

Capítulo 4

O controle social sobre o Fundo Municipal de Saúde: o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema

Maria Valéria Costa Correia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CORREIA, MVC. O controle social sobre o Fundo Municipal de Saúde: o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema. In: *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 87-127. 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 o Fundo Municipal de Saúde: o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema

Caracterização de Santana do Ipanema e o Processo de Municipalização da Saúde

O município de Santana do Ipanema foi criado em 24 de abril de 1921 e está localizado na microrregião de Batalha, no sertão alagoano. Com área geográfica de 221 km², limita-se com os municípios de Poço das Trincheiras, Canapi, Inhapi, São José da Tapera, Carneiros, Olivença e Dois Riachos. Fica a 210 km da capital. Um dos problemas que atingem o município há várias décadas é a seca, que prejudica os pequenos produtores, mas serve há muito tempo como forma de atrair recursos extras, caracterizando a ‘indústria da seca’.

A população do município é de 38.215 habitantes (IBGE, 1997). O número de eleitores é de 19.211, e a renda *per capita* está em torno de ¼ do salário mínimo. As principais ocupações e atividades econômicas são a lavoura, a pecuária, o comércio, a saúde e a educação. A taxa de desemprego é de 60%, e a de empregados no setor informal é de 43% (Relatório de Gestão, 1993-1995).

Na área da educação, o município dispõe de 12.802 vagas para o 1º grau e 392 vagas para o 2º grau, distribuídas entre escolas municipais, estaduais e particulares. O índice de analfabetismo é de 40%, a taxa de evasão escolar, de 30%, a porcentagem de crianças fora da pré-escola, de 88%, e a de crianças fora da escola primária, de 50% (Perfis Municipais. Programa Mundial de Alimento, 1994). Em Santana do Ipanema, há uma instituição de nível superior, a Escola Superior do Sertão, vinculada à Fundação Universidade Estadual de Alagoas, que oferece os cursos de zootecnia, com 80 vagas, e pedagogia, com 40 vagas.

Existe um Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, criado em 15 de abril de 1994 e oficializado pela Lei 6.171/95, com o objetivo de executar uma política básica de atendimento. Em abril de 1995, foi criado o

Conselho Tutelar, formado por dez representantes da sociedade civil escolhidos por votação direta, e tem como objetivos resolver problemas que envolvem crianças e adolescentes e lhes dar assistência por meio das políticas básicas de adoção, tutela, registro e atendimento psicossocial.

O Quadro Político

O quadro político é de tradição conservadora. Os prefeitos sempre pertenceram a partidos de direita. A Câmara Municipal foi ocupada no período de janeiro de 1993 a dezembro de 1996 por cinco vereadores do PSC, um do PTR, um do PL, um do PDS, um do PFL e um do PSDB.

O prefeito que governou entre 1993 e 1996 é natural de Santana e já havia ocupado cargos de confiança em alguns governos. Tinha sido eleito deputado estadual durante o governo Collor, que era seu adversário político. Porém, apoiou a candidatura de Geraldo Bulhões, seu conterrâneo, o qual, entre 1991 e 1994, governou Alagoas com o apoio de Collor. Em 1997, este mesmo prefeito integrou o secretariado do governador em exercício, Manuel Gomes de Barros, vice de Divaldo Suruagy.

O estado de Alagoas sempre teve um sistema político marcado por duas características: o coronelismo no meio rural e o clientelismo no meio urbano. As articulações políticas de direita têm um perfil corporativista/patrimonialista, baseando-se em relações de favorecimento. A prática política do ‘é dando que se recebe’ transforma o Estado em um ente privado, negando-lhe a condição de ente público (Araújo, 1994). Essas articulações da direita constituem os ‘currais eleitorais’ que, sob o comando de um chefe político-partidário que mantém o domínio econômico e político, sempre dividiram o estado de Alagoas.

A estrutura técnico-burocrática estadual tem sido utilizada para a manutenção do poder de grupos que se apropriam da máquina estatal, colocando-a à disposição dos grupos protegidos em níveis estadual e municipal, ou mesmo à disposição de amigos e parentes. A terceirização, subsidiando o setor privado com contratações superfaturadas, sempre foi um mecanismo utilizado pelo poder Executivo para manter o tráfico de influência, o suborno e a prática clientelista de privatização do espaço público. E, mais recentemente, o estado sofreu mais um golpe em seus cofres, com a venda de títulos públicos, que tem resultado em uma crescente dívida, de valores exorbitantes, para com a União.

Vale ressaltar que este panorama político vem mudando a partir da década de 90, com as coligações de esquerda vencendo as eleições em alguns municípios alagoanos, inclusive na capital, por duas vezes consecutivas – de

1992 a 2000. Essas coligações também venceram em 1998, pela primeira vez, as eleições para governador do estado e para uma vaga no Senado.

Organizações e Movimentos Sociais

As organizações e movimentos sociais de Santana do Ipanema,⁶² de pequeno poder de pressão política, apresentam características bastante diferenciadas. Estão praticamente todos representados no Conselho Municipal de Saúde.

Uma organização característica do município é a das 52 associações comunitárias da zona rural. A origem dessas associações está ligada à época (década de 80) em que a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater) incentivava e apoiava associações de pequenos agricultores, ou, ainda, programas institucionais, como o Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural (PAPP). Atualmente, as demandas dessas associações⁶³ estão relacionadas às linhas de financiamento do PAPP. É também com recursos deste programa que a prefeitura tem apoiado essas associações, instalando luz elétrica na zona rural e construindo barragens. E, por meio de convênios com o Ministério da Agricultura, a prefeitura tem distribuído sementes. O apoio político da administração municipal que ocupou o poder entre 1993 e 1996 veio principalmente dessas associações, que foram acompanhadas de perto pelo vice-prefeito. A utilização dos recursos do PAPP serviu para legitimar esse governo municipal.

Foi criado um Fundo Municipal das Associações Comunitárias (Fumac) e um conselho⁶⁴ que acompanha os trabalhadores e define as localidades a serem favorecidas com os recursos deste fundo. Trata-se de um fundo derivado do PAPP, sendo uma instância municipal, que, por sua vez, recebe recursos do Banco Mundial. As decisões do Conselho da Fumac são encaminhadas ao PAPP.

Existem quatro associações de moradores, das quais três foram criadas por iniciativa de vereadores. Uma delas se desvinculou posteriormente, e as outras duas mantiveram a relação de apadrinhamento político.

Na única associação cujos dirigentes afirmam ter sido criada com independência política, quase todos os membros da diretoria pertencem ao Partido dos Trabalhadores. Ela é autofinanciada com recursos arrecadados em bingos, com os quais construíram sua sede, onde funciona uma pequena escola para alfabetização.

Essas associações têm, em geral, uma diretoria que desenvolve algumas atividades: ciclos de palestras, cursos profissionalizantes e ações de apoio à Igreja, como catequese, preparação para a crisma, trabalhos da Pastoral da Criança, entre outros. Os moradores não se mobilizam em torno

de reivindicações; as ações, assistencialistas, são levadas a cabo por iniciativa das diretorias dessas associações.

O único sindicato existente em Santana do Ipanema é o dos trabalhadores rurais: criado na década de 70, contava com 4.840 associados até o início de 1997. É ligado à Federação dos Trabalhadores da Agricultura (Fetag) e à Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (Contag). A diretoria e os delegados sindicais reúnem-se mensalmente. As lutas locais se travam em torno de empréstimos agrícolas e de assistência técnica e financeira ao pequeno trabalhador. Para fortalecer algumas de suas lutas, as associações comunitárias – constituídas de trabalhadores rurais que atuam isoladamente em áreas geográficas limitadas – se agrupam no movimento sindical.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais é considerado o único movimento social politizado no que concerne à defesa dos interesses dos trabalhadores. Porém, está mais fraco e com pouco poder de mobilização: sua diretoria é eleita, mas os membros que a integram são os mesmos há várias gestões. Suas atividades têm um caráter assistencialista e sua pauta de reivindicação é corporativista.

As organizações religiosas são protestantes e católicas; estas últimas têm atuação mais expressiva nas pastorais. Entre as pastorais, destaca-se, em nível de organização e mobilização, a Pastoral da Criança, que desenvolve ações para reduzir a mortalidade infantil nas periferias, envolvendo quase 800 famílias. A Pastoral da Criança articula-se com a SMS, encaminhando as crianças que precisam de medicamentos. Algumas de suas coordenadoras tornaram-se agentes comunitárias de saúde, ao serem aprovadas no concurso realizado pela SMS e aproveitadas pela experiência acumulada na área.

Existem dois clubes de serviços organizados em Santana, o Rotary e o Lions, que desenvolvem atividades de filantropia entre as comunidades carentes.

A Câmara de Dirigentes Lojistas (CDL) existe no município desde 1988 e, a partir de 1994, articulou-se ao Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae)⁶⁵ em campanhas de vendas. O CDL participa do Comitê Municipal de Emprego e Renda, que, com financiamento do Banco do Nordeste do Brasil (BNB), desenvolve projetos de geração de renda.

O Sistema de Saúde e o Perfil Epidemiológico

O sistema de saúde é composto por nove postos de saúde, localizados na zona rural, dois centros de saúde, um centro de assistência à saúde da mulher e um Núcleo de Atenção Psicossocial (Napsi), além de ações no controle de doenças transmitidas por vetores (em parceria com a Fundação Nacional de Saúde), vigilância sanitária, Programa Leite é Saúde, Programa

de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, serviço de apoio ao usuário e assistência farmacêutica. Os serviços de apoio ao diagnóstico são garantidos pelo hospital regional e pela compra de serviços de um laboratório privado de patologia clínica localizado na sede do município, e pelo intercâmbio estabelecido com os municípios de Palmeira dos Índios (raios X) e Arapiraca (traumato-ortopedia). Os casos que demandam os demais exames e terapias especializadas são encaminhados para a capital do estado. Para internações e atendimentos de urgência, o município conta com o Hospital Regional do Estado, que dispõe de 65 leitos e atende nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica e obstétrica. Para completar a oferta de consultas médicas, o município recorre à compra de serviços de dois médicos clínicos credenciados no SUS (Plano Municipal de Saúde, 1996-97).

O perfil epidemiológico reflete a precariedade das condições de vida da população: as doenças infecciosas e parasitárias representam 21,15% das doenças registradas, seguidas das doenças do aparelho respiratório (16,28%) e das doenças de pele e tecido subcutâneo (11,24%). As escabioses lideram as doenças de notificação compulsória com 37,28%, seguidas de caxumba, com 20,97%, e de doenças diarréicas, com 18,45%. A mortalidade no município não tem um diagnóstico preciso das causas, em virtude do grande percentual de óbitos sem assistência médica, que gira em torno de 80%. As *causas mortis* registradas com maior frequência são as doenças cardiorrespiratórias, seguidas de infecções respiratórias agudas e acidente vascular cerebral (AVC) (Plano Municipal de Saúde, 1996-97).

A mortalidade infantil apresentou um declínio no período de 1993 a 1995, de 80 por 1.000 para cerca de 70 por 1.000, embora não se possa precisar estes dados, devido ao sub-registro de nascimentos e de óbitos de menores de um ano (Plano Municipal de Saúde, 1996-97).

Quanto aos indicadores sanitários, a zona urbana é servida por abastecimento d'água, energia elétrica e coleta de lixo, e em 20% da cidade existe saneamento básico. Na zona rural, 80% das comunidades contam com energia elétrica, mas não dispõem de água encanada, tendo de utilizar açudes e barreiros para o consumo, e o lixo e os dejetos são despejados, em sua quase totalidade, a céu aberto.

