o qual, inspirado na reforma sanitária italiana, representava um foco de oposição ao regime militar: buscava a transformação do setor saúde que integrasse um processo de democratização da sociedade (Correia, 1996b). O marco para legitimação das propostas do Movimento Sanitário em torno do Sistema Único de Saúde como alternativa ao sistema vigente foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), reali-

zada em 1986. Houve ampla participação dos setores organizados da sociedade civil, que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não verificada nas CNSs anteriores.

A participação no sistema de saúde foi um dos eixos dos debates desta conferência. A participação social em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (Machado, 1986:299). O controle social do sistema é apontado por Eugênio Vilaça Mendes como um dos princípios orientadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde: “Esse controle deve ser exercido pela sociedade civil organizada mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais e operativas do Sistema” (Mendes, 1986:295). O controle social é apresentado como via imprescindível para a democratização do sistema. Luiz Cordoni Júnior afirma que “a construção de uma democracia real e não meramente formal, na qual a igualdade política se fundamente na igualdade social, exigirá o aprofundamento das conquistas populares, como instrumentos adequados de exercício do poder” (Cordoni Júnior, 1986:307). E que, nesse processo democrático, caberá à prefeitura municipal estar aberta, “em busca de canais de participação do pessoal da saúde” (Cordoni Júnior, 1986:317).

O debate em torno do controle social reaparece nas propostas da VIII CNS/86 e se amplia no processo de preparação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1988. O que existia institucionalizado, até 1987, como canais de participação na política de saúde eram as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), estruturas colegiadas criadas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), de composição meramente institucional: seu objetivo era articular as instituições. Com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds),⁴¹ essas comissões passam a ser abertas à participação da sociedade civil organizada e adquirem o novo papel de ‘gestoras do sistema’. Tal participação da sociedade foi limitada, primeiro, por não ter sido resultado de pressão popular: ela servia, na verdade, para legitimar a Programação e Orçamentação Integrada (POI), instrumento de planejamento da captação de recursos. Segundo, pela fragilidade das organizações populares, que permitiram que o poder público escolhesse os seus próprios representantes.

Na luta pelo espaço da participação popular na área da saúde antes da Assembléia Nacional Constituinte, o jornal da reforma sanitária (*Proposta*, (2), abr.1987) apresenta a participação no ‘controle social’ como um princípio político e doutrinário que deveria nortear a construção jurídico-institucional do sistema de saúde.

O Movimento Sanitário, legitimado na VIII CNS/86, fez *lobbies* no Congresso, durante o processo da Assembléia Nacional Constituinte, pela adesão de parlamentares à proposta do SUS. Nesse processo, travou-se uma árdua batalha entre setores progressistas e setores conservadores, até que se garantissem na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, além dos pressupostos já contidos no Suds: universalização, resolubilidade, hierarquização, regionalização e participação.

A participação da comunidade passa a integrar o item III do artigo 198 da seção II da Constituição Federal como diretriz do novo Sistema Nacional de Saúde. A outra luta empreendida pelo Movimento Sanitário foi para que a regulamentação do SUS incluísse a participação social.

Na década de 80, confrontam-se dois projetos opostos que dão o tom da política da saúde implementada. O primeiro é o projeto do Movimento Sanitário, que “propõe uma profunda reformulação no Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular” (Mendes, 1994:43). O segundo projeto é o neoliberal, que propõe “uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista”, composto, ainda segundo Eugênio Vilaça Mendes (1994), por três subsistemas: o de alta tecnologia, o de atenção médica supletiva⁴² e o público. Assim, temos, de um lado, com a Constituição de 88, a incorporação de muitas propostas do Movimento Sanitário na definição da política de saúde, e por outro lado, antes que esta se concretize, a implementação, na prática, do projeto neoliberal no setor.

Em setembro de 1990, após duras pressões, é publicada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que regulamenta o SUS, definindo atribuições e competências à União, estados e municípios e critérios de financiamento para o setor. Porém, essa lei sofre 25 vetos do presidente da República, exatamente nas questões relacionadas à participação e ao financiamento, as quais, meses depois, são tratadas na Lei Complementar 8.142/90.

É nessa lei federal, em seu artigo 1º, que se regulamenta a participação da população por meio de duas instâncias colegiadas:

I - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis corres-

pondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

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

A imposição legal da criação dos conselhos de saúde como requisito para a municipalização do setor Saúde fez com que estes se multiplicassem. Segundo a pesquisa Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, realizada em 1993 sob a coordenação do Ministério da Saúde, 71% dos conselhos municipais de saúde foram criados a partir de 1991. Em Alagoas o número de conselhos de saúde se ampliou a partir de 1993, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB 01/SUS/93), que impunha sua criação como requisito para a municipalização do setor e conseqüente transferência de recursos federais.

A participação social por meio dos conselhos de saúde é uma realidade no Brasil: eles já existem em 5.201 dos 5.506 municípios e em todos os 27 estados.⁴³

Antônio Ivo de Carvalho, ao analisar esses conselhos, considera que eles “têm uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o inspirou” (Carvalho, 1995:108). Para o autor, os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. Pela possibilidade que os conselhos apresentam de exercer poderes governamentais ou estatais, ele os caracteriza como “espaços contra-hegemônicos (...), distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil” (Carvalho, 1995:111). E os vê como “uma proposta contextualizada em um projeto de reforma democrática do Estado” (Carvalho, 1995:112).

Os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro lado, podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia. Para Ramos (1996:342), a sua mera existência “não garan-

te imediato controle social perfeito, mas é parte de um processo que contribuirá para redefinir a questão das relações público/privado no Brasil, seja na proposição das políticas, seja no controle e avaliação delas”.

O espaço de participação popular nos conselhos é contraditório: pode servir para legitimar ou reverter o que está posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, em que vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; é uma arena de lutas em torno do destino da política de saúde nas três esferas de governo. Nos conselhos de saúde estão presentes diversos interesses: públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais (Correia, 1996b).

O dilema dos movimentos sindicais e populares entre manter uma posição ‘de costas para o Estado’ e interagir com este, que atravessou as décadas de 70 e 80, aflora no período de constituição dos conselhos, quando alguns movimentos, ao serem chamados, negam-se a ter uma participação institucionalizada.

Na IX CNS/92, os movimentos representados posicionaram-se a favor da participação nessas instâncias, desde que, porém, suas ações não se limitassem a esta participação e não perdessem a sua autonomia. Para eles, esses espaços institucionais não se constituíam nos únicos espaços de controle social. Decidiu-se, então, que

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões da saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independentemente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde. (Relatório final da IX CNS/92)

A noção de controle social como controle da sociedade sobre as ações do Estado “passa a exigir a presença de organizações legítimas de representação de interesses de diversos segmentos sociais na formulação de planos e políticas de saúde e no redirecionamento dos investimentos públicos” (Abrasco: Relatório final da oficina de trabalho Incentivo à Participação e Controle Social em Saúde, 1993).

