

Notas

Maria Valéria Costa Correia

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CORREIA, MVC. Notas. In: *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 137-152. 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/).

Notas

- ¹ O termo ‘institucionalização da participação’ ou ‘participação institucionalizada’ utilizado aqui está de acordo com a conceituação de Antônio Ivo de Carvalho: “processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo” (Carvalho, 1995:26).
- ² Concepção baseada em Gramsci (1984), para quem a condição subalterna é determinada pelo lugar que os segmentos de classe ocupam no conjunto das relações de produção e nas relações de poder na sociedade capitalista.
- ³ Na sociedade capitalista, o trabalhador vende a única mercadoria que possui – sua força de trabalho – e recebe em troca um salário para adquirir o necessário à reprodução da sua capacidade de trabalho, que deveria suprir as suas necessidades fundamentais e as de sua família. Aqui quando se fala em recursos públicos financiando a reprodução da força de trabalho, estamos nos referindo aos recursos empregados em bens e serviços coletivos, como saúde, educação, moradia, previdência, entre outros, que contribuem para essa reprodução. Estes funcionam como salário indireto ao oferecer parte das necessidades básicas dos trabalhadores.
- ⁴ O *Welfare State* foi a configuração que o capitalismo assumiu em vários países da Europa, depois da II Guerra Mundial até a década de 70, quando entrou em crise. Baseava-se na regulação keynesiana que buscava igualdade e pleno emprego. Nesse período houve uma regulação política da economia refletindo na universalização e ampliação dos direitos. José Paulo Netto (1993) considera que o *Welfare State* foi o único ordenamento sociopolítico na ordem do capital que visou a compatibilizar a dinâmica da acumulação e da valorização capitalista com a garantia de direitos políticos e sociais mínimos.

- 5 Somente no final da II Guerra Mundial expandiu-se a utilização do fundo público para o financiamento da reprodução da força de trabalho, socializando-se, portanto, o custo interno da produção. A expansão desse financiamento, que se tornou um salário indireto, foi impulsionada como uma das estratégias keynesianas para ascensão do consumo de massa e a consecução do *Welfare State*. Oliveira (1988) apontou a combinação de alguns elementos para ascensão do consumo de massa: o progresso técnico, a organização fordista da produção, os enormes ganhos de produtividade e o salário indireto.
- 6 O mesmo autor afirma que “a dialética instaurada pela função do fundo público na reprodução do capital e da força de trabalho levou a inusitados desdobramentos. Há, teoricamente, uma tendência à desmercantilização da força de trabalho pelo fato de que os componentes de sua reprodução representados pelo salário indireto são antimercedórias sociais” (Oliveira, 1988:16). Destaca-se que existem teóricos contemporâneos que discordam desta análise.
- 7 Anthony Giddens é um sociólogo europeu articulador de uma teoria pós-moderna nas ciências sociais. Ficou célebre na mídia internacional, nesta década, ao ser associado às idéias em torno de uma terceira via. É também amigo do primeiro-ministro inglês Tony Blair.
- 8 Robert Kurz é sociólogo e ensaísta alemão. Publicou no Brasil, entre outros, *O Colapso da Modernização*, em 1992. Ele se contrapõe aos grandes intelectuais acadêmicos de esquerda que se encontram próximos ao governo, agindo como se o antigo universo da esquerda estivesse de novo em ordem, embora a política governamental conduza ao contrário de tudo aquilo que sonharam um dia. Cita como exemplos Anthony Giddens, na Inglaterra, que se deixou levar pelo Novo Trabalhismo, e Oskar Negt, na Alemanha, que escreveu um livro para justificar a social-democracia de Schoeder (*Folha de S. Paulo*, 1999).
- 9 Cf. Carnoy (1990). Poulantzas escreveu dois importantes trabalhos sobre o Estado. No primeiro, *As Classes Sociais no Capitalismo de Hoje*, aborda o Estado em uma visão estruturalista; no segundo, *O Estado, o Poder e o Socialismo*, confere ao Estado um caráter de classe.
- 10 Tradução da autora.
- 11 Durante a ditadura o Estado ampliou a política assistencial como estratégia para manter o controle sobre as tensões sociais e legitimar o regime, ao mesmo tempo em que franqueou ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis como saúde, educação e habitação.

