

## Considerações finais

Maria Valéria Costa Correia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CORREIA, MVC. Considerações finais. In: *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 129-136. 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/).

## Considerações Finais

A possibilidade de haver controle social sobre as ações estatais se constituiu, no período de democratização do Estado brasileiro, como decorrência das mudanças na relação entre este e a sociedade.

Na área da saúde, as primeiras interlocuções dos movimentos populares com o Estado têm origem nos conselhos populares da Zona Leste de São Paulo. Depois, a participação na perspectiva do controle social passa a ser uma das bandeiras do Movimento Sanitário, que ganha legitimidade na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco de fortalecimento da proposta do SUS.

Na Constituição de 1988, o SUS ganha legalidade e a ‘participação da comunidade’ passa a integrar o artigo 198. Mas é com a regulamentação do SUS, na Lei 8.142, que tal participação é institucionalizada por meio de duas instâncias colegiadas, a conferência e o conselho de saúde, esta última com caráter deliberativo. Essa participação é concebida pelo Movimento Sanitário como controle social, na medida em que compete ao conselho atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Destaca-se, aqui, o exercício do controle social sobre a política de saúde, principalmente, sobre os recursos a ela destinados. O controle social só se concretiza se houver um controle sobre o fundo público da saúde; de outra forma, ele é apenas formal. A sociedade, por meio de seus representantes no conselho, deve opinar, intervir e definir sobre os gastos na saúde, direcionando-os para o atendimento às necessidades e interesses da coletividade.

Nos conselhos estão representados diferentes interesses que se confrontam, e vence a proposta dos setores mais articulados, que têm maior poder de barganha. Os conflitos se revelam também na destinação dos recursos públicos, que podem ser usados para finalidades diversas: fortalecer um modelo assistencial curativo (priorizando atendimentos hospitalares de média e alta complexidade, favorecendo grupos de empresas nacionais e

internacionais de insumos, medicamentos e equipamentos tecnológicos) ou fortalecer um modelo assistencial de promoção da saúde; reforçar programas verticalizados ou organizar serviços de acordo com as necessidades locais; comprar cada vez mais serviços privados da rede conveniada/contratada ou ampliar a rede pública. Tais recursos podem ser aplicados de forma clientelista ou segundo critérios técnicos. Enfim, é na aplicação dos recursos que se vai modelando uma gestão para construção e consolidação do SUS, ou para o seu desmonte, atendendo cada vez mais aos interesses do capital.

O que preconiza o SUS, ou seja, suas diretrizes, princípios e modelo assistencial, significa uma resistência ao rumo que a política de saúde, de um modo geral, vem tomando.<sup>86</sup> De um lado, temos o SUS legal, universal, gratuito, público, descentralizado e com participação social; de outro lado, temos as investidas na quebra da universalidade, da gratuidade e do seu caráter público. São interesses diferentes em disputa: remanescentes do Movimento Sanitário, parlamentares, movimentos sindicais e populares contra as propostas dos grupos privados de prestação de serviços de saúde, empresas nacionais e internacionais de equipamentos e medicamentos e alguns burocratas estatais. A implantação do SUS vem sendo sabotada pela política econômica neoliberal,<sup>87</sup> em curso no país, que não garante fontes estáveis de recursos para a saúde e desvia recursos do Orçamento da Seguridade Social para áreas fora de seu âmbito (previdência, saúde e assistência).

Na esfera municipal, temos assistido a várias experiências bem-sucedidas de implantação do SUS,<sup>88</sup> em que o gestor demonstra vontade política de realizar uma gestão permeável às demandas da população, alocando os recursos para atender a suas necessidades. A descentralização dos recursos tem favorecido essas gestões, e a participação social efetiva os tem colocado na direção dos interesses da coletividade. São essas experiências que mostram o verdadeiro SUS, porém elas têm se dado isoladamente e são minoria no contexto da política nacional de saúde.