Os conselhos de saúde passam a ser entendidos como uma das formas de controle social das ações do Estado no campo da saúde. São vistos como uma estratégia para se dirigir, cada vez mais, o fundo público da saúde para a produção de bens e serviços de consumo coletivo sem fins lucrativos, atendendo às necessidades da reprodução da força de trabalho, e de contraposição à tendência, atualmente hegemônica, de sua utilização para o financiamento de iniciativas privadas. Segundo Oliveira (1988:9), “o financiamento público contemporâneo tornou-se abrangente, estável e marcado por regras assentidas pelos principais grupos sociais e políticos”.

O conselho de saúde é uma das formas de democratização dos gastos estatais na área da saúde, pois ele pode, legalmente, deliberar sobre aspectos econômicos e financeiros da política de saúde.

Existe um fundo de saúde⁴⁴ em que devem se concentrar todos os recursos repassados para a gestão da saúde pública, em cada esfera de governo. Podemos chamá-lo de fundo público da área da saúde, por condensar os recursos públicos a serem gastos na saúde pública.

A Lei Federal 8.080/90 cria, em seu artigo 33º, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), e a Lei Federal 8.142/90, no artigo 4º, estabelece que para receber recursos do Governo Federal, estados e municípios devem ter fundo de saúde.

Esse fundo concentra as receitas específicas para o setor saúde, permitindo a visibilidade das fontes de receita com seus valores e data de ingresso, das despesas realizadas e dos rendimentos das aplicações financeiras. Isso facilita o controle social e permite a autonomia na aplicação de tais recursos exclusivamente na saúde (FMS/MS, 1994).

O Conselho de Saúde tem, entre suas atribuições:

- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
- Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos. (Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 3/12/92)

Assim, com os conselhos de saúde, abre-se a possibilidade de a sociedade opinar e interferir na destinação dos recursos públicos da área. O espaço dos conselhos pode se tornar um espaço de disputa política, entre os setores organizados nele representados, pelo controle do fundo público da saúde.

Na perspectiva de ampliação da esfera pública, destaca-se, na realidade brasileira, a importância de que existam canais de acesso da sociedade aos gastos públicos, pois verifica-se que, por parte de alguns políti-

cos, a verba pública é usada de forma clientelística, e a população desconhece seus direitos e não denuncia as práticas de favorecimento pessoal.

Na área da saúde, destaca-se ainda mais a necessidade desses canais – os conselhos de saúde – como mecanismos de controle social,⁴⁵ devido, entre outros fatores, à larga utilização dos recursos públicos pela rede privada, gerando lucro e contribuindo para a reprodução do capital. Conforme Paulo Elias, “em 1993, 72,5% do total dos gastos do SUS foram com o setor privado” (Elias, 1996:106), predominando, desta forma, o financiamento da iniciativa privada pelo fundo público da saúde.

Os conselhos de saúde podem se tornar mecanismos democráticos de resistência à mercantilização do setor, na medida em que definam a aplicação dos recursos públicos na própria rede pública, sem fins lucrativos. No mínimo, podem se constituir em mecanismos de acesso, fiscalização e acompanhamento do uso dos recursos, tornando as ações mais transparentes e permeáveis às demandas populares.

A seguir serão analisadas a legalidade, legitimidade e dificuldades dos conselhos de saúde ao exercerem o controle social sobre os recursos da saúde com base no estabelecido na Lei 8.142/90, nas propostas das CNSs (da XVIII à X) e nos termos das NOBs do SUS de 1991, 1993 e 1996.

Os Conselhos de Saúde como Instrumentos de Controle Social sobre os Recursos

Na Lei 8.142/90

Para a concretização do SUS, é necessária a aplicação de seus princípios, dentre os quais destacam-se a descentralização e a participação social, pilares de sua efetivação. A participação social é tratada aqui na perspectiva do controle social sobre os recursos públicos da saúde, que está garantido no arcabouço jurídico institucional do SUS.

Como dito anteriormente, a Lei 8.142/90 formaliza esse controle ao definir que compete ao conselho de saúde, que tem caráter permanente e deliberativo, atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Essa lei garante ao conselho de saúde seu caráter deliberativo. Dessa forma, a sociedade organizada, nele representada em 50% de sua composição, obtém poderes. Amplia-se o caráter democrático do conselho, que torna-se

mais do que uma instância meramente consultiva. O conselho, como órgão do poder Executivo ligado à direção do SUS, delibera fixando diretrizes para a atuação daquela esfera governamental.⁴⁶

A lei, ao mesmo tempo em que garante o caráter deliberativo do conselho, aumentando seu poder e, conseqüentemente, o da sociedade nele representada, restringe tal poder à ‘permissão’ do dirigente do SUS, pois submete as decisões nele tomadas à homologação do chefe do poder legalmente constituído.

No guia de referência para a criação e organização de conselhos de saúde elaborado pelo Ministério da Saúde (1994), lê-se que

nem todas as decisões deliberadas pelo Conselho são passíveis de homologação. Devem ser homologadas apenas as deliberações normativas que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do dirigente do SUS, tais como: questões ligadas à reorganização administrativa, à aprovação do plano de saúde, à fixação de critérios e diretrizes da política de saúde, modificação de programas, prestação de contas etc.

As decisões que tenham caráter de recomendação ou as que promovam diligências não precisam ser homologadas pois, nesses casos, a falta ou demora de homologação poderia prejudicar a atividade de controle e fiscalização que o Conselho desempenha. (Brasil, 1994:31)

A Lei 8.142, ao institucionalizar o conselho de saúde como instância deliberativa, atribuindo-lhe o controle da execução da política de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, mesmo sujeito a homologação do Executivo, abriu os caminhos para o controle social sobre os recursos públicos para a área. O acesso da população e dos trabalhadores da saúde à prestação de contas e às definições da política para o setor é um passo para o seu efetivo controle.

Porém, que o fato de as decisões estarem sujeitas à homologação do Executivo representa o controle por parte deste sobre as decisões do conselho, restituindo o seu poder na hora da ‘palavra final’: o gestor do SUS pode só homologar as decisões de seu interesse, e esquecer as que lhe possam causar ‘problemas’. Mas, o importante é que a gestão fica mais acessível e os impasses que possam acontecer são tornados públicos, o que diminui as possibilidades de o gestor ir de encontro a uma decisão do conselho se não tiver uma justificativa convincente e plausível, pois isso pode ameaçar a legitimidade de sua gestão.

Nas Conferências Nacionais de Saúde

A conferência de saúde é a outra instância colegiada de participação social de que trata a Lei 8.142, que avalia a situação da saúde e propõe diretrizes para a formulação de sua política nas esferas de governo correspondentes.