- ¹² De acordo com o autor, o Fundo de Investimentos do Nordeste (Finor) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) são parte da crescente interação entre Estado e economia, “característica do capitalismo contemporâneo, em que os fundos públicos constituem um pressuposto do processo de acumulação. A função do fundo público nesse processo consiste, em geral, em potencializar a acumulação para além dos limites impostos pela geração do lucro, utilizando uma riqueza pública que não é capital e que, portanto, na equação geral não é remunerada” (Oliveira, 1990b:73). Na mesma obra, Oliveira afirma que as estatais funcionam, ao lado do Finor e do BNDES, como fundos públicos privatizados, como complemento na direção do movimento de capitais.
- ¹³ O programa neoliberal atravessou a década de 90 e foi incrementado no primeiro e no segundo mandatos de Fernando Henrique Cardoso. No final de 1998 e início de 1999, o país mergulhou em uma grande crise econômica com a desvalorização da moeda, seguindo a trilha percorrida pelo México, Tailândia, Coreia do Sul e Rússia. O governo enfrentou a crise com a receita do Fundo Monetário Internacional (FMI), aumentando impostos e cortando despesas.
- Em entrevista à revista *Época* (fev. 1999) sobre a crise brasileira, tanto o inglês Eric Hobsbawn como o economista liberal americano John Kenneth Galbraith criticam a extrema submissão do Brasil às regras do FMI. Este último afirma ser essa a causa do sofrimento de inocentes e da impunidade dos culpados, ou seja, as pessoas que dependem de algum tipo de ajuda pública são punidas, ao passo que as instituições financeiras são salvas. Hobsbawn diz que o Brasil é vítima de uma crise global do capitalismo e que uma solução possível estaria em novas formas de controle do fluxo de capitais.
- A recessão tem aumentado e o desemprego vem crescendo mais rapidamente no Brasil do que no restante do mundo. O país, de acordo com a pesquisa do economista Marcio Pochmann, professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) ocupa o quarto lugar nessa estatística mundial, ficando atrás apenas da Índia, da Indonésia e da Rússia (*Folha de S. Paulo*, 21 fev.1999).
- ¹⁴ Sobre as negociações democráticas no uso dos recursos públicos, ver Telles (1994).
- ¹⁵ O Sinpas separou a prestação de benefícios – que ficou sob a responsabilidade do INPS – da prestação da assistência médica, que ficou sob a responsabilidade do recém-criado Instituto Nacional de Assistência Mé-

dica e Previdência Social (Inamps). Este órgão foi composto por vários outros: INPS, Inamps, Iapas (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), Dataprev (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), Funabem (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e Ceme (Central de Medicamentos).

- 16 O número de usuários do sistema privado de saúde tem crescido cada vez mais. Em 1988, cerca de 42 milhões de brasileiros compraram assistência à saúde no mercado privado. Em meados do ano 2000, esse número aumentou para aproximadamente 45 milhões.

O Ministério da Saúde constituiu, no início de 1998, um Conselho de Saúde Suplementar para participar da regulação do mercado privado de assistência à saúde, pois a Constituição Federal de 1988 conferiu aos serviços de saúde, públicos e privados, o título de setor de relevância pública, sujeito, portanto, à regulação pelo poder público, a favor dos usuários e consumidores.

A atual regulamentação dos planos e seguros-saúde (Lei 9.656/98), aprovada pelo Congresso Nacional, não contempla princípios básicos como o de cobertura obrigatória de todas as condições citadas na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde. A tendência será a de reduzir os custos em prol das empresas que fazem da saúde uma mercadoria. As novas regras começaram a vigorar em 4 de janeiro de 1999. A partir deste momento, somente empresas registradas na Superintendência de Seguros Privados (Susep) e cujos produtos tenham registro no Ministério da Saúde podem comercializar novos planos e seguros de saúde.

- 17 O estudo dessas propostas está em Mota, 1995.
- 18 Em 1994, o Governo Federal enviou ao Congresso uma proposta de emenda constitucional que significaria um grande retrocesso no concernente aos direitos adquiridos na área da saúde na Constituição de 88 – acesso universal e gratuito aos serviços –, quando propôs a modificação do artigo 196, acrescentando-lhe a expressão ‘nos termos da lei’. Essa proposta foi retirada de pauta após uma mobilização nacional em defesa do SUS, levada adiante por movimentos sociais e sindicais e parlamentares aliados.
- 19 O Consenso de Washington, realizado em 1989, foi um desdobramento da reunião de integrantes do governo norte-americano e organismos financeiros (FMI, Banco Mundial e BID) realizada com o objetivo de

avaliar as reformas na América Latina e impor a adoção da proposta neoliberal em seus países como condição para concessão de cooperação financeira.