A política adotada pelo Ministério da Saúde, de priorizar os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários, incentivando com mais recursos os municípios que atingirem uma maior cobertura da população, tem, muitas vezes, surtido um efeito contrário à estrutura propugnada pelo SUS. Alguns municípios abraçam esses programas como as únicas ações de saúde, destruindo a estrutura do modelo assistencial do SUS; outros conseguem incorporá-los na estrutura de saúde local, não a distorcendo. Neste segundo caso, os programas têm surtido um efeito positivo.

A reciclagem do modelo médico assistencial privatista de que fala Eugênio Vilaça Mendes (1994), implementado desde o período da ditadura, é uma orientação do projeto neoliberal que tem beneficiado o setor privado da

saúde, basicamente, de quatro formas. Primeiro, com a renúncia fiscal por meio de isenção de impostos, tributos e contribuições dos grupos filantrópicos e/ou privados, e ainda por meio do abatimento dos gastos com saúde no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas que têm planos de saúde. Segundo, quando a legislação considera os serviços de saúde como custos operacionais das empresas, permitindo repassá-los aos preços dos produtos, fazendo o seu pagamento recair sobre o conjunto da população. Terceiro, quando os segurados da rede privada usam os serviços da rede pública em situação de emergência ou para o tratamento de alto custo, pois a maioria dos seguros não os cobre.

Na quarta forma, o Estado repassa recursos públicos diretamente para a rede privada, por meio da compra de serviços, já que a Constituição de 1988 estabelece a rede privada como complementar à rede pública. Essa complementaridade está distorcida, na medida em que cerca de 70% dos serviços prestados pela rede pública são produzidos pela rede privada (Cohn, 1996). Esses recursos públicos também são repassados em algumas modalidades de gestão – terceirização, delegação, parcerias com ‘organizações sociais’ –<sup>89</sup> que são formas de privatização da rede pública: nelas, repassam-se recursos públicos para a administração de grupos privados. Essa ‘complementaridade’ da rede privada, ou essa transferência de gestão para grupos privados, anda ombro a ombro com o SUS, e muitos de seus ‘defensores’ não vêem incompatibilidade alguma nesta simultaneidade. Na arena do SUS, coexistem concepções diferentes dos atores que a compõem, que expressam também interesses divergentes. O SUS tem sido distorcido e corroído na sua base e em seus princípios, mesmo pelos que se dizem adeptos. Os verdadeiros defensores do SUS vêm resistindo ao rumo que a política nacional de saúde está tomando e tentam assegurar o que já foi conquistado.

A expansão da compra de serviços ao setor privado implica o repasse direto de recursos públicos para a rede privada, subsidiando o processo de acumulação de capital, na medida em que a rede privada tem fins lucrativos. Os recursos públicos se privatizam quando se substituem os fundos de acumulação privada por fundos estatais. Dessa forma, acontece o processo de privatização do público, em que recursos públicos servem como argamassa da reprodução do capital, como aponta Oliveira (1990b).

Esse processo de privatização do fundo público da saúde faz parte de um processo maior, que compõe a particularidade da utilização do fundo público na realidade brasileira.

O fundo público é estrutural no sistema capitalista: é utilizado para o financiamento da acumulação de capital e para o financiamento da reprodução da força de trabalho. Nos países do *Welfare State*, o fundo público foi

progressivamente usado para o financiamento da reprodução da força de trabalho, aumentando o salário indireto e o poder de compra do trabalhador. Essa forma que o fundo público assumiu foi chamada por Oliveira (1993) de “modo social-democrata de produção”, que substituiu a auto-regulação capitalista, num processo simultâneo à estruturação de uma esfera pública e à consolidação da democracia.

No Brasil, o *Welfare State* não passou de um arremedo. Segundo Oliveira (1990a), o que se deu aqui foi um ‘Estado de mal-estar’, resultado de uma economia de regulação ‘truncada’, sobredeterminada por um Estado autoritário, sem regras na regulação da economia, que se torna, assim, um Estado com esfera pública desestruturada e com uma democracia não consolidada.