Mesmo não tendo poder deliberativo como os conselhos, as conferências de saúde têm legitimidade, mobilizam as entidades e organizações da sociedade e os trabalhadores da área nos municípios e nos estados, levando-os, por meio de um processo de eleição na Conferência Municipal e na Conferência Estadual de Saúde, à CNS.

Essas conferências têm cumprido o papel de divulgadoras de informações sobre a política de saúde entre a sociedade e os trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo que, de certa forma, obrigam os gestores a escutar as avaliações e reclamações feitas pela sociedade sobre os serviços de saúde. Constituem-se em canais democráticos e participativos que, além de abrirem espaço para a avaliação, discussão e proposição, no âmbito local, por quem faz, administra e usa os serviços de saúde, permitem a articulação das questões locais com os determinantes gerais da política de saúde. Congregam forças em torno das propostas e lutas para o enfrentamento dos problemas estruturais e conjunturais do setor.

As questões em torno do financiamento e da alocação de recursos têm sido alvo dessas conferências. Elas têm sempre avaliado e proposto meios de reduzir a instabilidade das fontes desses recursos e aumentar o seu montante, e também apontado diretrizes para a sua melhor alocação, protestando contra sua má utilização ou seus desvios.

Assim, pode-se afirmar que as conferências constituem mais um mecanismo de controle social sobre os recursos públicos da área da saúde, visto que o financiamento é um dos eixos de seus debates e proposições em cada esfera de governo. De certa forma, as conferências obrigam os gestores a prestar contas à sociedade de como estão utilizando os recursos destinados à saúde, ao mesmo tempo que propõem a melhor forma de utilizá-los, apontando prioridades para a política de saúde nas três instâncias de governo.

A VIII CNS, realizada em 1986, foi o grande impulso para a legalização do SUS em 1988. Nessa conferência, que reuniu mais de 4.000 participantes de todo o Brasil, a proposta do SUS como um sistema nacional de saúde foi mais bem estruturada, fortalecida e legitimada pela participação dos diversos segmentos sociais. Os temas nela discutidos foram: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.

Entre os aspectos negativos da política de saúde então constatados e que persistem até hoje, destacam-se dois relacionados ao financiamento:

- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, que contribuiu para o seu uso disperso, sem atender às reais necessidades da população;

- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica.

Das propostas em torno da participação e do controle social, destacam-se:

- estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- formação de Conselhos de Saúde nos níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida;
- gerenciamento dos Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada. (Relatório final da VIII CNS)

Dentro do tema do financiamento, em que os pontos polêmicos também continuam os mesmos até hoje, sobressaem-se as questões da descentralização e da relação entre as esferas pública e privada:

- Financiamento/descentralização:
A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que: elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;
estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas regressivas;
garanta maiores recursos aos estados e municípios para que estes desenvolvam seus programas;
reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
estabeleça compromissos orçamentários no nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.
- Financiamento público e privado:
necessidade de fortalecimento e expansão do setor público, a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e o contrato regido sob as normas do Direito Público (...) tendo como meta uma progressiva estatização do setor.
deflagração de uma campanha nacional em defesa do direito universal

à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos;
revisão dos incentivos concedidos à chamada medicina de grupo.
(Relatório final da VIII CNS)⁴⁷

Apesar das mudanças conjunturais ocorridas desde a realização da VIII CNS/86, alguns problemas estruturais continuam existindo e são pauta das duas conferências posteriores, a IX CNS/92 e a X CNS/96. Foram incluídas várias diretrizes no arcabouço jurídico legal do SUS, com base nas propostas da VIII CNS. E mediante as novas configurações da política de saúde, novas propostas foram apresentadas nas duas conferências subseqüentes.

A IX CNS/92 aconteceu em uma conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor. Adiada por quatro vezes, a conferência realizou-se após a substituição do ministro da Saúde Alcení Guerra por Adib Jatene, como uma estratégia de legitimação do governo. Mas, apesar do manifesto respeito pessoal pelo novo ministro, os participantes da IX CNS não hesitaram em contestar a política implementada pelo Governo, ao mesmo tempo em que se manifestaram a favor do *impeachment* do presidente.

O tema da IX CNS foi Saúde: municipalização é o caminho, e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das leis orgânicas da saúde e do fortalecimento da descentralização e do controle social.

Dentre as propostas acerca do controle social, principalmente sobre os recursos da saúde, destacam-se:

- os Conselhos devem elaborar, apreciar e aprovar os planos municipais de saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas privadas, que sirvam apenas como instrumento de captação de recursos;
- os Conselhos devem aprovar as diretrizes orçamentárias, fiscalizar o repasse, avaliar a aplicação dos recursos e apreciar relatórios de gestão dos fundos;
- aos Conselhos deve ser garantido o acesso a todas as fontes de dados e informações da administração sobre a questão financeira da Seguridade Social e vigilância epidemiológica;
- os órgãos governamentais e o setor privado contratado ou conveniado devem ser obrigados a prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competências dos Conselhos, fornecendo, inclusive, estudos e assessoria técnica;
- à população deve ser garantida a transparência nas administrações, bem como seu acesso às seguintes informações: quem recolhe tributos e contribuições sociais, quanto e quando recolhe, quanto é orçado, quanto é repassado, quando foi gasto e onde, e se as autorizações de gasto estão de acordo com o planejado;

- deve-se agilizar o processo de municipalização, submetendo-o a uma avaliação permanente e ao controle social;
- devem-se controlar, por meio dos Conselhos – em todos os níveis – os planos privados de saúde;
- devem-se elaborar planos estaduais e municipais de investimentos, ascendentes, aprovados pelos Conselhos de Saúde, que deverão apontar as prioridades na alocação dos recursos financeiros disponíveis, acabando com o clientelismo na destinação destas verbas, sejam elas federais, estaduais ou municipais. Os Conselhos de Saúde, em cada nível de gestão, devem analisar periodicamente as contas do SUS, publicando a cada 3 meses uma análise das mesmas, em linguagem acessível aos usuários. (Relatório final da IX CNS)

Observa-se que essas propostas detalham as atribuições dos conselhos estabelecidas na Lei 8.142, fortalecendo seu papel de controle social sobre a política de saúde e, em especial, sobre os recursos da saúde.

Outros dois pontos importantes são contemplados nas deliberações da IX CNS, em relação a alterações na Lei 8.142. O primeiro diz respeito à composição dos conselhos: propõe-se, além da paridade entre usuários e os demais segmentos, uma composição de 25% de trabalhadores da saúde e 25% distribuídos entre governo e prestadores de serviços. A resolução 33 do CNS/92, que aprovou o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, incorporou essa composição proposta pela IX CNS. Em sua prática, depois da publicação dessa resolução, a maioria dos conselhos constituídos tem obedecido aos percentuais nela estabelecidos.