A Secretaria Municipal de Saúde

A secretaria municipal de Saúde de Santana do Ipanema foi criada em 16 de junho de 1993, pela Lei Municipal 590. Sua coordenação ficou a cargo do vice-prefeito, que instalou e organizou a sua sede e, com o apoio dos técnicos da IV Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado

da Saúde (Sesau), criou o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde, iniciando a preparação para a municipalização.

O impulso ao processo de municipalização foi dado pela realização, em 1992, da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema Saúde: municipalização é o caminho. De acordo com entrevista realizada com o vice-prefeito, à época secretário municipal de Saúde, a secretaria desenvolveu um trabalho técnico voltado para a municipalização do setor, em consonância com as decisões da IX CNS. A municipalização se formalizou em março de 1994.⁶⁶

O Conselho de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal 597, de 21 de dezembro de 1993. Sua instalação oficial aconteceu no dia 19 de janeiro de 1994, com a posse dos conselheiros pelo prefeito e vice-prefeito.

A organização do conselho ganhou forma em duas plenárias municipais de saúde, convocadas pela SMS, nas quais foram discutidos os seguintes pontos: o que é o CMS, como seria sua composição, que entidades deveriam compô-lo. Os integrantes foram indicados livremente por cada entidade, sem que, segundo o gestor, tenha havido qualquer interferência de sua parte.

A composição do conselho obedece ao critério de paridade da Lei 8.142/90. Ele é constituído por 12 membros titulares e 12 suplentes, distribuídos da seguinte forma: 50% de usuários (6), 25% de trabalhadores da saúde (3), 25% do governo e prestador de serviço de saúde (3). Tal composição atende às deliberações da IX CNS/92 e às recomendações da Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde/92. Sua formação inclui um representante da secretaria municipal de Saúde, um da secretaria municipal de Educação, um representante da IV Coordenadoria Regional de Saúde, três dos trabalhadores da saúde (sendo dois de nível superior e um de nível médio/elementar), um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, um representante do movimento religioso, um dos clubes de serviço, um das associações de moradores e dois representantes das associações comunitárias.

A gestão do conselho é de dois anos e a presidência, conforme regimento interno aprovado em plenária, é exercida pelo secretário municipal de Saúde. Esse regimento foi alterado ao final da última gestão da secretaria municipal de Saúde, em 1996, tornando o cargo de presidência eletivo entre os integrantes.

A primeira gestão do conselho durou de 19 de janeiro de 1994 a 26 de março de 1996. A segunda teve início em 27 de março de 1996, com a

Portaria nº 15/96, que designou seus membros. Nessa passagem, metade do conselho foi renovada e outra metade se manteve, apenas alterando-se nas posições de titulares e suplentes. Dos titulares, só foram substituídos quatro, cerca de 30% do total; entre os suplentes foram renovados oito, ou seja, aproximadamente 60% do total.

O Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde foi criado, oficialmente, pela Lei 598, de 21 de dezembro de 1993, e começou a funcionar em maio de 1994, quando recebeu os primeiros recursos do SUS. “No período de dezembro 1993 a maio de 1994, todos os investimentos feitos na área da saúde foram com recursos próprios da Prefeitura” (Relatório de Gestão 1993-1995).

Toda a gestão financeira do SUS no município é realizada por meio deste fundo, composto de quatro contas bancárias, nas quais se movimentam os recursos oriundos do Ministério da Saúde, da prefeitura e de convênios.

A lei que instituiu o FMS diz que seu objetivo é “criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações da saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal da Saúde” (Lei Municipal 598, de 21/12/93).

Conforme essa lei, o secretário municipal, entre suas atribuições, deve:

I - Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer política de aplicação de seus recursos, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde;

II - Acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde;

III - Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o Plano de Aplicação, a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias;

IV - Submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais da Receita e Despesa do Fundo;

V - Encaminhar à Contabilidade Geral do Município as demonstrações mencionadas no inciso anterior.

Assim, o gestor do fundo é o secretário municipal de Saúde, que, juntamente com o tesoureiro da prefeitura, é o responsável pelas assinaturas dos cheques. Mensalmente, as demonstrações de receita e despesa são encaminhadas à tesouraria da prefeitura, setor de contabilidade, e ao CMS para apreciação e aprovação (Relatório de Gestão 1993-1995). Este último também aprova o Plano de Aplicação Financeira. O FMS tem como fontes financiadoras o Ministério da Saúde, a prefeitura municipal e, eventualmente, os convênios firmados.

A cota do município referente aos recursos vindos do Ministério da Saúde,⁶⁷ ou seja, o teto orçamentário do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), foi estipulado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com os critérios estabelecidos conforme uma pontuação na qual é destacada a produção de serviços. Os recursos relativos a internamentos hospitalares – Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) – são repassados diretamente aos hospitais prestadores de serviços de saúde, ficando a cargo da SMS apenas o seu controle, feito por meio da emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs).

O município de Santana do Ipanema dispunha de uma cota mensal de 283 AIHs. Vinte por cento ficavam na central de AIH do estado e os 80% restantes ficavam na secretaria municipal para distribuição entre os hospitais prestadores de serviços de saúde, conforme os pedidos de internamentos hospitalares apresentados e autorizados (Relatório de Gestão 1993-1995).

Para administrar o intercâmbio de AIHs entre os municípios circunvizinhos, acontecia mensalmente uma reunião de seus representantes em Santana do Ipanema, em que, mediante a apresentação dos laudos, as autorizações eram pagas. Esta forma de organização foi incentivada pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de Alagoas.

O Teto Financeiro dos Municípios, de modo geral, deveria ser estipulado de acordo com a programação local, mas resultou de negociações políticas na CIB.

Esses recursos transferidos do Governo Federal para a saúde do município foram utilizados basicamente na manutenção da rede de serviços de saúde e na complementação do pagamento de pessoal (Plano Municipal de Saúde 1996-1997).

O montante de recursos provenientes da prefeitura para a saúde não estava definido na lei municipal de criação do fundo, nem existia, até então, lei federal que definisse a contrapartida de cada esfera de governo. Existiam apenas propostas de emendas constitucionais tramitando no Congresso Nacional no sentido desta definição.

Os recursos repassados pela prefeitura para o SUS foram utilizados para pagamento da folha de pessoal da secretaria municipal de Saúde e para outras despesas – como manutenção de veículos, combustível e contrapartida de convênios –, que são assumidas diretamente pela prefeitura (Relatório de Gestão 1993-1995).

Os recursos da secretaria municipal de Saúde obtidos por meio de convênios firmados com o Projeto Nordeste, o Programa Leite é Saúde, o Programa de Saúde da Família e a Fundação Nacional de Saúde foram utilizados de acordo com a definição da fonte financiadora, que especifica onde

estes devem ser aplicados (Relatório de Gestão 1993-1995 e Plano Municipal de Saúde 1996-1997).

Atuação dos Conselheiros

A atuação dos conselheiros, sobretudo no que concerne a seu envolvimento e compromisso com o exercício de seu papel, foi avaliada pela frequência às reuniões do conselho e pela quantidade e qualidade de suas intervenções. A frequência foi obtida com base nas assinaturas que constam nas atas, calculando-se, por entidade, seu percentual em relação ao número total de reuniões no período estudado – janeiro de 1994 a janeiro de 1997.

O levantamento numérico de intervenções foi feito por meio de consultas às atas, no referido período, tabelando-se o número total de intervenções e calculando-se o percentual destas para cada representação. A qualidade das intervenções foi avaliada após um apanhado, nas atas, dos assuntos abordados por cada representação em cada reunião, que são apresentados aqui de forma geral. Essas intervenções são classificadas como de aprovação, reclamação, solicitação/reivindicação, discordância, questionamento, cobrança e proposta.

A análise do exercício do controle social no Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema mostra o envolvimento da sociedade organizada nesta tarefa. Com base no estudo da frequência dos conselheiros às 23 reuniões do CMS no período das duas gestões, construiu-se a seguinte tabela:

Tabela 4 – Frequência dos conselheiros por entidade às reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema – janeiro de 1994 a janeiro de 1997

Entidades que compõem o CMS	Frequência às reuniões (em %)		
	1ª gestão	2ª gestão	Média das duas gestões
Secretaria Municipal de Saúde	95	95	95
Secretaria Municipal de Educação	50	50	50
IV Coordenadoria Regional de Saúde	40	90	65
Trabalhadores da Saúde	90	90	90
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	50	50	50
Movimento religioso	80	30	55
Clubes de serviços	50	50	50
Associações de moradores	80	80	80
Associações comunitárias	50	50	50

O gestor municipal da saúde esteve presente em 95% das reuniões; sua ausência foi justificada por motivo de doença. O gestor municipal da educação pouco frequentou as reuniões; seu suplente compareceu a cerca de 50% das reuniões. O gestor estadual, representado pela IV Coordenadoria Regional de Saúde, não compareceu a nem 50% das reuniões no período da primeira gestão; na segunda gestão, na qual seus representantes foram substituídos, verificou-se que estes estiveram presentes em 90% das reuniões.

Entre os representantes dos trabalhadores da saúde, a frequência varia: os mais assíduos, tanto na primeira como na segunda gestão, compareceram a 90% das reuniões.

A frequência entre a representação de usuários varia de entidade para entidade. O representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais compareceu a mais ou menos a metade das reuniões no período das duas gestões. O representante do movimento religioso compareceu, durante a primeira gestão, a quase 80% das reuniões; na segunda gestão, sua frequência diminuiu para 30%.

A representação dos clubes de serviço manteve baixa frequência durante as duas gestões – cerca de 50%. Os representantes das associações de moradores mantiveram uma presença constante em aproximadamente 80% das reuniões do conselho.

Os representantes das associações comunitárias da zona rural estiveram presentes em apenas 50% das reuniões. Esses conselheiros atribuíram sua baixa frequência à dificuldade de deslocamento da zona rural para a cidade, onde acontecem as reuniões.

Para a incidência de intervenções dos conselheiros nas reuniões registradas nas atas durante as duas gestões, elaborou-se a tabela que se segue:

Tabela 5 – Intervenção por entidade nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema – janeiro de 1994 a janeiro de 1997

Entidades que compõem o CMS	Intervenções nas reuniões nas duas gestões (%)
Secretaria Municipal de Saúde	48
Secretaria Municipal de Educação	1
IV Coordenadoria Regional de Saúde	10
Trabalhadores da Saúde	25
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	1
Movimento religioso	1
Clubes de serviços	1
Associações de moradores	10
Associações comunitárias	3

Verifica-se que o gestor municipal da saúde foi responsável por 48% do total de intervenções; na maioria das vezes, ele informou, propôs, esclareceu, prestou contas. Os representantes do gestor estadual responderam por 10% das intervenções e os representantes da secretaria municipal de Educação, por 1%. Os trabalhadores da saúde fizeram cerca de 25% do total das intervenções realizadas; os usuários, aproximadamente 16% das intervenções: destas, 10% foram feitas pelo representante das associações de moradores, cerca de 3% pelo representante das associações comunitárias da zona rural, e os 3% restantes distribuíram-se entre os representantes do sindicato rural, dos clubes de serviço e do movimento religioso.

Com base no relatado nas atas, observa-se que o secretário municipal de Saúde sempre iniciou as reuniões com informes sobre todo o trabalho desenvolvido e a ser desenvolvido pela secretaria – mudanças no acesso aos serviços com o cartão de matrícula, convênios firmados, ampliação na

rede física, campanhas, realização de cursos, encontros, elaboração e encaminhamento à Câmara de projetos de lei, liberação de verbas e solicitações das comunidades. Suas intervenções disseram respeito a tais informações e esclarecimentos, à prestação de contas mensal das receitas e despesas do FMS, a convites aos conselheiros para visitas aos postos e centros de saúde, assim como à discussão e votação, pelos conselheiros, de algumas decisões a serem encaminhadas, as quais, se aprovadas, são transformadas em resoluções.