A utilização do fundo público se deu de forma casuísta, à mercê de interesses privatistas e clientelistas. Contudo, na década de 80, palco de efervescências políticas, a sociedade civil mostrou, segundo Oliveira (1995a), capacidade de responder ao ataque neoliberal, organizando-se. Como o uso do fundo público é determinado pelas regras assentidas entre os principais grupos políticos, ou seja, o gasto público é determinado pela luta de classes, houve, da parte dos trabalhadores, uma resistência à privatização. Restabeleceram-se canais de interlocução entre Estado e sociedade, criaram-se espaços de possibilidade do controle social sobre as ações estatais, sobre o gasto público, sobre o papel do Estado no movimento da economia, na destinação de gastos a finalidades sociais.

Porém, com o reflexo no Brasil da crise do *Welfare State* e a exigência de uma intervenção estatal nos limites da necessidade de reprodução do capital, vem se implantando um ‘neoliberalismo à brasileira’, nos termos de Oliveira (1995a), que começou durante o governo Collor e vem se intensificando com Fernando Henrique Cardoso. Houve um refluxo do movimento popular e sindical, decorrente de uma certa apatia social, alimentada pelo fantasma do desemprego, do fim da estabilidade funcional etc. Mas, observa-se também, entre setores da sociedade, uma capacidade de criar formas de democratização e intervenção “na condução dos negócios do Estado, ameaçando o monopólio que as classes dominantes tinham sobre os recursos estatais” (Oliveira; 1995b:8).

No setor saúde, as CNSs, desde a VIII CNS/86, têm mobilizado as organizações populares e sindicais em torno de um projeto nacional. A IX CNS/92 e a X CNS/96 demonstraram a força mobilizadora do setor, realizando conferências municipais e estaduais, que culminaram em legítimas conferências nacionais, com delegados eleitos nas bases. Demonstraram também uma grande capacidade de contestar a política neoliberal em curso e capacidade propositiva.

Os conselhos de saúde, realidade atualmente no Brasil – existem em mais de 94% dos municípios –, são considerados mecanismos de controle social da política de saúde, devido ao seu caráter deliberativo, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros. São milhares de novos sujeitos políticos na arena do SUS. Esses conselhos podem interferir na “condução dos negócios do Estado no setor saúde, democratizando o espaço público, até então um santuário sagrado de outras classes ou interesses” (Oliveira, 1988:22).

Apresentou-se, aqui, um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema, em Alagoas. Nele, procuramos verificar como se deu o controle social sobre a verba para o setor, concentrada no Fundo Municipal de Saúde (FMS) – composto por recursos oriundos do Ministério da Saúde, conforme teto financeiro municipal; de convênios específicos (programas Saúde da Família e Leite é Saúde, Projeto Nordeste e Programa de Combate às Endemias da Fundação Nacional da Saúde); e por recursos próprios da prefeitura municipal.

Por meio da análise das atas, de leis municipais, do relatório da oficina de avaliação do conselho e das entrevistas, chegou-se a algumas conclusões.

O município não tem tradição de fortes organizações populares e sindicais. Pelo contrário, as associações comunitárias da zona rural foram organizadas graças ao apoio das instituições governamentais Emater e Papp, e suas lutas se dão em torno de questões imediatistas. Das quatro associações de moradores existentes, três foram criadas por vereadores com fins eleitoreiros, e o único sindicato, que é o de trabalhadores rurais, tem características corporativistas e assistencialistas. Os trabalhadores da saúde não têm organizações locais. Os movimentos religiosos apresentam também características assistenciais. Os representantes dessas entidades compõem o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Apesar de não serem entidades com tradição de luta, os seus representantes no conselho demonstraram compromisso ao freqüentarem, durante o período analisado, uma média de, no mínimo, 50% das reuniões. Os representantes que fizeram maior número de intervenções foram o gestor municipal da saúde, os trabalhadores da saúde e o representante das associações de moradores.