O segundo ponto está relacionado à necessidade da homologação das decisões do conselho pelo Executivo, de que já tratamos. Propõe-se “que seja acrescentado ao parágrafo 2º do art. 1º da Lei 8.142: ‘as decisões retornam ao Conselho para apreciação e decisão caso não sejam homologadas pela autoridade competente’” (Relatório final da IX CNS:35). Essa alteração seria um meio de impedir o descaso do gestor para com as deliberações do conselho, rompendo com o limite imposto ao seu poder deliberativo. Porém, essa proposta de alteração legal não foi, até o momento, efetivada, nem recomendada em resoluções do CNS.

No tocante à descentralização e ao financiamento da saúde, na IX CNS foram feitas algumas constatações e propostas em torno de problemas que ainda perduram. Entre as constatações, destacam-se:

- A partir de 1989 houve uma redução das receitas do setor saúde, em termos dos gastos em saúde das três esferas de governo e no que se refere às receitas de saúde no âmbito do Orçamento da Seguridade Social;

- O Governo Federal não dá prioridade ao setor saúde. Isto se verifica pela retração dos gastos públicos federais em saúde no período de 1989-92. Verifica-se também a queda da participação do setor na distribuição dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, que de 30,31%, em 1989, passou a 23% em 1990 e 1991, e a 22% em 1992. (Relatório final da IX CNS:28)

Dentre as propostas, ressaltam-se as que exigem o cumprimento das leis orgânicas no que diz respeito ao repasse de recursos:

- promover a imediata regulamentação e aplicação do artigo 35 da Lei 8.080/90;
- rever os critérios de transferência federal de recursos, os quais devem obedecer aos princípios definidos na Lei 8.080. Enquanto esses critérios não forem regulamentados, devem ser buscadas alternativas, preservando as diretrizes legais definidas e garantindo, no mínimo, no repasse global e automático, a manutenção da rede hospitalar e ambulatorial, a partir de série histórica de gastos dos estados e municípios, além dos investimentos, das ações de saúde coletiva, bem como para os novos serviços executados diretamente pelos municípios;
- delegar poderes ao Conselho Nacional de Saúde, para no prazo de até 60 dias após a publicação deste Relatório, definir instrumentos que operacionalizem de maneira mais ampla e objetiva os critérios de partilha legalmente estabelecidos pela Lei 8.080;
- promover a aplicação imediata do artigo 3º da Lei 8.142 que define que, até a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, o repasse dos recursos seja efetuado por critério populacional, sendo que 70% devem ser destinados aos municípios e 30% aos estados;
- assegurar o cumprimento do artigo 33 da Lei 8.080, que estabelece a obrigatoriedade dos fundos nacional, estadual e municipal de saúde;
- garantir a transferência de recursos para a saúde aos estados e municípios e, ao mesmo tempo, a democratização da gestão de recursos da Seguridade Social. Todo o orçamento do Ministério da Saúde deve ser centralizado no Fundo Nacional de Saúde. A transferência de recursos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde deve ser feita de forma regular e automática, vinculada à existência de Conselhos na forma da lei;
- destinar de 10 a 15% dos orçamentos fiscais de cada esfera de governo (União, Estados e Municípios) exclusivamente para a área da saúde, com acompanhamento da execução orçamentária pelos respectivos Conselhos, bem como destinar pelo menos 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde. (Relatório final da IX CNS, 1993:26)

Esta última proposta transformou-se mais tarde na Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, dos então deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, a qual, por sua vez, foi apoiada na X CNS/96. As demais propostas reafirmam a necessidade de maior explicitação dos critérios de transferên-

cias de recursos para estados e municípios, além de exigir o cumprimento das leis que regem a saúde.

Na relação do SUS com o setor privado, a IX CNS reafirma seu caráter complementar ao sistema público e incumbe os conselhos de controlá-lo na esfera municipal:

Os municípios devem exercer o controle sobre o setor privado conveniado e contratado, considerando seu papel complementar no SUS; os Conselhos Municipais de Saúde devem rever os atuais convênios e definir critérios para o estabelecimento de novos, condicionados ao esgotamento da capacidade instalada da rede pública. (Relatório final da IX CNS, 1993:26-27)

Essa proposta, aliada à de “definir prioridades de trabalhos de acordo com as necessidades, revertendo a lógica de mercado e o modelo individualista, curativo, biologicista, especializado” (Relatório final da IX CNS, 1993:27), contribui para a consolidação de um serviço público, ao priorizar a alocação de recursos na ampliação e qualificação de sua rede. É importante que os conselhos supervisionem o caráter complementar da rede privada nos limites do extremamente necessário, resistindo, assim, à lógica de mercado, que tende a alocar recursos na rede privada, a qual visa ao lucro.

A X CNS foi realizada em setembro de 1996,⁴⁸ com o tema Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida. Nas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e apresentaram-se experiências concretas em que o SUS estava dando certo. A conferência reuniu aproximadamente 3.000 participantes, entre os quais 1.260 delegados de todos os estados brasileiros. A tônica de seus debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo e o conseqüente desmoronamento do SUS. Nela, decidiu-se

Rejeitar políticas e iniciativas de privatização ou terceirização que, a pretexto de ‘enxugar’ o aparelho estatal, reduzem investimentos e limitam o alcance das políticas públicas. Por isso, os participantes da X CNS consideraram ser obrigação do Estado a formulação e implementação de políticas sociais que garantam ao cidadão o exercício de sua cidadania plena. Defenderam ainda, o combate ao perverso projeto neoliberal e à implantação do Estado Mínimo, que privatiza as políticas públicas e deixa os direitos humanos à mercê das leis do mercado, através da construção de um Estado que garanta os direitos conquistados pelo povo brasileiro. (Relatório final da X CNS, 1996:15)

Muitos dos problemas expostos na VIII CNS/86 ainda perduram, como a falta de transparência na utilização dos recursos para a saúde e o maior

percentual de recursos financeiros do SUS para o setor privado, em detrimento do setor público, com sua conseqüente desvalorização. Outros problemas já apontados na IX CNS/92 em relação à lógica do financiamento por produção de serviços – incompatível com os princípios do SUS – e em relação à indefinição de fontes de financiamento e de critérios para repasse dos recursos do SUS também reapareceram na X CNS/96. As propostas em torno desses problemas também se repetiram, porém, com um maior detalhamento e algumas inovações. O cumprimento das leis 8.080 e 8.142 e a regulamentação do artigo 35 da primeira continuaram em pauta, como também a defesa da Reforma Tributária baseada nos princípios de redistribuição. Foram acrescentadas várias propostas para o aumento da receita da saúde por novas fontes, e denunciado o desvio de recursos da seguridade social para outros fins.