Não há registro de intervenções dos representantes do gestor estadual durante a primeira gestão do conselho. Na segunda gestão as suas intervenções foram sempre em torno dos temas em pauta, apontando aspectos importantes, prestando esclarecimentos sobre a capacidade de pessoal. Esses representantes apresentaram também:

- discordância da demissão do pessoal contratado como serviço prestado pelo Hospital Estadual;
- discordância da mudança do regimento interno no que se refere à distribuição de vagas entre os trabalhadores da saúde do nível superior e médio;
- discordância do pagamento de pessoal da saúde com recursos do SIA/SUS sem a autorização do CMS;
- questionamento sobre a falta, em alguns meses, de repasse da contrapartida da prefeitura;
- proposição de modificação na lei do FMS, segundo a qual seria estabelecido no orçamento da prefeitura um percentual para a saúde.

Os representantes dos trabalhadores da saúde intervieram nas reuniões:

- solicitando informações sobre convênios, funcionamento de programas e ações previstas;
- cobrando coleta de lixo e melhores condições de atendimento nas unidades de saúde;
- questionando a formação de comissão no hospital sem a participação dos trabalhadores da saúde;
- propondo levantamento do patrimônio da SMS;
- questionando as fontes de dados do Plano Municipal de Saúde;
- solicitando aumento salarial para servidores da saúde;
- discordando de procedimentos do secretário de Saúde no que diz respeito ao pagamento do pessoal com recursos do SIA/SUS e ao aumento do número de agentes comunitários sem prévia pela aprovação do Conselho;
- propondo modificações no regimento interno e solicitando reunião extraordinária com este objetivo;

- apresentando relatórios das duas comissões criadas – a de levantamento das condições do gabinete odontológico do Sindicato de Trabalhadores Rurais e a de fiscalização do Hospital Estadual;
- solicitando documentação comprobatória das despesas efetuadas;
- solicitando cópias das prestações de contas;
- questionando as prestações de contas;
- questionando a falta de repasse da contrapartida de recursos da prefeitura para a SMS;
- propondo reunião com o prefeito para solicitar repasse de recursos.

Entre as entidades que compõem o segmento de usuários, o maior número de intervenções registradas nas atas concentra-se nos representantes das associações de moradores e das associações comunitárias da zona rural, como dito anteriormente. As intervenções do representante desta última foram acerca de:

- solicitação de transporte para trazer pacientes da zona rural para a cidade;
- reivindicação de ambulância para a zona rural;
- solicitação de reforma em posto de saúde da zona rural;
- posição favorável à ajuda da SMS ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- solicitação de transporte para viabilizar sua participação nas reuniões do conselho.

Entre o segmento dos usuários, o representante das associações de moradores foi o que fez um maior número de intervenções, as quais trataram de:

- cobranças de saneamento e limpeza nas ruas e feiras;
- solicitação para conserto de fossa de centro de saúde, para evitar prejuízos aos moradores da área em torno;
- proposta de construção de um sistema de esgoto;
- reclamação pela demora no atendimento nas unidades de saúde;
- sugestão de aumento dos salários dos funcionários da saúde;
- informação sobre visita a unidade de saúde;
- solicitação de esclarecimento sobre papel fiscalizador do conselho;
- questionamento sobre construção do novo hospital;
- discussão sobre a falta de repasse, por parte da prefeitura, dos recursos para a saúde;
- questionamento dos valores apresentados na prestação de contas.

Além das intervenções de cada conselheiro, registram-se, nas atas, posicionamentos do CMS como um todo, aprovando propostas que são transformadas em resoluções, como o plano municipal de saúde, o relatório de gestão, o plano de aplicação financeira e o regimento interno, entre outras.

Em plenária, o conselho elegeu seu presidente, aprovou destinação de recursos do SIA/SUS ao pagamento de pessoal, decidiu sobre a forma de pagamento dos servidores, reprovou a prestação de contas dos meses de novembro e dezembro de 1996.

A dinâmica das reuniões do CMS obedece a uma seqüência. Inicialmente, são dados informes sobre o trabalho da SMS; depois, é apresentado e discutido, para esclarecimentos e aprovação, algum plano, relatório ou trabalho a realizar. Em seguida, são apresentadas e apreciadas as prestações de contas mensais das receitas e despesas do FMS. A condução da pauta e das discussões é, na maioria das vezes, feita pelo gestor. Os conselheiros trabalhadores da saúde e usuários também apresentam pontos para discussão e deliberação pelo conselho, mas com uma menor incidência.

Os trabalhadores da saúde são os que mais intervêm nas reuniões, depois do gestor municipal da saúde. Suas intervenções são críticas, de cobrança e questionamento em torno de ações, de discordância de encaminhamentos dados e de proposição de alternativas. Participaram de todas as comissões criadas e, nelas, atuaram como relatores, demonstrando um domínio no andamento dos trabalhos desenvolvidos pelo conselho. Em relação ao exercício do controle sobre o FMS, também foram os que mais fizeram intervenções, questionando a prestação de contas, solicitando notas comprobatórias de despesas e cópias da prestação de contas para todos os conselheiros e exigindo a contrapartida da prefeitura nos recursos para a saúde.

Esses trabalhadores não estão organizados em torno de uma entidade de âmbito municipal.⁶⁸ Um dos representantes faz parte da diretoria de uma associação de moradores que tem articulação com a Federação das Associações de Moradores de Alagoas (Famoal) e sempre participou dos seus eventos, inclusive como representante na III Conferência Estadual de Saúde, em 1996. O engajamento político partidário à esquerda e a participação em organização popular com nível de articulação nacional explicam a qualidade das intervenções desses representantes.

O terceiro segmento que mais intervém nas reuniões é o de usuários, em especial a representação das associações de moradores. Essas intervenções tratam, em sua maioria, de reclamações e/ou solicitações em torno de saneamento básico e dos serviços de saúde e de questionamentos acerca das contas apresentadas. Seus representantes participam de todas as comissões, e são os únicos, entre os integrantes do conselho, a fazerem visitas aos serviços de saúde.

As associações de moradores que têm representantes no conselho desenvolvem atividades de educação para crianças, palestras e atividades religiosas. Uma delas iniciou-se atrelada a um vereador, de quem, posteriormente, se desvinculou.⁶⁹

A representação das associações comunitárias da zona rural, dentre os usuários, está em segundo lugar quanto ao número de intervenções, as quais giram em torno de solicitações para a melhoria dos serviços de saúde da zona rural. O caráter imediatista das ações dessas associações, como dito anteriormente, explica esse tipo de intervenção dos seus representantes no conselho.

Os representantes do Sindicato de Trabalhadores Rurais, conforme registro nas atas, solicitaram a cooperação da SMS na manutenção de um gabinete odontológico que funciona em sua sede. Esta reivindicação evidencia o aspecto assistencialista e corporativista da prática daquela entidade.

As duas outras entidades que representam os usuários, o Rotary (clube de serviços) e o movimento religioso, tiveram um número pequeno de intervenções registradas nas atas, as quais ligaram-se aos assuntos em pauta. O fraco conteúdo político e o forte assistencialismo de suas práticas explicam essa participação pouco expressiva.

Apesar de suas intervenções, de forma geral, serem menos críticas que as dos representantes dos trabalhadores da saúde, os representantes dos usuários também participaram das comissões e se articularam melhor com suas bases. Todos os representantes de usuários afirmam que transmitem à entidade de origem as discussões que se travam no conselho, proporcionando uma interação através da circulação das informações, ao passo que a falta de uma organização própria de âmbito municipal entre os representantes dos trabalhadores da saúde e seus representados dificulta tal fluxo.

A Articulação dos Conselheiros com as Entidades que Representam e a Permeabilidade do Conselho às Demandas da Sociedade

Nas entrevistas com os conselheiros, evidenciou-se como se dá sua articulação com as entidades que representam, aqui apresentada nos próprios termos de suas falas. Analisa-se, também, por meio das atas, a permeabilidade do conselho às demandas da população – as trazidas pelos conselheiros a partir do contato com sua base, as dirigidas diretamente ao conselho ou as apresentadas diretamente ao gestor municipal –, observando-se quais foram e quais não foram atendidas.

A articulação dos representantes dos usuários com as entidades que representam expressou-se, nas entrevistas, da seguinte forma:⁷⁰

Eu sempre me reúno com esse grupo de vinte a trinta pessoas [referindo-se à associação que representa], e passo as coisas daqui [do conselho], sempre passo para eles. Essa preocupação de passar para eles é minha. (Representante das associações de moradores)

O que a gente discute aqui eu levo, não levo tudo porque às vezes é meio difícil discutir tudo o que acontece no conselho, mas um bocado de coisa, sim. E, às vezes, eu trago. Teve um problema mesmo, no caso do pessoal vizinho do povoado que vai fazer consulta lá, vai meio mundo de gente pra ser atendido, aí eu falei com o secretário numa reunião aqui do conselho, falei que tinha que tomar as providências porque estava sofrendo esse pessoal, movendo mais de 6 quilômetros a pé que chega até 4 horas da manhã e não pega ficha pra ser atendido devido ao número de gente, que é grande. Já este ano, veio a reivindicação da outra comunidade vizinha, da outra associação pra aqui dentro [do conselho]. (Representante das associações comunitárias da zona rural)

A gente passa para a diretoria como o conselho está, o que aprovou e o que não aprovou, e nos reunimos todos os meses. (Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais)

Tenho levado sim, eu sempre digo que participei de reuniões e alguma coisa que foi apresentada, às vezes o Rotary me dá alguma coisa para eu apresentar lá [no conselho], eu tenho feito isso. (Representante dos clubes de serviço)

Trago as necessidades e informo o que foi discutido. (Representante da Igreja)

A articulação dos usuários com as bases que representam tem propiciado a permeabilidade do conselho às demandas da sociedade nas questões relacionadas à saúde.

As demandas que chegaram ao conselho por intermédio dos conselheiros usuários foram:

- solicitação de reforma em posto de saúde, avaliada por técnico de edificações da prefeitura e autorizada;
- solicitação de reforma de outro posto, realizada em parceria com a comunidade. A opinião do representante das associações comunitárias sobre essa reivindicação é que “se eu não tivesse fazendo parte do conselho, acho que a gente nem tinha conseguido a reforma desse miniposto, de tudo que eu estava aí dentro [do conselho], eu pressionei os outros líderes comunitários junto com a secretaria, e a gente conseguiu a reforma do posto”;
- solicitação de mais médicos para posto da zona rural, que não foi atendida pela SMS. Em entrevista, o representante das associações comunitárias da zona rural disse

pressionar pra ver se ele coloca mais médicos lá, duas ou três vezes por semana; já dá pra atender porque o número não é grande demais, pra lá vem gente da divisa de Pernambuco que facilita mais do que eles irem pra Santana. Estamos apelando pra ver se consegue (...) daí agora eu vou apelar pra esse secretário novo quando assumir.

- reclamação contra a demora no atendimento e a falta de informação em centro de saúde;
- solicitação de conserto de fossa de centro de saúde;
- solicitação de saneamento básico para área de periferia.

Outra demanda chegou diretamente ao CMS, por meio de um abaixo-assinado de uma associação de moradores, no qual se solicitava solução para o problema de saneamento e limpeza de rua. O conselho encaminhou o abaixo-assinado ao secretário, para que fossem tomadas as devidas providências.