- 20 Harvey (1993:119) denominou fordismo keynesiano ao conjunto de práticas do pós-guerra (1945-73) que teve como base o “controle do trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico”.
- 21 As políticas de saúde implementadas no final da década de 70 e nos anos 80 têm influência, principalmente, de dois modelos de reforma sanitária: o *managed competition*, ou competição administrada, modelo norte-americano, e o *internal market*, mercado interno, modelo inglês (Almeida, 1997).
- 22 As organizações sociais foram criadas pela medida provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, que propõe a transformação de estabelecimentos públicos em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, sob a forma de fundação ou associação civil. A criação dessas ‘organizações sociais’ se insere na proposta da reforma estatal do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). Na reforma administrativa do sistema de saúde do Brasil, pressupõe-se que a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médicos hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável.
- 23 Rosângela Cotta et al. (1998) informam que 90% dos planos de saúde não cobrem tratamentos de doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, doenças preexistentes em atendimento de urgência-emergência. Este estudo demonstra que “o sistema público de saúde, mesmo para aqueles que optaram pela saída para o mercado, tem sido duplamente utilizado para subsidiar o setor privado. Primeiro, quando os planos de saúde emitem AIHs para os pacientes conveniados e depois quando, justamente naqueles procedimentos de saúde mais onerosos, a saúde pública continua a ser única alternativa” (Cotta et al., 1998:104).
- 24 Tradução da autora.
- 25 Conforme Eugênio Vilaça Mendes (1994), na década de 80 o modelo de assistência médico-assistencial privatista foi reciclado pelo projeto neoliberal implementado. Esse modelo tornou-se hegemônico na década de 70 e tinha como bases o Estado como o grande financiador da previdência social; o setor privado nacional como o maior prestador de servi-

ços de atenção médica; e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

- 26 O único dispositivo constitucional que causou reação negativa do setor privado, fazendo com que se sentisse ameaçado de perder mais uma fonte de lucro, foi o da estatização dos bancos de sangue.
- 27 A Constituição Federal estabelece, no parágrafo único do art. 198, que o Sistema Único de Saúde será financiado “com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.
- 28 A abertura da possibilidade de propor emendas ao projeto de lei do orçamento levou à apresentação de 75.000 e 72.000 emendas aos orçamentos de 1992 e 1993 respectivamente, situação que fez com que o Congresso fixasse um máximo de 50 emendas por parlamentar, número reduzido para 25 em 1994 (Giacomoni, 1994).
- 29 Atualmente, a saúde fica apenas com cerca de 25% do Cofins (que também financia outras áreas), e a participação na sua receita, que já foi próxima de 50%, baixou para 25% em 1998.
- 30 As restrições foram resultado de decisões políticas conjunturais que privilegiaram a previdência social. As transferências da fonte Contribuição sobre a Folha de Salário – tradicional financiadora de gastos com a saúde – para o Ministério da Saúde caíram de 55,95% em 1992 para 17,4% em 1993, até chegar a 0% em 1994. A partir deste ano, o orçamento do Ministério da Saúde torna-se totalmente dependente de repasses do Tesouro Nacional (Mendes, 1996).
- 31 Oficina de trabalho promovida pelo Conass, Conasems, Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), entre outras, em Maceió, em 18 e 19 de maio de 1995.
- 32 A criação desse fundo visa a burlar o princípio constitucional de que o OSS deve ser composto de Fontes Específicas da Seguridade (Contribuições Sociais) e Recursos Fiscais (Artigo 195-CF/88). O que se verifica é o oposto: o Orçamento Fiscal passa a ser suprido com Fontes da Seguridade Social (Elias Jorge, 1996).
- 33 Diante da insegurança nos repasses de recursos para a saúde e dos desvios destes para outros setores ao chegarem no Tesouro da União, a oficina de trabalho O Financiamento do SUS, realizada em Maceió em

1995, propôs: a retenção nos estados e municípios dos recursos de arrecadação federal correspondentes ao financiamento federal do SUS. Isso porque hoje estes recursos, ao serem transferidos, ‘passeiam’ por várias instâncias federais, com atrasos, depreciação dos valores iniciais, negociações políticas etc. Exemplos desta proposta de retenção poderia ser a transferência à esfera municipal da competência arrecadadora de 50% da Cofins, que ficariam no município para gastos com o SUS e com a assistência social, ou então, a retenção automática de 50% no Tesouro Municipal da arrecadação com a Receita Federal para este mesmo fim.