Observou-se que os representantes do segmento de usuários mantiveram uma constante articulação com as entidades que representam, o que estabeleceu uma certa permeabilidade da gestão municipal às demandas da população. O conselho se constituiu em um espaço de interlocução entre a sociedade e a gestão da saúde, na medida em que algumas dessas demandas foram respondidas positivamente, interferindo de forma indireta na destinação dos recursos destinados ao setor.

Em relação ao controle social do CMS sobre o FMS, destacam-se alguns pontos para reflexão.

Observou-se que a prestação de contas das receitas e despesas do FMS foi prática constante do gestor. Nas reuniões, segundo registro nas atas, os conselheiros fizeram questionamentos a respeito de um gasto ou outro, aos quais o gestor respondeu em seguida. Os conselheiros solicitaram algumas alterações na forma de prestação de contas, como, por exemplo, que fossem apresentadas notas comprobatórias dos gastos, que as receitas fossem apresentadas antes das despesas, que esta última fosse mais detalhada, que se distribuíssem cópias da prestação de contas para cada um deles, e que fosse apresentada também a prestação de contas de recursos extras de convênio. Todas essas solicitações foram atendidas pelo gestor. Assim, os conselheiros obtiveram pelo menos o acesso às informações sobre receitas e despesas públicas da saúde. Nas entrevistas, todos confirmaram a transparência na gestão dos recursos e o acesso a tais informações.

É de grande importância a transparência e o acesso às informações sobre os recursos, pois estes, na realidade brasileira, têm sido considerados reservados a quem os administra. Os recursos públicos são geralmente tratados como um bem ‘do governo’, e não da sociedade, e este os administra conforme seus critérios, que, muitas vezes, não são estabelecidos para beneficiar a população, mas para atender a interesses clientelísticos e/ou privatistas.

O acesso à informação cria a possibilidade do controle social, como afirmou um conselheiro usuário em entrevista à autora durante a pesquisa de campo: “antes ninguém sabia o que entrava nem o que saía, e agora se sabe”. A existência do conselho e seu acesso às contas do FMS constituem um espaço de alteridade, em que o que é público pode tornar-se do público. Conforme o mesmo conselheiro, “pelo menos o gestor fica com medo de apresentar uma conta errada”. Nesse espaço democrático de participação – o conselho –, surge a possibilidade do resgate e/ou ampliação da esfera pública, tão sucateada, reduzida e desestruturada.

Porém, no caso do conselho estudado, as interferências dos conselheiros na alocação de recursos foram muito limitadas. Essas aconteceram quando os conselheiros traziam demandas da população, como solicitação de reforma do posto de saúde, saneamento básico, contratação de mais médicos etc., e algumas eram atendidas. E também quando reclamaram contra a utilização dos recursos vindos do Ministério da Saúde (SIA/SUS) para pagamento de pessoal e contra a inexistência de contrapartida dos recursos da prefeitura, e ainda, quando não aprovaram a prestação de contas dos meses de novembro e dezembro de 1996.

O controle social sobre o FMS pelos conselheiros limitou-se à aprovação ou reprovação das prestações de contas e/ou pedidos de esclarecimentos sobre gastos efetuados. Os conselheiros não participaram das decisões sobre os gastos a serem efetuados, a não ser quando aprovaram o Plano Municipal de Saúde e o Plano de Aplicação Financeira, elaborados pela assessoria técnica da SMS, sem a sua participação.

Apesar de considerarem fundamental a questão dos recursos, os conselheiros se limitaram a acompanhar e/ou fiscalizar os gastos já realizados. Nas entrevistas, a maioria dos conselheiros falou de sua dificuldade em compreender a prestação de contas e da necessidade de cursos de capacitação para tal. A análise das tabelas das prestações de contas dos anos de 1995 e 1996 revela a fragilidade desse acompanhamento e/ou fiscalização: grande montante de recursos de alguns convênios não apareceu na prestação de contas, sem que tenha havido, por parte dos conselheiros, qualquer questionamento.