A aplicação de recursos públicos no setor privado e a conseqüente privatização da saúde foram mais veementemente combatidas nesta X CNS. Entre as propostas apresentadas, destacam-se:

- considerar a saúde como um bem inalienável que não pode ser tratado sob a ótica mercantil. Nesse sentido, é inaceitável que as ações e os serviços de saúde sejam submetidos às leis do mercado capitalista, e é imperativo recuperar a dimensão ética das políticas públicas;
- defender a substituição progressiva dos serviços privados complementares do SUS por serviços públicos de saúde, como forma de garantir a hegemonia do setor estatal, a equidade e a universalidade da atenção integral à saúde;
- impedir, através dos governos, dos gestores do SUS e dos Conselhos de Saúde, que o setor privado interfira ou controle o financiamento do SUS;
- reafirmar o princípio contra a privatização da Saúde. Para tanto, é necessário que os Governos Federal, Estaduais e Municipais mantenham a sua responsabilidade de financiar o SUS e que seja combatido o repasse de verbas e unidades de saúde públicas para a assistência médica privada, inclusive de categorias dos servidores públicos civis, militares e funcionários de estatais. (Relatório final da X CNS:17)

Quanto ao controle social, as propostas da X CNS foram mais incisivas, definindo com mais precisão a atuação do conselho sobre os recursos da saúde. Entre elas, ressaltam-se:

- Os Conselhos de Saúde têm poder deliberativo sobre a aplicação dos recursos destinados à área da Saúde. Devem, portanto, aprovar a proposta orçamentária anual, bem como aprovar e acompanhar a execução orçamentária. Para subsidiar essas ações deve ser criada, nos Conselhos de Saúde, uma Comissão Permanente de Acompanhamento do Processo Orçamentário;

- Os Conselhos de Saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas, bem como solicitar auditorias especiais ao Tribunal de Contas ou ao Sistema Nacional de Auditoria, caso sejam constatadas irregularidades;
- O Conselho Nacional de Saúde deve tomar as medidas necessárias para a criação de legislação que permita a quebra do sigilo bancário das contas dos Fundos de Saúde e de seus administradores a partir de solicitação dos Conselhos de Saúde, quando forem constatadas irregularidades;
- O Ministério Público deve fiscalizar a União, os estados e municípios no que se refere à Saúde, fortalecendo os Conselhos de Saúde, a instituição e viabilização do funcionamento dos Fundos de Saúde, para que exista a devida transparência tanto no repasse como na utilização dos recursos financeiros;
- Os Tribunais de Contas devem aumentar o rigor na fiscalização do SUS, para evitar desvios de recursos e fraudes, bem como encaminhar cópia das inspeções aos Conselhos de Saúde, para conhecimento e tomada de providências;
- Todos os gestores do SUS, tendo como poder deliberativo o respectivo Conselho de Saúde, devem estabelecer o planejamento e orçamento ascendente, compatibilizando as necessidades da Política de Saúde com a disponibilidade de recursos e prevendo recursos suficientes nas respectivas propostas orçamentárias. Dessa forma, democratiza-se a gestão financeira pela adoção do planejamento participativo na definição de prioridades e inicia-se a construção do orçamento participativo que deve envolver, além do Conselho de Saúde, os trabalhadores em Saúde e os movimentos sociais. (Relatório final da X CNS, 1996)

O grande número de propostas em torno do controle sobre os recursos públicos da saúde demonstra a preocupação e dificuldade dos conselheiros em exercê-lo, diante das restrições ao acesso ao setor que cuida das finanças das secretarias estaduais ou municipais de Saúde. Os recursos, apesar de serem públicos, são tratados com um certo sigilo, como se fossem privados. Tornam-se a ‘caixa preta’ ou a ‘caixa de segredos’, à qual só tem acesso quem entende de finanças; ninguém sabe ao certo o montante de recursos que chegam e como são gastos. Os códigos e tabelas são incompreensíveis e as contas apresentadas, aprovadas sem o necessário entendimento por parte dos conselheiros. O controle sobre os recursos da saúde tem sido um desafio para os conselheiros que, apesar de terem a função de deliberar sobre os aspectos econômicos e financeiros, ficam ‘amarrados’ pela falta de transparência de muitos gestores e pela dificuldade de entendimento contábil.

A existência dos fundos de saúde, ou seja, de contas específicas para os recursos a serem utilizados no setor, separadas da conta geral do estado e/ou do município, já é uma vantagem, pois facilita a fiscalização de sua movimentação. Mas, sua mera existência não é suficiente, pois os recursos podem ser removidos para outros fins, se não houver o acompanhamento por parte do conselho ou de outros órgãos que têm esta competência.

Entre as propostas de controle social sobre as finanças, surgiram, na X CNS, algumas em torno do orçamento participativo para a saúde. Por meio deste, o conselho participaria não só da fiscalização da alocação do montante destinado à saúde, como também da própria elaboração do orçamento. Algumas experiências desse tipo têm sido implementadas com sucesso em gestões democráticas.

O orçamento participativo⁴⁹ requer que a análise, a discussão dos problemas e a identificação de soluções sejam feitas coletivamente, com a participação da comunidade interessada. Requer, também, transparência do gestor e negociação entre os setores envolvidos. Foi esse o mecanismo de elaboração de orçamento para a saúde proposto na X CNS.

As propostas das conferências de saúde, apesar de estas não terem caráter deliberativo, têm orientado a organização e o desenvolvimento das atividades cotidianas de muitos conselhos, pois expressam o resultado de uma avaliação nacional do SUS pelos seus atores mais importantes, constituindo-se, conseqüentemente, em propostas legítimas.

Nas Normas Operacionais Básicas do SUS

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) elaboradas na área da saúde tiveram sempre o papel de normatizar o processo de descentralização, substituindo, na prática, a regulamentação do repasse de recursos, ou seja, a regulamentação tão reivindicada no artigo 35 da Lei 8.080. No entanto, essas normas têm alterado o sentido da referida lei, distorcendo a idéia de descentralização formalizada e outros princípios do SUS.

A primeira NOB do SUS foi elaborada pela tecnocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), em janeiro de 1991, e reeditada em julho desse mesmo ano, incorporando algumas sugestões do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). Seu objetivo era, por meio do Inamps – responsável pela implantação da nova política de financiamento do SUS –, “normatizar os repasses financeiros, automáticos e regulares para a cobertura da assistência à saúde, aos Estados, Distrito Federal e Municípios até que seja regulamentada a aplicação de critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080”.

Esta NOB constituiu-se de três pontos básicos: o financiamento do SUS pelo orçamento do Inamps; acompanhamento, controle e avaliação; disposições gerais. Os conselhos de saúde estão inseridos no segundo ponto, com a atribuição de

aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangência, e de atuar na formulação da estratégia de controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde. (NOB 01/SUS/91)

Os conselhos de saúde tiveram seu papel de controle sobre os recursos repassados às esferas estadual e municipal bem definido quando foram incluídas no item de acompanhamento, controle e avaliação da NOB/91. Porém, na realidade os recursos de investimentos em saúde, que segundo essa norma deveriam ser pleiteados de acordo com os planos de saúde aprovados nos conselhos de saúde, foram liberados em 1991 e 1992, salvo raras exceções, por solicitação de deputados e senadores, não obedecendo a qualquer critério técnico de necessidade e prioridade (Oliveira Júnior, 1992). Por sua vez, Gilson Carvalho (1992) mostra que a prática do Congresso Nacional na aprovação da Lei Orçamentária sempre foi a de pulverizar recursos de investimentos em saúde pelos municípios, com base em critérios clientelistas: só no ano de 1991, 4/5 destes recursos do Ministério da Saúde já vieram ‘carimbados’ na Lei Orçamentária, ou seja, com destinação previamente definida em negociações de parlamentares.