- 34 Dados apresentados por Elizabeth Diniz Barros na mesa-redonda O Financiamento do SUS – Fontes, Repasses e Estrutura de Gastos, durante a X CNS, realizada em Brasília em setembro de 1996.
- 35 A Comissão Intergestores Tripartite é um foro de negociação da descentralização da saúde. É integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos secretários estaduais de Saúde (Conass) e do conjunto dos secretários municipais de Saúde (Conasems).
- 36 O orçamento da saúde para 1999 “foi retirado do Congresso e reapresentado em novembro/98 no contexto do Programa de Ajuste Fiscal. Aprovado no final de janeiro/99, foi sancionado pelo presidente em meados de fevereiro, cabendo ao MS o total de R\$ 19.555.360.852,00” (*Boletim do Conselho Nacional de Saúde*, mar.1999).
- 37 Segundo informações do Conselho Nacional de Saúde, em 1999 foi criada mais uma fonte de recursos para a saúde: 45% dos recursos do DPVAT – seguro obrigatório de veículos automotores –, passaram a ser depositados diretamente no Fundo Nacional de Saúde. A nova fonte foi instituída por meio de um decreto do presidente da República, como resultado de ação desencadeada pela Procuradoria Geral da República (*Boletim do Conselho Nacional de Saúde*, mar.1999).
- 38 Na X CNS denunciou-se que o Governo repassa para a saúde menos verba do que o previsto e desvia recursos do setor para outras áreas, como, por exemplo, o sistema financeiro, que é beneficiado pelo Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional (Proer), criado para salvar bancos da falência ou para pagar a dívida externa.
- 39 Termo utilizado por Ruth Cardoso em *Movimentos Sociais Urbanos: balanço crítico* (Sori & Almeida, 1983).

⁴⁰ Esses conselhos tinham características diferentes dos atuais conselhos estaduais e municipais de saúde, pois eram organizações próprias da população, completamente independentes do Estado, ao passo que os atuais estão inseridos na estrutura do Executivo.

A partir de abril de 1998, com a criação de 53 conselhos populares de saúde nas regiões leste e sudeste de São Paulo, essa experiência foi retomada: trata-se de conselhos que, pela sua autonomia em relação ao Estado, têm características semelhantes aos da década de 70. São resultado da organização dos movimentos de saúde e do apoio da União dos Movimentos Populares de Saúde da Cidade de São Paulo (UMPS). Têm uma atuação mais independente, voltada para a organização das lutas por saúde pública e qualidade de vida nos bairros, incluindo demandas como geração de emprego e renda, preservação do meio ambiente, saneamento básico, alimentação, educação, assistência à saúde, entre outras. Seus desafios são a integração dessas demandas em planos de lutas conjuntas, o fortalecimento das organizações populares em cada região e sua articulação com a UMPS. (*Mandato Popular*, informativo do vereador Carlos Neder, (6), jun.1998).

⁴¹ O Suds foi criado por decreto em 1987, pelo então presidente José Sarney.

⁴² O subsistema de atenção médica supletiva é o que mais tem crescido no Brasil. Conforme Mendes (1994), está formado por cinco modalidades assistenciais: a medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração. A medicina de grupo está constituída por empresas médicas e é a modalidade de maior cobertura (48,2%) e volume de faturamento (41,3%). Está representada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e pelo Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge).

⁴³ Dados da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), extraídos do *Jornal do Conasems*, ano IV(51), abr.1999.

⁴⁴ A administração pública tem sido gerida, do ponto de vista financeiro e orçamentário, por meio de um caixa único ou de um fundo geral. A autorização para o caixa único está definida pelo artigo 56 da Lei Federal 4.320/64, que dispõe sobre as normas gerais de direito financeiro, para elaboração dos orçamentos e balanços da União, estados e municípios e do Distrito Federal. A mesma legislação, logo adiante, nos seus artigos 71 e 74, autoriza a criação de fundos especiais.