Em que pese haver, sistematicamente, a apresentação das receitas e despesas ao conselho, este procedimento não garante o controle dos recursos públicos para a saúde, em parte devido à forma de apresentação da movimentação financeira e, em parte, em decorrência do despreparo dos conselheiros para a plena realização dessa atividade de avaliação e análise financeira.

Em relação aos recursos repassados para os serviços privados, que não aparecem na prestação de contas, não há registro de questionamentos por parte dos conselheiros. O montante a eles destinados aparece nas duas tabelas (6 e 7) de distribuição do teto financeiro entre as unidades de saúde do município. Observa-se que, da Tabela 6 (junho de 1995) para a Tabela 7 (novembro de 1996), houve um aumento de recursos a serem repassados para médicos particulares credenciados, sem que qualquer conselheiro tenha comentado o fato. Isso evidencia que a privatização dos recursos públicos não integra o universo de preocupação dos conselheiros do município estudado.

O controle social sobre os recursos públicos da saúde é um desafio para os conselheiros, pois são inúmeras as dificuldades para sua efetivação. Primeiro, por ser uma prática recente, que vem substituir toda uma postura de submissão que levava a tratar os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à alçada dos burocratas e administradores. Muito caminho tem de ser trilhado para que o que é público se torne objeto de controle social.

Depois, porque os instrumentos de prestações de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a avaliação de receitas e despesas e a conferência das notas comprobatórias. Além disso, as informações sobre as receitas



são domínio do gestor, ficando a critério dele repassá-las ou não ao conselho. Existem muitos artifícios contábeis que harmonizam receitas e despesas, o que torna difícil sua verificação.

Porém, alguns pontos podem ser melhorados para facilitar o controle sobre os recursos. Diante das dificuldades, os conselheiros entrevistados sugeriram oficinas de capacitação que lhes possibilitem entender, inclusive, o fluxo de movimentação dos recursos para a saúde – de onde, como quando chegam, quanto vem, entre outras.

E, para facilitar a prestação de contas, fizeram algumas sugestões: “é mais viável fazer o balancete numa folha; em uma coluna, coloca-se receita, e a despesa em outra”; “se pagassem cada coisa com um cheque diferente, seria ótimo (...) eles juntam e fazem um só pagamento, isso dificulta”.

Seria importante que os conselheiros tivessem acesso à fonte de receitas e ao extrato mensal das contas do FMS, para não ficarem à mercê das informações do gestor. Na tentativa de superar esse problema, alguns conselhos criaram comissões específicas para acompanhar o movimento do FMS, as quais trazem suas observações para a apreciação de todos os integrantes. Outros conselhos têm recorrido a uma assessoria específica, que fica à disposição para explicações e esclarecimentos.

Além de acompanhamento, fiscalização e avaliação da movimentação financeira do FMS, destaca-se a importância da participação do conselho na elaboração do planejamento municipal da saúde e no seu respectivo plano de aplicação financeira. A passagem do nível meramente fiscalizador para um nível propositivo tornaria o exercício do controle social mais efetivo. Os conselhos precisam interferir na alocação dos recursos, orientando-os na direção dos interesses da coletividade. As propostas em torno do orçamento participativo para a saúde na X CNS/96 giraram em torno desse ponto.

O controle social sobre as ações do Estado é um desafio que implica a democratização do fundo público e, conseqüentemente, a estruturação de uma esfera pública.

A criação e fortalecimento de mecanismos de controle social e a democratização da gestão do fundo público se fazem urgentes. Podem contribuir para a reversão da tendência, em curso no Brasil, de apropriação privada do que é público e de sua mercantilização em busca do lucro, mudando o rumo de sua utilização e levando-o a, cada vez mais, financiar a produção de bens e serviços coletivos, estendidos a toda população.

A saúde – condição vital – não pode ficar à mercê das leis do mercado. O SUS precisa ser retomado e consolidado.