Segundo esse autor, o essencial da proposta de financiamento do Governo Federal contemplada na NOB/91 foi o pagamento por produção de serviços, tanto do setor público como do privado contratado. O estabelecimento de uma relação de compra e venda de serviços entre o Inamps e as esferas subnacionais reitera a velha prática convenial, em que os municípios são prestadores e a gestão do SUS continua muito centralizada no nível federal. Assim, o sistema de transferência de recursos às esferas estaduais e municipais de governo, instituído com essa norma, fere tanto os princípios descentralizadores como os critérios de partilha dos recursos⁵⁰ estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde.⁵¹

A segunda NOB instituída foi a de 1993, aprovada pela portaria nº 545 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 1993, quando Jamil Haddad assumiu a pasta.⁵² A referida portaria define que a NOB/93 “regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde”.

A NOB/93 nasce em uma conjuntura favorável ao processo de descentralização. Em dezembro de 1992, o Movimento Municipalista de Saúde⁵³ consegue indicar um de seus membros para um dos postos mais estratégicos do Ministério da Saúde, o Departamento do SUS.⁵⁴ Nessa época, o SUS era concebido como um simples departamento da estrutura do Ministério da Saúde, dentro da perspectiva contrária à sua unificação e descentralização vigente no governo anterior. Logo depois, foi constituído pelo Ministério da Saúde um grupo técnico para a condução da política de descentralização, denominado Grupo Especial de Descentralização (GED), com participação formal do Conass, Conasems e CNS (Goulart, 1996).

O GED conduziu a proposta de descentralização do Ministério da Saúde elaborando um documento – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei – que foi discutido por vários setores da área da saúde e posteriormente transformado na NOB 01/SUS/93, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Outro fato importante para o impulso do processo de descentralização, anterior à NOB/93, foi a realização, em agosto de 1992, da IX CNS –, que, com o tema Saúde: municipalização é o caminho, provocou nas suas etapas municipais e estaduais uma ampla circulação de informações sobre a municipalização da saúde e o controle social. Nesse período ficou em evidência a luta organizada em defesa do SUS e dos seus princípios por parte dos secretários municipais de Saúde congregados no Conasems e nos respectivos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), que são suas coordenações estaduais. Eles se envolveram em todos os processos que impulsionaram a municipalização e tornaram-se seus atores protagonistas, inclusive quando o presidente nacional da entidade coordenou a IX CNS.

A NOB/93 regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do SUS e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

A portaria do Ministério da Saúde que institucionaliza essa NOB considera que “a construção do SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, e orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade” (Portaria nº 545, de 20/05/93). Observa-se, no conteúdo dessa portaria, que a descentralização deve ser submetida ao controle social.

O texto da NOB/93 inclui entre seus pressupostos que a descentralização implica, entre outros requisitos, controle social, e que o estabelecimento de uma nova prática na saúde “requer a existência e funcionamento regular dos conselhos de saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social”.

Os conselhos de saúde são tratados de forma especial no item 2 dessa NOB, como foros deliberativos do gerenciamento do processo de descentralização. Tal gerenciamento tem como eixo o planejamento integrado em cada esfera de governo com foros de negociação, que são as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), e foros de deliberação, que são os conselhos de saúde. As comissões intergestores são instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Os conselhos estadual e municipal são considerados como instâncias permanentes e deliberativas que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual e municipal de saúde respectivamente, com composição e atribuições previstas em lei estadual e municipal, observando o disposto na Lei 8.142, de 1990 (NOB 01/SUS/93).

Apesar das atribuições das comissões intergestores e dos conselhos estarem bem definidas e diferenciadas na NOB/93, na prática tem havido uma confusão de papéis. Algumas CIBs têm desempenhado o papel deliberativo, atribuição dos conselhos, em aspectos que não são apenas técnico-operacionais.

Essa confusão de papéis foi ponto de discussão da X CNS. Suas propostas expressaram a necessidade de se definirem, com clareza, as competências e os objetivos das CIB e das CIT, particularmente no que diz respeito à sua relação com os conselhos de saúde. Naquela conferência, ficou definido que essas comissões deveriam:

- funcionar como fóruns permanentes de discussão, negociação, pactuação e implementação da descentralização, regionalização e hierarquização, de acordo com estratégias definidas pelos respectivos conselhos de saúde;
- ter atuação restrita a aspectos técnico-operacionais, com abertura das reuniões à participação de conselheiros, na qualidade de ouvintes, e divulgação prévia de cronograma e pautas;
- submeter as questões de Política de Saúde ao controle social dos Conselhos de Saúde, que têm poder deliberativo. (Relatório final da X CNS/96:25)

O fluxo decisório abordado na NOB/93 requer uma articulação dinâmica entre esses foros, que atribua aos conselhos a decisão máxima em cada esfera de governo:

Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso

alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução. (NOB/SUS 01/93)

O Conselho Nacional de Saúde é a instância máxima de deliberação no caso de haver impasses na esfera do SUS. O problema que se coloca é saber o que é operacional no SUS – e deve, portanto, ser tratado pelas comissões intergestores – e o que não é.

Outro ponto importante que essa norma introduziu, quando determinou que o financiamento das atividades ambulatoriais e hospitalares com recursos da União passa direta ou indiretamente pela aprovação dos conselhos, foi a possibilidade de os conselhos controlarem o que é repassado à rede privada: tanto a programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais, que é produto de negociações na CIB, deve ser aprovada pelos conselhos municipais e referenciada pelo conselho estadual, quanto os critérios de programação dos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) devem ser aprovados pelos conselhos de saúde (NOB 01/SUS/93).

Vale destacar que, na NOB/93, o pleno funcionamento dos conselhos é requisito para a descentralização em qualquer condição de gestão. Pois nas três condições de gestão do processo de municipalização – incipiente, parcial e semiplena –, o município deve “dispor de Conselho Municipal em funcionamento comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões” (NOB 01/SUS/93). Em função desse pré-requisito, os conselhos de saúde se multiplicaram em todo país a partir de 1993.

Apesar do grande impulso ao processo de municipalização dado a partir dos processos de discussão que antecederam e culminaram com a NOB/93, esta apresenta limites e contradiz o definido nas leis orgânicas da saúde, no que diz respeito à distribuição de recursos ainda pautados pela produção de serviços.