As demandas chegam também diretamente à SMS e são informadas aos conselheiros, nas reuniões, pelo secretário:

- solicitação da comunidade de Lages para ampliação do posto, realizada em parceria entre comunidade e SMS;
- solicitação da comunidade de Caracol para ativação do funcionamento posto de saúde;
- realização de reunião em Barriguda, onde foi solicitado posto de saúde “que a comunidade construirá e a SMS manterá” (Ata da reunião do CMS/SI em 08/06/95).

Assim, a articulação dos usuários com as bases que representam expressa-se nas demandas apresentadas. Observa-se, na seqüência das atas, que a maioria delas é atendida.

Destacamos, entre as demandas trazidas pelos conselheiros ao conselho que não foram respondidas positivamente pela SMS, a do representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais: negou-se o apoio da secretaria ao funcionamento de um gabinete odontológico, no próprio sindicato, para atendimento exclusivo de seus associados. Diante da polêmica criada quando essa proposta foi levada ao conselho, formou-se uma comissão de conselheiros para fazer um levantamento das condições de funcionamento do gabinete e apresentar seu posicionamento. A comissão apresentou ao conselho um relatório com o resultado do levantamento e com a proposta de que a SMS cedesse um profissional e mantivesse o gabinete. A secretaria não acatou a proposta.

A permeabilidade do conselho às demandas da população em torno da saúde aproxima a gestão municipal da sociedade, à medida que direciona suas ações ao atendimento de suas reivindicações. Observa-se que a postu-

ra do gestor municipal da saúde de Santana de Ipanema foi a de sempre averiguar a real necessidade das solicitações apresentadas, compatibilizando-as com o modelo assistencial⁷¹ proposto e com a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, além de informar aos conselheiros o que se passava na SMS, submetendo alguns pontos à aprovação dos mesmos.

A transparência da gestão foi ressaltada pela maioria dos conselheiros entrevistados. Entre as questões abordadas em reunião, a maior parte foi proposta pelo gestor, e os conselheiros, de forma geral, as aprovaram, apesar de algumas terem merecido questionamentos e esclarecimentos.

As Resoluções do Conselho

As resoluções do CMS durante o período estudado foram, na maioria, propostas pelo secretário de Saúde, com exceção de uma, apresentada diretamente pelo prefeito, segundo a qual o conselho deveria solicitar ao Ministério da Saúde a conclusão do Hospital Geral de Santana do Ipanema,⁷² e de outra, feita pelos trabalhadores da saúde, que propunha alteração no regimento interno do conselho.

As resoluções aprovadas pelo conselho no período em análise foram as seguintes:

- nº 01/94 - Aprovar o regimento interno.
- nº 02/94 - Aprovar a solicitação da SMS, para o enquadramento do município de Santana do Ipanema na condição de gestão incipiente, no processo de municipalização das ações e serviços de saúde.
- nº 03/94 - Aprovar o enquadramento do município no Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs).
- nº 04/94 - Aprovar o enquadramento da SMS no Programa de Saúde da Família (PSF).
- nº 05/94 - Tendo em vista a reorganização do sistema local de saúde, determina exclusividade para a população de Santana do Ipanema no atendimento médico e odontológico do Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego. Determina a extensão aos municípios vizinhos do atendimento dos programas especiais de saúde mental, controle de tuberculose e hanseníase no mesmo centro.
- nº 01/96 - Aprovar o Plano de Aplicação Financeira da SMS.
- nº 02/96 - Aprovar a ampliação do Pacs.
- nº 03/96 - Convocar uma plenária municipal de saúde, com o objetivo de eleger os conselheiros para o biênio 96/97.
- nº 04/96 - Sugerir ao prefeito municipal a indicação do nome do Dr. Adelson Isaac de Miranda como novo nome do centro de saúde da Rua da Praia.

- nº 05/96 - Solicitar do Ministério da Saúde prioridade na conclusão do Hospital Geral de Santana do Ipanema.
- nº 06/96 - Aprovar a decisão da SMS de não pagar plantões a médicos para darem expediente no hospital da rede estadual Dr. Arsênio Moreira;⁷³ constituir comissão para fiscalizar e acompanhar as ações e serviços de saúde do Hospital Dr. Arsênio Moreira; agendar reunião com o secretário do estado da Saúde, para apresentar o relatório da referida comissão.
- nº 07/96 - Aprovar o Plano Municipal de Saúde.
- nº 08/96 - Aprovar o Relatório de Gestão 1993-1996, da SMS.
- nº 09/96 - Alterar o regimento interno do CMS, de forma que o presidente do conselho passe a ser eleito entre os seus membros, e a secretaria executiva a ser indicada pelo colegiado pleno do conselho.
- nº 10/96 - Aprovar a modificação do teto financeiro das unidades de saúde.

As resoluções evidenciam que o gestor, mesmo sendo o proponente da maioria delas, submete suas ações à aprovação do CMS, de forma a legitimá-las.

De modo geral, nas entrevistas, os conselheiros demonstraram que o gestor goza de credibilidade, afirmando que, após a municipalização da saúde, que coincidiu com o início de sua gestão, os serviços de saúde melhoraram consideravelmente. Essa mudança na qualidade dos serviços de saúde é mostrada no documento Quatro Anos de Desafio e Trabalho em Favor do SUS, que apresenta a situação da saúde no início e no final da gestão. O documento foi distribuído em plenária aberta à população, com o objetivo de avaliar e prestar contas da gestão.

Em oficina de capacitação⁷⁴ realizada com os objetivos de avaliar a atuação do conselho e apresentar propostas de ação para o ano de 1997, a aprovação das propostas do gestor foi apontada pelos próprios conselheiros como uma de suas ações mais frequentes.

Avaliação da Atuação do Conselho

Na referida oficina, os conselheiros, avaliando o desempenho do CMS nos dois anos da primeira gestão e no primeiro ano da segunda, classificaram a incidência das ações que integram o exercício de seu papel na seguinte ordem: em primeiro lugar, aprovação; em segundo, fiscalização e controle; em terceiro, proposição; em quarto, deliberação; e em quinto, estímulo à participação social. Em seguida, avaliaram as atividades propostas, destacando as concretizadas e as não concretizadas, e abordaram, ainda, as dificuldades no desempenho de suas atribuições.

Os conselheiros entendem que o poder de deliberar “é o poder de mandar, é ajudar a decidir as coisas, isso é um poder que a gente tem e, às vezes, não tem muito conhecimento. O poder que a gente tem e não está colocando em prática”.

Aprovar ou desaprovar uma determinada proposta, um projeto de alguma coisa, então a gente vai ter que analisar e ver se aprova ou não. Nem tudo que a gente aprova é feito, porque tem a questão da homologação do presidente, que é o gestor, a gente pode aprovar, mas se ele não homologar, não se pode fazer aquilo. Mas também, ele não pode fazer uma coisa se não foi aprovada pela gente, então a gente tem que abrir mais os olhos pra isso aí.

Em tais ponderações, os conselheiros abordaram de forma objetiva o limite do papel deliberativo do conselho, referindo-se à necessidade de homologação, pelo gestor, de suas decisões. Porém, lembraram, com precisão, que as ações do gestor dependem da aprovação do conselho, o que confere a este um certo poder.

Sobre o papel deliberativo, disseram ainda que

a lei coloca o papel deliberativo do conselho, mas a gente vê que o desempenho do papel desse conselheiro vai depender muito da vontade política dos governantes, aí o grupo estava analisando que isso é uma coisa que complica muito. Hoje, nesta gestão, a gente teve uma gestão que favoreceu a participação popular; o conselho vem influenciando, mas a gente pode vir a ter uma gestão que seja diferente, que diga: nem quero saber do conselho, aí a gente é que deixa o conselho frágil. Mas nesse caso, dessa fragilidade, fica difícil pra gente continuar firme. Dependendo do interesse de cada participante, de cada conselheiro, da gente que está aqui, porque a gente tem de cobrar porque está representando alguém.

Reconheceram que o papel que conseguiram desempenhar no conselho se deveu, em grande parte, ao incentivo do gestor e ao espaço por ele concedido à participação. Demonstraram preocupação com a troca de gestor, que poderá fechar esse espaço e, assim, fazer com que a participação passe a depender do interesse de cada conselheiro, o que pode fragilizá-la.

Quanto ao papel fiscalizador e controlador do conselho, afirmaram que “a questão de controlar é o principal papel da gente, controlar as ações de saúde. Fiscalizar os serviços de saúde, fiscalizar as ações, se estão sendo feitas de acordo com o que foi previsto, fiscalizar os recursos financeiros”.

Na oficina, os conselheiros também discutiram e destacaram as principais atividades propostas, apontando as que se concretizaram e as que não se concretizaram.

A maioria das propostas foi feita pelo gestor e aprovada pelos conselheiros. Como exemplos, a implantação do Pacs, do PSF e do Napsi; a autorização para construção do Hospital Geral, proposto pelo prefeito; o plano de cargos e salários, elaborado pelos assessores da SMS. Quanto às propostas de reformas e construção de postos de saúde, algumas foram do gestor e outras, dos usuários.

Entre as propostas dos conselheiros, apontaram as alterações do regimento interno, efetivadas, e a contratação de médicos para as unidades, a qual não teve resposta positiva. Entre as respostas às reclamações dos conselheiros em torno do saneamento, destacaram a implantação da coleta de lixo com caminhão compactador, da usina de lixo e da vigilância sanitária. Porém, disseram que há muito que fazer nesta área, demonstrando, com as afirmações a seguir, terem uma compreensão ampliada de saúde:

A gente sentiu carência de um projeto de saneamento; foi pensado pelo conselho se reunir, juntar e fazer um projeto. A gente ouviu dizer dos políticos que é uma obra que ninguém se interessa porque ninguém vê. Isso é uma vergonha, a gente vota neles e ouve um absurdo desse.

Aqui a gente tem o rio Ipanema temporário e o esgoto perene.

Tem muita coisa que depende de outros setores da prefeitura, só com uma integração intersetorial.

Nossa preocupação com a vigilância sanitária é que fazer saúde não é tratar, é prevenir. Prevenção na área de saneamento básico e vigilância de modo geral seria prioridade resolvida.

Se não cair de cabeça na prevenção, a coisa vai de mal a pior.

É impossível haver saúde sem rede de esgoto. Ali é o foco de toda miséria.

A organização das comissões de trabalho dos conselheiros e suas realizações foram consideradas por eles como as ações mais importantes do conselho. Entre as comissões formadas – a de organização da II Conferência Municipal de Saúde, a de fiscalização do Hospital Estadual e a de avaliação das condições do consultório odontológico do Sindicato dos Trabalhadores Rurais –, ressaltaram a importância das duas últimas.

Apresentaram duas dificuldades para o desempenho de suas atividades de conselheiros. A primeira, relacionada à estrutura para o funcionamento do conselho, foi a falta de transporte para os conselheiros da zona rural, reivindicação feita recorrentemente à SMS e que nunca recebeu resposta definitiva:

A viabilização da participação dos conselheiros da zona rural, que foi colocada em reunião anterior, não foi realizada.

Não sei por quê, a gente vê, não sei se é um caso de emergência, o carro da secretaria municipal de Saúde andando sábado, domingo e feriado a cidade todinha, até onde não deve estar estacionado, isso é um absurdo.

A segunda dificuldade apresentada foi o desconhecimento, por parte dos próprios conselheiros, sobre o seu real papel e sobre a área financeira da SMS. Daí a reivindicação dos usuários e trabalhadores por oficinas de capacitação que não haviam sido realizadas com os conselheiros da nova gestão:

As dificuldades grandes que a gente tem também é saber como agir e no que pode mexer e no que não. É uma coisa que a gente tem grande dificuldade.