Mendes (1996:198) observa que a NOB/93 “não obedeceu às determinações legais contidas na Lei 8.080/90 no que concerne à distribuição dos recursos e não se preocupou em instituir mecanismos que levassem à equidade”. Segundo ele, os resultados dessa NOB são questionáveis no concernente à equidade, por utilizar a produção de serviços e os valores médios históricos como critérios distributivos centrais, que são regressivos “porque são determinados pela capacidade instalada existente, a qual, por sua vez, decorre da concentração relativa do poder político e econômico. O resultado disso tudo é um sistema iníquo, entre estados e intra-estados” (Mendes, 1996:198).

A NOB/93 não contempla a modalidade de gestão plena, apenas a prevê por causa da forma de repasse de recursos adotada, por teto de produção. Para se alcançar a gestão plena é preciso passar do critério de pagamento por produção para o critério populacional (*per capita*). Ao limitar-se ao repasse pela velha lógica de produção de serviços, essa NOB transforma estados e municípios em meros prestadores de serviços. Porém, com o decreto presidencial fundo a fundo, publicado em 30/08/94, facilitou-se o repasse direto dos recursos do FNS para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).⁵⁵

Conforme Franco (1997), em fins de 1994 foram habilitados na condição de gestão semiplena os primeiros 24 municípios, que passaram a assumir a gestão de todos os serviços assistenciais e algumas ações de vigilância à saúde e a receber seus recursos diretamente do FNS, de acordo com o teto previamente definido nas CIBs.

Assim, com a NOB/93 introduziu-se, como forma de financiamento, a programação das atividades para a gestão semiplena. Segundo texto do Conass,⁵⁶ os 102 municípios habilitados na gestão semiplena até 1996 demonstraram grande capacidade na gestão, na mudança do modelo assistencial e na efetiva participação da comunidade, por meio dos conselhos de saúde.

A última NOB/96, publicada na sua primeira versão em 2 de setembro de 1996, foi ponto de discussão e polêmica durante a X CNS, que se realizou de 2 a 6 de setembro de 1996. A primeira crítica referia-se à data de sua publicação, às vésperas do maior evento nacional de saúde, o que não permitiu que suas propostas fossem incorporadas ao texto legal. A X CNS determinou um prazo de 60 dias para que a NOB/96 fosse revista, e suas deliberações a ela incorporadas. Essa NOB foi republicada, em sua nova versão, no Diário Oficial da União em 06/11/96, e só entrou em vigor em 15/05/97.

A NOB/96 “tem por finalidade primordial promover, consolidar e aperfeiçoar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes” (NOB 01/SUS/96). Com base na avaliação do estágio da descentralização do SUS, a NOB/96 começou a nascer em abril-maio de 1995, quando a CIT voltou a se reunir para formular uma programação integrada das ações assistenciais, pactuando consultas, exames etc., na tentativa de romper com a idéia das séries históricas anteriores. Em dezembro de 1995, as diretrizes da NOB/96 foram levadas ao CNS, que realizou posteriormente cinco reuniões ordinárias e duas extraordinárias para discuti-las.⁵⁷

Essa norma apresenta duas condições de gestão: a gestão plena de atenção básica, em que o município terá o repasse fundo a fundo para o financiamento de todas as ações básicas de saúde, definido por um valor

per capita; e a gestão plena do sistema municipal de saúde, em que o município terá o repasse de recursos fundo a fundo, para o financiamento de toda a assistência em saúde (Franco, 1996).

Observando pontos de diferença entre a NOB/96 e a NOB/93, Franco (1996) declara que a NOB/96 redefine os papéis do governo estadual e federal em relação ao sistema de saúde, alargando as atribuições dos municípios, e, no financiamento, aumenta a massa de recursos que é repassada direta e automaticamente do FNS para o FES e o FMS. Scotti (1996) aponta como um dos objetivos gerais dessa NOB o aumento da participação em percentuais da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração pelos serviços produzidos.

De acordo com o processo de financiamento previsto na NOB/96, o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar deverá ser feito por transferência regular e automática, fundo a fundo, por meio do Teto Financeiro da Assistência do Município (Tfam) e pela remuneração por serviços produzidos. Este Tfam é baseado na Programação Pactuada Integrada (PPI), negociada na CIB. Compõem o Tfam o Piso Ambulatorial Básico (PAB), calculado pela multiplicação da população do município por um valor *per capita* nacional para custear os procedimentos de atenção básica, e o incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que são adicionais calculados sobre o PAB de acordo com a porcentagem da população coberta por estes programas.

O custeio da assistência ambulatorial e hospitalar pela remuneração dos serviços produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores públicos ou privados, mediante a apresentação de faturas, por serviços realizados com prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério da Saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Estão incluídas nesse tipo de remuneração as internações hospitalares com base nos documentos de autorização e fatura – as AIHs – e os procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac). Os valores desses procedimentos são apurados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e pelo Sistema de Informações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (Siac/SUS).

Para os municípios que estão na condição de gestão plena do sistema municipal, nos termos da NOB/96, ou na condição de gestão semiplena, nos termos da NOB/93, os valores dos serviços produzidos citados fazem parte do Tfam definidos pelas CIBs, sendo repassados automaticamente fundo a

fundo. Porém, para os municípios que não se encontram em tais condições de gestão, o pagamento é feito pelo Ministério da Saúde, diretamente aos prestadores de serviços.

As ações de vigilância sanitária têm um Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVS), e as ações de epidemiologia e de controle de doenças transmissíveis têm um Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). O custeio dessas ações pode ser mesclado por transferência regular e automática fundo a fundo e por remuneração de serviços produzidos.

Na NOB/96, chamamos a atenção para dois pontos importantes em relação ao financiamento dos serviços de saúde. O primeiro é que essa norma, apesar de reduzir a transferência de recursos por produção de serviços, introduzindo a transferência direta fundo a fundo, por critérios exclusivamente populacionais (valor *per capita* nacional), conserva, ainda, no que diz respeito às atividades de assistência hospitalar e ambulatorial de alto custo/complexidade, a lógica de repasse por produção de serviços.⁵⁸

O repasse por produção de serviço preservado na NOB/96 vai de encontro aos critérios de repasse estabelecidos, embora não normatizados, pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. Essa forma de pagamento por prestação de serviços privilegia o tratamento da doença, e não a promoção da saúde, contradizendo o modelo assistencial preconizado na Lei Orgânica 8.080/90, que tem como princípio a integralidade das ações de saúde. O pagamento por produção de serviços prioriza as ações curativas em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde.⁵⁹