Nessa questão financeira, a gente não tem, assim, uma equipe que entenda das finanças e esteja lá brigando enquanto equipe, mas o conselho sempre brigou pra que as contas fossem mostradas, a gente todo momento ia lá, discutia, pedia pra que ele [o secretário] explicasse o que é isso, por que desse jeito, por que gastou tanto com isso, e por que tão pouco sustentável, e por que muito profissional, aí isso aqui foi a grande atuação.

O que ficou fora foi a oficina dos conselheiros que a gente tanto pedia e agora que está saindo.

Na oficina, os conselheiros, ao abordarem o papel fiscalizador e controlador do conselho, relacionaram-no aos recursos da saúde, afirmando que “controlar e fiscalizar foi o que mais funcionou”.

Apresentaram como proposta a capacitação de conselheiros “na parte econômica, para entender como é o orçamento, que é uma coisa difícil, como funciona a conta do fundo municipal”.

Essa avaliação e essa proposta dos conselheiros demonstram a preocupação com o gasto dos recursos do FMS, que também é expressa no decorrer das atas das reuniões e nas entrevistas, conforme se mostrará a seguir.

O Exercício do Controle Social sobre o Fundo Municipal de Saúde

Apresentam-se, aqui, os resultados da análise da forma como o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema acompanhou o FMS e interveio na destinação de tais recursos desde a sua posse, em janeiro de 1994, até o mês de janeiro de 1997. Esses resultados apontam as possibilidades e limi-

tes do controle social sobre os recursos da saúde naquele município. A análise foi feita por meio de consultas às atas das reuniões e de entrevistas com os conselheiros, nas quais se destacou o posicionamento de cada um em relação aos recursos para a saúde, e, ainda, por meio da leitura das tabelas demonstrativas da movimentação financeira do FMS.

A análise do controle social sobre o FMS se inicia com a descrição das intervenções dos conselheiros sobre a sua movimentação financeira e dos efeitos por elas provocados, com base nos registros das atas das reuniões do CMS.

Na primeira reunião do conselho (19/01/94), o prefeito esteve presente para dar posse aos conselheiros e, após este ato, falou sobre a criação do FMS e seu funcionamento, ressaltando que competia ao CMS a administração dos recursos destinados ao setor.

A partir da terceira reunião (23/02/94), o secretário iniciou a prestação de contas ao conselho dos gastos efetuados pela SMS e, a partir da quinta reunião (26/05/94), apresentou também as receitas, informando sobre o movimento financeiro do Fundo Municipal de Saúde.

Na oitava reunião (01/09/94), um conselheiro, representante dos trabalhadores da saúde, solicitou a documentação comprobatória das despesas. Na reunião seguinte, observou-se, nos registros em ata, que a prestação de contas apresentada foi mais detalhada e organizada do que as anteriores e que as notas comprobatórias das despesas solicitadas pelo conselheiro foram submetidas à aprovação do conselho.

Na décima reunião do conselho (08/06/95), o secretário de Saúde informou o valor do teto financeiro⁷⁵ do município de Santana do Ipanema, que era de R\$ 39.769,00. Esse montante foi repassado em cotas mensais pelo Ministério da Saúde, com base na produção de serviços de saúde do município.

O secretário apresentou a tabela a seguir, com a distribuição desse teto por unidade de saúde, esclarecendo que “para a definição deste teto, foram levados em consideração as atividades e serviços oferecidos em cada Unidade de Saúde” (Ata da reunião do CMS/SI, 08/06/95). Após a apresentação da tabela, não houve discussão por parte dos conselheiros.

Tabela 6 – Demonstrativo da distribuição do teto financeiro por unidades de saúde do município de Santana do Ipanema junho de 1995 (R\$)

Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego	18.339,47
Centro de Atenção à Saúde da Mulher	3.534,65
Centro de Saúde de Areias	2.198,65
Posto de Saúde Tobias de França	325,25
Posto de Saúde Samambaia	252,28
Posto de Saúde Olho d'Água do Amaro	321,30
Posto de Saúde Santa Ana	280,00
Posto de Saúde Serrote dos Severianos	270,30
Posto de Saúde São Félix	4.619,23
Posto de Saúde Camoxinga	314,53
Posto de Saúde Serrote	288,87
Posto de Saúde Senhora Santana	329,48
Subtotal – SMS	31.074,01
Hospital Estadual	5.309,00
Laboratório Senhora Santana (conveniado)	3.268,00
Clodolfo (consultório conveniado)	58,80
Dalmário (consultório conveniado)	58,80
Subtotal	8.694,60
TOTAL	39.768,61

Na Tabela 6, observa-se que a SMS repassa recursos para um laboratório privado e consultórios médicos particulares, por meio da compra de serviços complementares à rede. Isso mostra que também na ponta do sistema de saúde, ou seja, na esfera municipal, recursos públicos são repassados à rede privada, são privatizados. No município de Santana do Ipanema, de acordo com a tabela, os recursos repassados à rede privada correspondem a um percentual de 8,5% do teto financeiro municipal, ou seja, dos gastos com o atendimento ambulatorial (SIA/SUS).

O referido laboratório (Laboratório Senhora Santana) mantém convênios com outros municípios e pertence ao vice-prefeito, o qual, ao ser entrevistado durante a pesquisa de campo para realização deste trabalho sobre a

relação do laboratório com a SMS, afirmou: “não tem problema, porque o trabalho é totalmente transparente. Não participo dessa relação, só a parte técnica pode participar, não é minha parte, tem uma parte informatizada para ambos os desenvolvimentos”.

Na décima segunda reunião (20/12/95), o secretário informou que “o Ministério da Saúde liberou a verba no valor de R\$ 108.381,89 no dia 27/11/95, que será destinada à compra de leite e óleo para o Programa Leite é Saúde” (Ata de reunião do CMS/SI de 20/12/95).⁷⁶ Não há registro em ata de qualquer comentário dos conselheiros a respeito do uso desses recursos, que tampouco aparecem na movimentação financeira do FMS, apresentada nas atas dos meses subseqüentes.

Nessa mesma reunião, a assessoria técnica da SMS explicou o Plano de Aplicação Financeira para 1996 e o aumento do teto financeiro do município. Na reunião seguinte (08/02/96), o plano foi apresentado e, após análise e discussão, aprovado pelos conselheiros. O total da previsão de aplicação de recursos para 1996 foi de R\$ 1.133.531,00, sendo as fontes financiadoras a prefeitura municipal – com o montante de R\$ 470.000,00, ou 41,5% – e o Ministério da Saúde – com o montante de R\$ 663.531,00, ou 58,5%.⁷⁷

Na décima quarta reunião (28/03/96), ao ser apresentada a prestação de contas, os conselheiros indagaram sobre os gastos com alimentação, medicamentos e pessoal. Após as respostas e esclarecimentos do secretário, a prestação de contas foi aprovada. Em seguida, os conselheiros sugeriram “que na próxima prestação de contas, os gastos sejam melhor discriminados e a receita seja colocada no início” (Ata da reunião do CMS/SI de 28/03/96).

Observa-se que as prestações de contas posteriormente apresentadas sofreram modificações de acordo com as solicitações dos conselheiros: as receitas passaram a vir em primeiro lugar e os gastos passaram a ser mais detalhados.

Os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde e dos usuários (Associação de Moradores) solicitaram que fossem feitas cópias da prestação de contas, para que cada um pudesse acompanhá-la melhor. A solicitação também foi encaminhada pelo secretário.

Na décima nona reunião (31/10/96), surgiram novos questionamentos em torno da prestação de contas, sobre “as gratificações, aumento na compra de medicamentos e compra de um caixaõ (...); secretário deu as explicações necessárias e as contas foram aprovadas pelo Conselho” (Ata da reunião CMS/SI de 31/10/96). Não constam nessa ata as referidas explicações.

Em seguida, os conselheiros pediram esclarecimentos sobre os recursos repassados pela Fundação Nacional de Saúde. O secretário

prestou os seguintes esclarecimentos sobre o convênio com a FNS: este convênio tem como finalidade a descentralização do controle de doenças transmitidas por vetores (endemias). Foram repassados um total de R\$ 108.000,00 (cento e oito mil reais), sendo R\$ 83.000,00 para serviços de terceiros – pessoa física, R\$ 20.000,00 para material de consumo e R\$ 5.000,00 para serviços de terceiros – pessoa jurídica. Como contrapartida da Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema, serão repassados R\$ 10.800,00 em material de consumo. A vigência do convênio é de 01 ano, a contar da publicação do mesmo no Diário Oficial da União. Portanto, deve vigorar até junho/97. A prestação de contas deste convênio será feita ao término do mesmo. O secretário informou que com estes recursos está implantando o Núcleo de Vigilância em Saúde de Santana do Ipanema, que servirá para integrar os trabalhos da Vigilância Sanitária Epidemiológica, Educação em Saúde e o Pacs. Informou ainda que para ampliação do trabalho do Controle de Endemias, foi necessário contratar mais 12 agentes de saúde. Nesse sentido, entrou em contato com o prefeito atual e o futuro vice-prefeito e secretário municipal de Saúde,⁷⁸ para que fossem feitas as indicações destes agentes. O secretário informou que quando procurou o futuro vice-prefeito e secretário municipal de Saúde para indicar os agentes para o teste de seleção, foi pensando na continuidade do trabalho, a partir de janeiro, já que este pessoal seria treinado e, havendo mudanças, haveria prejuízo para os trabalhos. (Ata da reunião do CMS/SI de 31/10/96)

Os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde se posicionaram contra a maneira como o pessoal havia sido indicado, “pois o conselho deveria ter sido avisado para participar do processo e dar respaldo à decisão da secretaria e ficava difícil o conselho aprovar as prestações de contas deste convênio, uma vez que não participou do processo”. Vários outros conselheiros comungaram com o pensamento dos representantes dos trabalhadores da saúde. “O secretário de Saúde esclareceu mais uma vez a sua decisão, enfatizou o papel do CMS na fiscalização dos recursos do convênio e nas atividades a serem desenvolvidas. O mesmo encerrou a discussão, se comprometendo a trazer na reunião seguinte o plano demonstrativo das despesas” (Ata da reunião do CMS/SI de 31/10/96).

Observa-se que durante esta última reunião os conselheiros questionaram um alto volume de recursos recebido pela secretaria, por meio do convênio com a Fundação Nacional de Saúde. O secretário teve de dar explicações sobre o uso dos recursos, além de apresentar uma prestação de

contas especial com um demonstrativo de despesas do Plano de Aplicação do Convênio nº 01/96 - FNS/PMSI, repassado aos conselheiros na reunião de 28/11/96.

Outro impasse em relação à movimentação financeira do FMS surgiu também na reunião do dia 28/11/96, na apresentação da prestação de contas do mês de outubro de 1996, quando o secretário informou que a prefeitura não havia repassado sua contrapartida em recursos para o pagamento da folha de pessoal e que, por isso, tal repasse havia sido feito com recursos do SIA/SUS. Para justificar a medida, o secretário alegou que, até o mês de outubro, a prefeitura já havia repassado um percentual de 10,6% dos recursos próprios para a saúde.

Os representantes dos trabalhadores da saúde, dos usuários (Associação de Moradores) e do gestor estadual (IV Coordenadoria Regional de Saúde) protestaram contra a efetivação desse pagamento sem o prévio conhecimento do conselho e pediram explicações sobre o motivo de a prefeitura não ter repassado a sua contrapartida. Ficou acordado entre os conselheiros e o secretário que, na eventualidade de a prefeitura não repassar sua contrapartida, os conselheiros deveriam ser consultados em reunião extraordinária quanto ao uso dos recursos do SIA/SUS para o referido fim.