O segundo ponto diz respeito ao incentivo financeiro dado aos municípios que melhor estruturarem o PSF e o Pacs, que são programas verticais, ou seja, funcionam de cima para baixo, com suas coordenações, centralizadas no Ministério da Saúde, definindo as suas ações. Esse modelo assistencial privilegia uma ação focalizada na população mais carente, como preconiza o projeto neoliberal. O PSF apresenta como problema adicional a contratação de profissionais com diferenciações salariais, o que fere a isonomia entre profissionais que atuam numa mesma rede de serviços.⁶⁰

Isso demonstra a implementação de um modelo sanitário que tem como prioridades campanhas e programas verticalizados. Cohn (1996) afirma que alguns especialistas acham que 80% dos problemas de saúde da população brasileira podem ser resolvidos pelo atendimento de primeira linha (rede básica de serviços de saúde: centros de saúde, ambulatórios etc.). Por isso, não se pode desprezar a atenção básica; pelo contrário, deve-se inseri-la numa lógica de promoção da saúde, e não tratá-la com programas isolados. Sobre isso, Gastão Wagner Campos faz alguns questionamentos pertinentes:

Por que apenas o médico de família deveria trabalhar com vínculo, cuidado integral, atenção domiciliar etc.? O que fazer com a imensa rede de Centros de Saúde criada nos últimos vinte anos? Ou seja, por que não poderíamos criar uma verdadeira porta de entrada baseada nesta rede e nos médicos de família, nela integrados, e não dela separados, como reza o projeto normativo do Ministério? Por que não delegar a generalistas, pediatras e às equipes dos centros de saúde o poder de internar, o poder de solicitar atendimento especializado etc.? Por que não estender as diretrizes do médico de família para todos os profissionais que trabalhem na rede básica? Senão, por que conservar esta imensa e dispendiosa rede? Para transformá-la em ambulatorios de baixa resolutividade, mas com capacidade de pronta atenção, como o está fazendo o PAS em São Paulo? (Campos, 1996:24)⁶¹

Endossando os dois pontos há pouco levantados em relação às formas de financiamento preconizadas na NOB/96, o documento Uma Agenda para a Saúde: contribuições para a X CNS – elaborado por entidades, instituições e pessoas que defendem a reforma sanitária e o SUS para subsidiar os debates que se travariam naquela conferência – aponta que a “vinculação de recursos a ‘programas’ e a dicotomia entre as ações médico-hospitalares e as ‘básicas’ nela contidas implica uma concepção que constitui um retrocesso inaceitável, tanto no conceito de integralidade das ações, como na descentralização e autonomização da gestão”.

Destaca-se que o incentivo a programas setorizados, voltados apenas para algumas parcelas da população, integra as diretrizes do Banco Mundial e a lógica do projeto neoliberal, de priorizar programas focalizados e setoriais voltados para bolsões de pobreza, atenuando problemas que a dinâmica do mercado não consegue resolver.

Na prática, o que se verifica é o desvirtuamento de uma proposta – o modelo assistencial preconizado pelo SUS –, e sua adequação às necessidades de um modelo que, ao invés de dirigir-se à expansão dos serviços para a maioria da população, torna-se a expressão do reforço da proposta neoliberal em curso (Correia, 1996a).

No que se refere ao controle social, a NOB/96 inclui dois itens. O item 2 – Finalidade – aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine alguns pontos, entre eles “os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social” (NOB 01/SUS/96). O item 9 – Bases para um novo modelo de atenção à saúde – trata da

consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS, propiciando uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e

realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas formais – Conferências e Conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. (...) Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. (NOB 01/SUS/96)

O vínculo com os usuários é tratado como condição para a participação e o controle social. Ao se incentivar esse vínculo por meio do cartão SUS municipal, além das instâncias colegiadas formais – conselhos e conferências –, despolitiza-se em parte a participação no SUS. A proposta de participação social apresentada no modelo assistencial dessa norma distorce sua concepção original de controle da sociedade sobre as ações do Estado, por vincular o cidadão ao sistema.

Em outros itens, como o 11 – Programação, Controle, Avaliação e Auditoria –, a NOB/96 recupera as funções de controle social dos conselhos, por prever que esses aprovarão as programações dos municípios e dos estados e os critérios e parâmetros para esta programação definidos pelas comissões intergestores.

A comprovação do funcionamento do conselho municipal de saúde continua como requisito para a habilitação do município em qualquer condição de gestão – gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal.

Comparando o tratamento dado ao controle social nas NOB/93 e NOB/96, observamos que, na primeira, ele foi tratado dentro do modelo de atenção à saúde, pois está no corpo da proposta; na NOB/96 ele apareceu menos, e na perspectiva de vínculo com o usuário. O que estas duas NOB têm em comum é considerar os conselhos de saúde como requisito para qualquer condição de gestão.

O controle social tem que ser tratado como eixo de qualquer proposta de descentralização do SUS, pois é isto que o arcabouço legal preconiza. E, mediante as transformações em curso na relação entre Estado e sociedade, com a criação de canais de participação institucionalizados – que podem se constituir em espaços de mudança da gestão da ‘coisa pública’ –, abre-se a possibilidade de que o controle da sociedade sobre a esfera pública, ou seja, o controle social sobre o que é de todos, se efetive.

As NOBs têm cumprido a função – prevista na NOB/96 – de definir estratégias e movimentos táticos que reorientam a operacionalidade do SUS, principalmente no que concerne ao princípio da descentralização. Por meio delas, tem se tentado regulamentar as leis orgânicas da saúde. Ao adotarem, porém, a lógica de produção de serviços e ao separarem as ações

básicas das médico-hospitalares, as NOBs têm distorcido o conteúdo das referidas leis, indo de encontro aos princípios de equidade e de integralidade. Primeiro, porque o pagamento por produção de serviços está dentro da lógica do projeto neoliberal; ele beneficia, de certa forma, a rede privada conveniada, que continua tendo lucro às custas de recursos públicos, e abre flancos para superfaturamentos, desvios e corrupções. Segundo, porque o incentivo financeiro dado aos municípios que estruturam melhor os programas que são verticalizados e dirigidos à população de baixa renda, dentro das ações básicas de saúde, cumpre a lógica da focalização do projeto neoliberal, ou seja, ações voltadas para os grupos mais pobres, com vistas à contenção de distúrbios sociais.

Cada NOB elaborada teve um perfil diferenciado, avançando ou retrocedendo em alguns pontos em relação à consolidação do SUS. Elas são resultado de discussões e negociações de vários interesses em jogo na política de saúde, em diferentes conjunturas. São esses interesses que colocam limites à operacionalização do SUS, via normatizações (NOBs). Em relação ao processo de descentralização, no entanto, observam-se avanços a cada NOB.

A descentralização deve implicar em mais poderes, autonomia, responsabilidades e recursos para estados e municípios. Deve estar acompanhada de transparência na gestão e participação efetiva da população, para o desenvolvimento de uma política de saúde voltada para os interesses da maioria da população, que garanta a universalidade e a qualidade dos serviços. Daí a importância de os conselhos e conselheiros se instrumentalizarem para o exercício do controle social.