O secretário cumpriu esse acordo convocando, no mês seguinte, o conselho em reunião extraordinária (10/12/96) para solicitar autorização para pagamento dos vencimentos do pessoal relativos ao mês de novembro com recursos do SIA/SUS, pois a prefeitura municipal não havia repassado sua contrapartida em recursos para a saúde.⁷⁹ Informou que o saldo existente no FMS seria suficiente para esse pagamento. “Diante do exposto houve a aprovação por todos os conselheiros presentes” (Ata da reunião do CMS/SI de 10/12/96).

Constata-se nas atas que os conselheiros não se manifestaram contra o fato de a prefeitura municipal não repassar os recursos para a saúde, limitando-se a querer entender as suas razões. Eles apenas fizeram questão de serem consultados para autorizar o uso dos recursos do SIA/SUS contidos no FMS para cobrir o que a prefeitura deixou de repassar.

Ainda na reunião de novembro de 1996, “o secretário solicitou do conselho a aprovação da modificação do teto financeiro das Unidades de Saúde, justificando que tinha unidade que não estava atingindo o orçamento e o município estava perdendo recursos” (Ata da reunião do CMS/SI, de 28/11/96).

Na ata dessa reunião, consta apenas que “houve várias discussões”, mas estas não foram registradas. O conselheiro representante da IV Coordenadoria Regional de Saúde (gestor estadual) “questionou o teto muito baixo do 1º Centro de Saúde”, porém não há comentário a esse respeito registra-

do em ata. Em seguida, foi aprovada a resolução nº 10/96 do CMS, “contemplando o novo teto das Unidades e que após 03 meses deverá ser rediscutido com o Conselho” (Ata da reunião de 28/11/96).

Tabela 7 – Demonstrativo da programação orçamentária das unidades de saúde do município de Santana do Ipanema cadastradas no SIA/SUS – novembro/1996

Unidades prestadoras de serviços	Código	Orçamento (R\$)
Unidades públicas municipais		
Núcleo de Vigilância em Saúde	0019992	17.476,00
Centro de Saúde de Areias	0002801	6.624,72
Centro de Saúde Dr. Adelson I. Miranda	0019984	6.313,00
Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego	0002941	4.408,00
Centro de Atenção à Saúde da Mulher	0011380	3.000,00
Núcleo de Atenção Psicossocial	0012440	2.000,00
Módulo Odontológico Santa Sofia	0019976	–
Posto de Saúde São Félix	0000442	507,00
Posto de Saúde Samambaia	0000051	306,00
Posto de Saúde Senhora Santana	0000418	306,00
Posto de Saúde Camoxinga dos Teodósios	0000434	306,00
Posto de Saúde Santa Ana	0001759	306,00
Posto de Saúde Olho d'Água do Amaro	0002020	306,00
Posto de Saúde Serrote	0002577	306,00
Posto de Saúde Tobias de França	00011363	306,00
Subtotal	–	42.470,72
Unidade pública estadual		
Hospital Dr. Arsênio Moreira da Silva	0004464	2.500,00
Credenciado Pessoa Jurídica		
Laboratório Senhora Santana	0009580	3.268,00
Credenciado Pessoa Física		
Clodolfo Rodrigues de Melo	0007706	287,64
Dalmário Gaia Nepomuceno	0009059	287,64
TOTAL		48.814,00

Fonte: Divisão de Planejamento e Apoio Técnico da SMS de Santana do Ipanema, 1996.

Observando as tabelas 6 e 7, confirma-se a pertinência do questionamento do conselheiro (gestor estadual) sobre a redução do teto do Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego (1º Centro), que era de R\$ 18.339,47 em junho de 1995, e passou a R\$ 4.408,00 em novembro de 1996. Evidencia-se, também, a queda do teto previsto para o Posto de Saúde São Félix, de R\$ 4.619,23 em junho de 1995 para R\$ 507,00 em novembro de 1996.

Na Tabela 7, o que tem importância destacada para o estudo em pauta é o aumento em percentual de 489%⁸⁰ do montante previsto para repasse aos médicos particulares credenciados em relação à Tabela 6. Esse aumento não foi questionado pelos conselheiros. Os valores repassados aos médicos particulares adicionados aos repassados ao Laboratório Senhora Santana, privado, dão um percentual de 7,82% do total do teto financeiro,⁸¹ mantendo quase a mesma média anterior de repasse para a rede privada.

As prestações de contas dos meses de novembro e dezembro de 1996, apresentadas na vigésima terceira reunião do conselho e primeira reunião com o novo gestor municipal indicado pelo prefeito eleito em novembro de 1996, realizada em 11/01/97, não foram aprovadas pelos conselheiros. Então, “foi sugerido que o ex-secretário municipal de Saúde estivesse presente na reunião marcada para o dia 23/01/97, a fim de esclarecer dúvidas, para a aprovação das prestações de contas relativas aos meses de novembro e dezembro/96” (Ata da reunião de 16/01/97). Não consta em ata o motivo pelo qual o conselho não aprovou as contas, ou qualquer outra discussão a respeito.

O novo gestor municipal da saúde informou, nessa reunião, o saldo do FMS e consultou os conselheiros sobre o que deveria fazer, já que o valor da folha de pagamento de pessoal chegava a quase o dobro do saldo. Sugeriu duas alternativas: pagar a metade dos funcionários ou esperar a vinda dos recursos do SIA/SUS e pagar a todos. O conselho optou pela segunda alternativa.

Nessa mesma reunião foi eleito como presidente do conselho, por unanimidade, um representante dos trabalhadores da saúde, o mais atuante ao longo das duas gestões. O secretário de Saúde não concorreu nesta eleição, por ainda não ter sido oficialmente empossado pelo prefeito e, portanto, ainda não ser legalmente um conselheiro.

Em seguida, o representante do gestor estadual pediu esclarecimentos sobre a contrapartida do município para a saúde. O secretário informou que o prefeito havia firmado um compromisso verbal de repassar R\$ 25.000,00 ao setor. O mesmo conselheiro propôs que a lei do FMS fosse modificada, com o estabelecimento, no orçamento da prefeitura, de um percentual fixo para a saúde. Não há registro quanto à discussão desse ponto.

O representante dos trabalhadores da saúde, presidente recém-eleito do conselho, propôs convidar o prefeito para uma reunião extraordinária com a finalidade de solicitar o repasse de recursos para a SMS. Não constam em ata comentários a esse respeito.

Nessa primeira reunião com o novo gestor, os conselheiros tomaram iniciativas importantes.⁸² Primeiro, reprovaram, a princípio, a prestação de contas de dois meses da gestão anterior. Segundo, elegeram por unanimidade um trabalhador da saúde como presidente do conselho, deixando, inclusive, o secretário municipal de Saúde fora da eleição. Terceiro, questionaram a contrapartida da prefeitura, sugerindo um percentual fixo a ser definido em lei, e tomaram a iniciativa de propor uma reunião com o prefeito para discutir este ponto. Passaram, assim, a uma postura propositiva, cobrando mais efetivamente a contrapartida da prefeitura.

Por meio da análise das atas das reuniões do conselho, pode-se observar, desde o início, que a prestação de contas da movimentação dos recursos da SMS ao conselho foi um compromisso constante do gestor municipal. Este afirmou, em entrevista, ter sido sua a iniciativa de fazer a prestação de contas, obedecendo à lei do FMS,⁸³ que define que o secretário municipal de Saúde deve “submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de Receitas e Despesa do Fundo” (Lei 598, de 21/12/93).

Apesar de ter sido uma iniciativa do gestor municipal, a forma de prestação de contas da movimentação financeira do FMS foi alterada no decorrer das reuniões, por solicitação dos conselheiros. Eles pediram: apresentação simultânea das notas comprobatórias dos gastos efetuados; apresentação das receitas em primeiro lugar; maior detalhamento dos itens das despesas; cópias da prestação de contas para todos os conselheiros; prestação de contas dos recursos do convênio com a FNS. Todas essas solicitações foram atendidas pelo gestor.

A partir das entrevistas com os conselheiros a respeito do acesso, compreensão e satisfação em relação à prestação de contas dos recursos do FMS, obtiveram-se as informações descritas e analisadas a seguir.

Os usuários representantes dos clubes de serviço, da Igreja e das associações comunitárias da zona rural tiveram uma posição semelhante em relação ao acesso e à compreensão da prestação de contas dos recursos da SMS: “Todo mês eles apresentam um balancete e deixam à disposição os recibos. Como se faz um trabalho sério, a gente age mais pela confiança” (Representante dos clubes de serviço). Este conselheiro, por confiar no trabalho do gestor, se satisfaz com a prestação de contas realizada.

“Eles colocam em toda reunião, na mesa, as contas; alguns conselheiros olham, destrincham; eu fico de cá, sabendo que eles estão olhando, fico me confiando” (Representante da Igreja). Este conselheiro de-

posita confiança nos demais, que ‘destrinçam’ as contas, já que estas são complicadas para seu entendimento, limitando-se à observação do empenho dos outros.

“Todos os conselheiros têm acesso às contas, fico satisfeito com a prestação de contas” (Representante das associações comunitárias da zona rural). Este conselheiro se satisfaz com o mero acesso às contas.

O representante das Associações de Moradores fez várias ponderações:

As prestações de contas, de modo geral, tiveram uma transparência razoável. Eu acho isso bom, porque, no passado, não sabia quanto se gastava e de nada, hoje a gente já tem conhecimento. (...) Acompanho permanentemente o desenvolvimento do que entra e do que é gasto. É fundamental porque os desvios deste país são muito grandes, e quando a gente pode participar, pode breçar aqui e acolá, deixando alguém com medo de apresentar uma conta errada. Isso eu acho importante.

É um depoimento que mostra a importância dos espaços democráticos de participação e do acesso aos recursos públicos. Quando o conselho não existia, não havia canal legítimo de informação entre gestores e sociedade. Os gestores ficavam sem controle externo capaz de fiscalizá-los de fato.

A democratização do fundo público da saúde é imprescindível para que os representantes da população usuária acompanhem “o desenvolvimento do que entra e do que é gasto”. Por mais precário que seja esse acompanhamento, ele cria, do lado da sociedade, a possibilidade de “breçar aqui e acolá”, colocando as necessidades da coletividade em pauta. Do lado do gestor, impõe-se a necessidade de “prestar conta do que faz”, ele já não arbitra sozinho: tem de, no mínimo, dar satisfação por seus atos. Isso é relevante em um país como o Brasil, em que corrupção, desvio, apropriação indevida e uso clientelístico do dinheiro público são denunciados diariamente. Constrói-se, assim, um clima de valorização do que é público, de cidadania, de direitos, tornando superável a submissão, historicamente arraigada, do povo brasileiro. O que é público passa a poder ser controlado pelo público. Os gestores já não podem fazer o que querem com os recursos públicos tão livremente como antes; têm de, de alguma forma, prestar conta do que fazem e ficam “com medo de apresentar uma conta errada”.

Sobre a interferência do conselho nas contas, o conselheiro usuário representante das associações de moradores afirmou, em entrevista, que “interfere não com muita intensidade como deveria, a gente já fez algumas oficinas; a gente que não sabia de nada, aprendeu alguma coisa, mas devia ser mais razoável. O que aprovamos é transparente, muitas vezes a gente acha um ponto e procura se informar”.

O conselheiro reconhece a limitação de sua interferência na prestação de contas, pela falta de conhecimento específico da linguagem contábil e de informações sobre o fluxo dos recursos da saúde. Enfatiza a importância das oficinas de capacitação de conselheiros, em que “aprendem alguma coisa”, mas fala também da necessidade de aprender mais. Quando precisa esclarecer um ponto, informa-se, e só aprova o que lhe parece “transparente”, compreensível.

A limitação apontada é comum entre os conselheiros, pois finanças, à primeira vista, parecem coisa de especialista. Apesar de reconhecerem ser fundamental cumprir essa atribuição, eles têm dificuldade em interferir numa área de que pouco entendem.

O representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, em entrevista, fez alguns comentários em relação à prestação de contas que, apesar de também apresentados em uma das reuniões do conselho, não haviam sido registrados em ata:

Nós temos acesso às contas da SMS, a gente vinha sempre aprovando todas as contas, mas na última reunião de que participei, na qualidade de representante do sindicato, eu me neguei a aprovar as contas de setembro de 1996. Entre outras coisas que achei que não estava certo, foi a alteração de despesas com medicamentos. A gente tem a despesa de R\$ 15 a 16 mil, essa média não chegava a R\$ 17 mil. Esse tempo que participo do conselho, no mês de setembro ela estourou, de 16 mil reais passou para R\$ 36 mil, então a secretaria gastou não sei com quem mais R\$ 20 mil, por isso eu não aprovei. Eu só podia aprovar se revisse todas as receitas [médicas], e visse se realmente elas foram assinadas por médicos daqui credenciados pela secretaria; que, anteriormente, não era todo médico que passasse receita que podia ser distribuído pela secretaria. Alegaram que foi por causa da política [eleições]; então, é muito bom o político trazer o médico de Maceió e pedir todo medicamento que ele achar conveniente ou não, e pedir para a secretaria distribuir. O sindicato não aprova, só se fosse com muitas explicações. Isso ficou lá gravado, não sei se passaram para a ata.

O primeiro ponto a observar, com base nesse depoimento, é que nem tudo o que é abordado nas reuniões do conselho é registrado nas atas. As atas nem sempre revelam toda a dinâmica do conselho.

A observação do conselheiro em relação aos valores gastos com medicamentos tem fundamento, está coerente com as informações contidas na tabela demonstrativa de receitas e despesas do FMS apresentada mais adiante, elaborada com base nas prestações de contas feitas nas reuniões e registradas nas atas.

Ao ser perguntado sobre o entendimento das prestações de contas, o conselheiro disse: “se está certo ou errado, entendo, porque tenho 20 anos de

sindicato, e teve época que entrava dinheiro e tinha que mandar para o contador, aí a gente sabe quando uma conta está certa ou errada”.

A experiência desse conselheiro em lidar com a movimentação de recursos na entidade que representa deu-lhe embasamento suficiente para analisar com propriedade a prestação de contas. Ele sugere uma estratégia diferente:

Eu prestaria contas de outra forma, com um relatório-balancete diferente. É mais viável fazer o balancete em uma folha: em uma coluna coloca-se a receita, e a despesa em outra. Essa forma a gente aprendeu com um contador formado e eu acho muito mais viável. Eu já sugeri, mas fui interrompido com outra conversa e não deu pra eu sugerir mais.

Sobre o acesso, a compreensão e suas sugestões relacionadas à prestação de contas realizada, os conselheiros que representam os trabalhadores da saúde disseram:

Em relação ao acesso, está tudo à disposição, eu me preocupo muito com a prestação de contas, onde a gente sabe que pode não estar 100%. Pelo menos aparentemente, vem funcionando, e se tem acesso a qualquer conta aqui. Compreendo, porque na regional a gente está acostumado a ver a prestação de contas, inclusive trabalho no setor que tem acesso também e vejo as prestações de contas. Sou técnico em contabilidade, tenho uma certa facilidade em entender prestação de contas. Eles deviam melhorar mais um pouco. Se pagassem cada coisa com um cheque diferente, seria ótimo; atualmente, ele paga várias coisas com um cheque, aí você sente dificuldade. Ou, ainda, se retirassem o dinheiro e pagassem com dinheiro e que cada recibo fosse um diferente. Eles juntam e fazem um só pagamento, isso dificulta.

Esse conselheiro também tem um maior domínio da linguagem financeira, devido à experiência anterior na entidade e ainda por ser técnico em contabilidade.

O outro representante dos trabalhadores da saúde afirmou:

Da prestação de contas aos recibos, sempre fica alguma coisa, se você for aprofundar fica difícil, essas prefeituras todas têm tudo bonitinho e você sabe que, por baixo... Espero que aqui não esteja acontecendo a mesma coisa. A gente sempre está bisbilhotando.

Esse conselheiro abordou um ponto importante, a possibilidade de as contas se apresentarem corretas apenas aparentemente. Por isso ele admite estar “sempre bisbilhotando”: os artifícios contábeis são geralmente usados para que haja coerência entre receitas e despesas nas prestações de contas. O mesmo conselheiro apontou o que, a seu ver, precisaria ser aperfeiçoado na prestação de contas:

O que tem que melhorar é que, às vezes, pelo fato de estar há quatro anos com a gente, [o secretário] quer adivinhar as nossas decisões, eu não acho que deve ser assim. Por mais que o nosso relacionamento seja bom, na hora H a gente não pode aprovar a coisa simplesmente; ultimamente aconteceu isso.

O conselheiro referia-se, com essa afirmação, à decisão do secretário de pagar a folha de pessoal com o dinheiro do SIA/SUS sem consulta prévia ao conselho, fato mencionado anteriormente, na análise das atas.

A atitude adotada por esses conselheiros trabalhadores da saúde é a de acompanhar a prestação de contas, desconfiando do que se apresenta aparentemente, sempre “bisbilhotando”, e de expressar seus questionamentos e discordâncias. Comprova-se essa postura no registro em ata de suas intervenções.

De forma geral, constata-se, na consulta às atas das reuniões, nas entrevistas com os conselheiros e na análise do relatório da oficina de avaliação do conselho, que os conselheiros têm acesso à prestação de contas dos recursos da SMS. Esse acesso foi facilitado pelo gestor municipal, quando este tomou a iniciativa de realizar a prestação de contas nas reuniões do conselho, e a ele submeter o Plano de Aplicação Financeira/96, para aprovação.

Observa-se que a forma original de prestação de contas foi se modificando em função das solicitações dos conselheiros; estendeu-se, inclusive, seu acesso aos recibos e notas dos gastos efetuados. O gestor foi, progressivamente, adequando a prestação de contas do FMS a essas solicitações.

Porém, os limites do controle social sobre o FMS são muitos. O simples acesso às prestações de contas não garante o seu controle. A dificuldade na compreensão é comum à maioria dos conselheiros; aqueles que apresentam facilidade em lidar com movimentação de recursos tiveram alguma experiência similar, em uma outra instância.

Os conselheiros ressaltaram a importância das oficinas de capacitação na superação de tal dificuldade:

Não só acho importante, mas acho que não devia ser só de um dia, devia ser de dois ou três dias, uma vez que o conselheiro tem muita responsabilidade. Já que vem verba federal do SUS pra gente fiscalizar, a gente tem que ter muito cuidado nisso, na verba que chega na SMS. Acho que a gente tem que ter mais participação e mais conhecimento, porque pode até estar reclamando alguma coisa que não é atribuição do conselho. Por isso é que tem que ter treinamento, que seja custeado pela secretaria do município ou do estado, ou por outros órgãos, mas a capacitação do conselheiro tem que ser feita muitas vezes. Os conselheiros não reclamam porque não sabem reclamar e nem por onde começar. (Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais)

O acesso às receitas e despesas do FMS ajuda, mas não determina o controle sobre o fundo. É necessário que a forma de apresentação da prestação de contas seja acessível aos conselheiros. Além disso, existem inúmeros artifícios contábeis que encobrem as distorções no uso dos recursos, tornando-os aparentemente coerentes. Alguns conselheiros se mostraram satisfeitos com a forma de prestação de contas adotada, outros viram necessidade de aperfeiçoamento e outros, inclusive, sugeriram novas formas que, segundo eles, facilitariam a compreensão de todos.

O maior limite ao exercício do controle social sobre o FMS constatado está no fato de que os conselheiros têm, no momento da prestação de contas, apenas acompanhado e fiscalizado gastos já efetuados. Participaram de forma restrita da definição desses gastos, quando aprovaram o Plano Municipal de Saúde e o Plano de Aplicação Financeira/96. Porém, não participaram da elaboração dos mesmos, a qual ficou a cargo dos assessores técnicos da secretaria. Quando esses planos são submetidos à aprovação do conselho, torna-se mais difícil intervir para modificá-los, pois eles demonstram, aparentemente, uma estrutura coerente. O conselheiro fica sem elementos e fundamentos para questioná-los e acaba legitimando, com sua aprovação em reunião, planos cujas estrutura e meandros ele, às vezes, pouco entendeu. Não se nega a importância deste espaço de aprovação, mas ressalta-se a sua limitação.

O papel dos conselheiros de saúde de Santana do Ipanema, no que concerne ao controle sobre o FMS, está limitado à fiscalização da prestação de contas, à exposição de dúvidas ou de sugestões de melhoria em sua forma de apresentação. Assumiram seu papel de definidores da alocação de recursos, ao reclamarem contra o uso dos recursos do SIA/SUS para pagamento do pessoal. Isso fez com que, em momento posterior, o secretário, antes de usá-lo com tal fim, submetesse a decisão à aprovação do conselho. E, ainda, lutaram por receitas para o fundo, quando exigiram reunião com o novo prefeito para solicitar contrapartida municipal para a saúde.

Destaca-se que, de alguma forma, os conselheiros usuários, ao trazerem as demandas da sociedade para o conselho, influenciaram na alocação dos recursos, quando a secretaria atendeu a algumas destas demandas, reordenando gastos.

Para abordar melhor os limites dos conselheiros no exercício do controle sobre o FMS, serão analisadas as tabelas de receitas e despesas de 1995 e de 1996, elaboradas com base nas prestações de contas registradas nas atas de reuniões do conselho.

Tabela 8 – Receitas e despesas do SUS/Santana do Ipanema. Movimentação do FMS/SI – 1995

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
RECEITA													
Saldo anterior	2.879,28	16,16	9.071,90	8.444,08	133,93	631,51	17.990,27	1.464,94	580,27	12.805,20	12.977,25	20.063,53	87.058,32
SIH/Depósito do SUS	25.755,86	32.031,30	22.872,74	23.778,60	24.763,09	47.472,02	9.347,84	26.665,28	49.787,93	28.149,72	51.714,48	39.697,90	382.036,76
Depósito PMSI	24.573,12	1.342,10	24.418,33	–	14.855,76	19.654,82	15.650,24	10.800,00	22.261,00	19.311,03	19.771,57	39.780,08	212.418,05
Rendimento de aplicação	–	–	424,28	277,55	8,05	2,01	–	0,56	–	0,90	0,36	0,43	714,14
Total de receita	53.208,26	33.389,56	56.787,25	32.500,23	39.760,83	67.76036	42.988,35	38.930,78	72.629,20	60.26685	84.463,66	99.541,94	682.227,27
DESPESAS													
Pessoal	22.868,50	4.899,35	37.635,30	13.501,50	24.656,21	30.893,19	17.407,77	18.261,08	32.667,52	31.786,36	31.938,21	52.107,10	318.622,09
Material de consumo	30.323,60	18.521,57	6.629,15	18.473,04	10.457,58	18.332,20	22.638,03	18.454,20	26.133,16	14.894,13	31.363,69	11.019,09	227.239,44
Medicamentos*	28.665,20	15.473,88	5.390,15	14.144,04	9.910,58	9.687,48	18.668,58	16.699,32	22.662,42	14.310,24	28.394,09	8.211,05	192.217,03
Material permanente	–	298,37	3.565,71	–	3.406,59	–	859,90	1.150,11	350,00	84,40	106,35	219,80	10.041,23
Despesas correntes	–	598,37	513,01	391,76	608,94	544,70	617,71	485,12	673,32	524,71	991,88	831,07	6.780,59
Total de despesas	53.192,10	24.317,66	48.343,17	32.366,30	39.129,32	49.770,09	41.523,41	38.350,51	59.824,00	47.289,60	64.400,13	64.177,06	562.683,35
Saldo/mês seguinte	16,16	9.071,90	8.444,08	133,93	631,51	17.990,27	1.464,94	580,27	12.805,20	12.977,25	20.063,53	35.364,88	

* Medicamento é um subitem da despesa com material de consumo; seus valores estão, portanto, incluídos no item "Material de consumo". (A sua inclusão específica neste quadro visa a facilitar a análise.)

Tabela 9 – Receitas e despesas do SUS/Santana do Ipanema. Movimentação do FMS/SI – 1996

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
RECEITA													
Saldo anterior	35.364,88	29.191,28	30.235,02	31.314,24	19.248,75	12.724,40	10.470,80	8.935,79	51.790,76	138.876,89	141.037,96	109.351,74**	618.542,51
SIH/Depósito do SUS	31.947,44	32.696,24	37.231,86	27.185,42	27.240,97	32.680,99	41.427,53	87.475,78	41.920,26	42.175,55	42.461,76	42.729,41	487.173,21
Depósito PMSI	19.897,30	19.890,16	24.948,49	24.670,92	24.670,92	24.761,04	26.671,05	27.199,25	27.666,12	–	29.000,00	–	249.375,25
FNS	–	–	–	–	–	–	–	–	108.000,00	–	–	–	108.000,00
Depósito P.S.F.	–	–	–	–	–	23.100,00	–	–	–	31.150,00	–	–	54.250,00
Rendimento Aplicação	0,36	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,02	238,96	241,34
TOTAL DE RECEITA	87.209,98	81.777,68	92.415,37	83.170,58	71.160,64	93.266,43	78.569,38	123.610,82	229.377,14	212.202,44	212.501,74	152.320,11	1.517.582,20
DESPESAS													
Pessoal	32.067,20	32.936,97	33.706,29	34.336,31	35.212,75	42.049,69	45.809,93	44.724,78	44.982,58	45.247,89	53.556,08	57.695,68	502.326,15
Material de consumo	24.365,70	14.951,02	21.268,89	25.970,31	18.861,83	22.876,93	18.028,57	22.615,59	38.681,37	19.712,13	29.326,54	8.360,90	265.019,78
Medicamentos*	18.641,02	11.290,19	16.936,58	16.631,14	14.118,56	12.615,40	14.959,34	14.105,07	35.846,42	14.541,37	22.827,47	1.731,00	194.243,56
Material permanente	413,60	2.756,75	904,00	–	113,00	12.757,00	903,89	472,00	2.551,50	1.374,50	15.320,50	155,00	37.721,74
Despesas correntes	1.172,20	897,92	5.221,95	3.615,21	4.248,66	5.112,01	4.891,20	4.007,69	4.284,80	4.829,96	4.946,88	3.303,18	46.531,66
TOTAL DE DESPESAS	58.018,70	51.542,66	61.101,13	63.921,83	58.436,24	82.795,63	69.633,59	71.820,06	90.500,25	71.164,48	103.150,00	69.514,76	851.599,33
Saldo/mês seguinte	29.191,28	30.235,02	31.314,24	19.248,75	12.724,40	10.470,80	8.935,79	51.790,76	138.876,89	141.037,96	109.351,74	82.805,35	

* Medicamento é um subitem da despesa com material de consumo; seus valores estão, portanto, incluídos no item 'Material de consumo'.

** Neste total estão incluídos o saldo das contas do SIA/SUS (R\$ 30,44) e da folha de pagamento dos funcionários (R\$ 43,08), que somam R\$ 73,52.

Nestas tabelas, demonstra-se a movimentação financeira do Fundo Municipal de Saúde de Santana do Ipanema nos anos de 1995 e 1996, com receitas e despesas efetuadas. As receitas têm como fontes financiadoras os recursos da prefeitura municipal, do Ministério da Saúde e de convênios específicos.

A receita proveniente da prefeitura municipal é uma contrapartida em percentual dos seus recursos próprios; não existe lei que defina este percentual, que fica à mercê de decisões políticas. “Estes recursos são usados para pagamento da folha de pessoal, manutenção de veículos, combustível, complementação dos insumos e medicamentos para a sede da saúde pública, além da contrapartida para convênio específico” (Plano Municipal de Saúde, 1996-1997).

As receitas vindas do Ministério da Saúde são repassadas para o município de acordo com o teto financeiro e, eventualmente, por meio de convênios específicos. “Os recursos do Ministério da Saúde são utilizados basicamente para manutenção da rede e complementação de pessoal. Os recursos de convênios específicos são utilizados de acordo com a definição do objeto” (Plano Municipal de Saúde 1996-1997). Segundo entrevista com o gestor municipal, foram firmados convênios entre a SMS e Projeto Nordeste (obras, equipamentos e capacitação de recursos humanos), Programa Leite é Saúde, Programa da Saúde da Família e Programa de Combate às Endemias da Fundação Nacional de Saúde.

As despesas são os gastos efetuados pela SMS e são compostas por itens que englobam diversos subitens: Pessoal (remuneração, prestação de serviços, gratificação, produtividade, plantão, Pacs); Material de consumo (material de limpeza, medicamentos, material cirúrgico e odontológico, rouparia, material de expediente, acessórios para manutenção); Material permanente (equipamentos, material para manutenção, outros), Despesas correntes (telefone, aluguel, luz, água). Esses itens e subitens de despesas variam muito entre as prestações de contas apresentadas e registradas em atas. Nas tabelas 8 e 9, para simplificar, sintetizam-se as despesas, agrupando-as nos quatro itens.

Observa-se que as receitas totais referentes à contrapartida da prefeitura para a SMS nos anos de 1995 (R\$ 212.418,05) e de 1996 (R\$ 249.975,25) foram inferiores às receitas previstas – que, em 1995, foram de R\$ 310.000,00 e, em 1996, de R\$ 470.000,00. Não há registrado, nas atas das reuniões, questionamento algum a esse respeito feito pelos conselheiros.

Outro ponto a ser destacado é que, apesar de as receitas da prefeitura municipal serem destinadas prioritariamente ao pagamento de pessoal, elas cobriram apenas 67% do total desta folha em 1995, e de 50% em 1996; o

restante foi pago com recursos do Ministério da Saúde. E nota-se ainda uma ausência da contrapartida do município nos meses de outubro e dezembro de 1996, a qual, conforme registro em atas, foi questionada pelos conselheiros.

Em relação às receitas provenientes de convênios, observa-se que aparecem as do Programa de Combate a Endemias da FNS, em setembro de 1996. Os conselheiros fizeram alguns comentários sobre essas receitas e o gestor apresentou uma prestação de contas específica para elas. Aparecem também como receita recursos do PSF em junho e outubro desse mesmo ano. Coincidentemente, essas receitas chegam no período próximo às eleições municipais de novembro de 1996. Entre as receitas do FMS, não estão registrados nas prestações de contas realizadas mês a mês os recursos advindos do Projeto Nordeste e do Programa Leite é Saúde. Esse fato também não foi discutido pelos conselheiros durante as reuniões.

Não aparecem, especificamente, entre os gastos, os recursos destinados ao pagamento da rede privada – laboratório e médicos particulares conveniados. Nem mesmo é registrado qualquer comentário dos conselheiros a respeito, apesar de os recursos para estes últimos terem aumentado significativamente de distribuição do teto financeiro entre as unidades de serviço de saúde (cf. tabelas 6 e 7).

Observa-se que não há, por parte dos conselheiros, rigor na fiscalização das prestações de contas. Algumas dificuldades explicam essa falha: os conselheiros só recebem a prestação de contas na hora da reunião, tendo pouco tempo para analisá-la; apresenta-se a prestação de contas de meses acumulados em uma só reunião (na de 20/12/95, por exemplo, foram apresentadas prestações de contas de cinco meses); as contas são apresentadas de forma fragmentada, ou seja, não há um quadro geral com a movimentação do FMS mês a mês, que possibilite uma análise comparativa de receitas e gastos; e, como dito anteriormente, os conselheiros têm dificuldade na compreensão da linguagem contábil-financeira.

Sobressaem no item ‘Consumo’ os gastos com medicamentos, que absorvem de 74,5% dos gastos totais deste item e 25% do total dos gastos do FMS. O alto percentual destinado a medicamentos demonstra que se gasta muito com a ação curativa, o que, inclusive, coloca em xeque o modelo assistencial de Santana do Ipanema, que se diz “pautado no modelo de vigilância em saúde” (Relatório de Gestão 1993-1995). O conselheiro representante do Sindicato de Trabalhadores Rurais chama atenção para o aumento de gastos com medicamentos – que vinha mantendo uma média mensal de R\$ 15.000,00 – no mês de setembro de 1996 e atribuiu tal aumento a manobras eleitorais. No referido mês, o aumento foi de aproximadamente

139% em relação à média dos meses anteriores. Nesse período, não há registro em ata, ou em qualquer outro documento da SMS, de surto, de epidemia ou outra alteração no perfil epidemiológico do município, não havendo, aparentemente, justificativa técnica para elevado índice de aumento no gasto com medicamentos.

É comum o alto gasto mensal com medicamentos nos municípios, segundo informações em entrevista com assessor da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Alagoas. Os medicamentos de Santana do Ipanema são distribuídos por unidades de saúde, de acordo com avaliação do saldo e gasto de cada mês e com um mapa de controle de estoque e pedidos (informações do gestor municipal da saúde, em entrevista à autora durante a pesquisa de campo). As compras desses medicamentos são feitas nos laboratórios oficiais Lafepe (Laboratório Farmacêutico Estadual de Pernambuco), Furp (Fundação para o Remédio Popular) e Lifal (Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas), e complementadas com os representantes de outros laboratórios (entrevista com gestor da saúde durante a pesquisa de campo).

Este gasto elevado com medicamentos chama a atenção para uma questão importante: o beneficiamento de setores privados. Primeiro, porque a maioria dos laboratórios que produzem os produtos farmacêuticos é de economia mista, a exemplo do Lifal, que tem participação privada. Segundo, porque os remédios vendidos por representantes são de grupos privados fortes, que forcem a venda de seus produtos nos municípios. A compra de medicamentos pelo setor público abre um campo de disputa do setor privado para a venda de sua produção. Essa também é uma forma pela qual os recursos públicos da saúde são dirigidos para o jogo do mercado e do lucro.⁸⁴

Além disso, o uso de medicamentos para fins clientelistas e eleitoreiros é uma prática muito comum nos municípios. Também no Lifal essa é uma prática comum: os cargos de direção são escolhidos por indicação política do governador do estado e, segundo entrevista com antigo funcionário, seus produtos são usados, muitas vezes, de forma clientelista, em épocas de eleição.

Apesar de o aumento extraordinário nos gastos com medicamentos no mês de setembro de 1996 ter sido problematizado por um conselheiro, não há registro de questionamento quanto aos fornecedores e à ausência de licitações para essas compras, que envolvem valores altos.⁸⁵

A análise das tabelas 6, 7, 8 e 9 confirma a fragilidade e superficialidade do controle dos conselheiros sobre o FMS. Apesar de o exercício desse controle limitar-se ao acompanhamento e fiscalização das prestações de contas, ele não é feito com precisão e rigor. Além de superar a precariedade

do acompanhamento das prestações de contas, os conselheiros precisariam dar um salto qualitativo em sua atuação, não só fiscalizando gastos já realizados, mas interferindo efetivamente na alocação dos recursos do FMS, de forma a direcionar seu uso. Dessa forma, o controle exercido superaria o nível fiscalizador de gastos efetivados e passaria a controle social de fato.