A lei que cria o fundo deverá determinar as normas de controle, prestação e tomada de contas, desde que não contrarie a legislação existente. O fundo

representa antes de tudo uma “conta especial” utilizada especificamente para uma finalidade, no caso, a saúde. (Brasil. MS. *Fundo Municipal de Saúde: guia de referências para sua criação e organização*, 1994)

- 45 Existem outros mecanismos de controle social sobre a saúde a que o cidadão ou mesmo os conselhos podem recorrer. Eles podem, por exemplo: exigir do Ministério Público a garantia do direito à saúde; denunciar irregularidades causadas por autoridades públicas ou por órgão público à Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional ou à Comissão das Assembléias Legislativas; denunciar ao Tribunal de Contas da União irregularidades e ilegalidades contra o patrimônio público; notificar a Procuradoria de Defesa do Consumidor (Procon) sobre mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais e sobre as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde; denunciar o descaso ou a irresponsabilidade de profissionais de saúde aos conselhos profissionais da categoria. Tratamos com maior profundidade desses mecanismos no texto O controle social na área da saúde. In: *Textos Técnicos para Debates: III COESA*, 1996.
- 46 Brasil. Ministério da Saúde. *Conselho de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização*, 1994.
- 47 Relatório final da VIII CNS, 1986. Comissão relatora: Guilherme Rodrigues da Silva, Solon Magalhães Vianna e Roberto Passos Nogueira.
- 48 Antes da X CNS, houve um acontecimento importante para o fortalecimento do controle social na área da saúde. Foi o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado de 24 a 25 de abril de 1995, em Salvador. Os conselheiros de todo o Brasil já expressavam a preocupação de interferir melhor no controle das finanças da saúde, quando incluíram, entre as deliberações finais, a necessidade de “propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, deliberando sobre a destinação dos recursos, fiscalizando e controlando seu funcionamento” (Deliberações finais do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, 1995:2).
- 49 O orçamento participativo diz respeito ao processo de elaboração do orçamento público, especialmente no âmbito municipal. Conforme Giacomoni, no Brasil, à experiência de Lages (SC), no final de 70, com a administração municipal participativa, seguiram-se outras, nos anos 80: “Com exceção da experiência pioneira do município de Vila Velha (ES), o fenômeno tem estado geralmente associado às administrações do Par-

tido dos Trabalhadores, cuja doutrina recomenda essa prática, dentre outros métodos de gestão próprios da democracia direta. (...) O início da difusão dos ‘Orçamentos Participativos’ deu-se nas administrações comandadas pelo PT e iniciadas em 1989” (Giacomoni, 1994:194).

Uma experiência que se consagrou foi a da cidade de Porto Alegre, e, mais recentemente, a de Brasília, que elegeu como objetivos do orçamento participativo: “consolidação do processo de democracia, com maior controle do Estado pela sociedade e ampliação do exercício da cidadania; construção de um Estado transparente, desburocratizado e do público; fortalecimento de uma sociedade civil, autônoma, organizada e participante; fim da estruturação clientelista e fictícia dos orçamentos do Estado” (Distrito Federal. GDF. *Orçamento Participativo: você participa, todos ganham*, Brasília, 1996).

- ⁵⁰ O artigo 35 da Lei 8.080/90 prevê que “para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação de critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos na rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1º - Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”.

- ⁵¹ Conclusão da mesa-redonda Financiamento do SUS da IX CNS/92, *Cadernos da Nona*, 3:59.
- ⁵² Este ministro pertencia ao Partido Socialista Brasileiro (PSB), e na sua gestão foram dados grandes passos no sentido da efetivação da descentralização da saúde.
- ⁵³ O Movimento Municipalista de Saúde nasce no bojo de uma extensa crise, de natureza política, institucional, financeira e ideológica. Flávio Goulart (1996), em seu trabalho *Municipalização: veredas-caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*, define quatro momentos do movimento: período de resistência e baixa institucional-

zação (anterior a 1984); primeiros passos como movimento organizado (1984-1987); expansão e institucionalização (1987-1992); consolidação (de 1992 em diante).

Em 1987, durante uma reunião de secretários municipais de Saúde, forma-se uma comissão encarregada de criar o organismo nacional de secretários, o Conasems. É a partir da criação desse órgão que se expande e se institucionaliza o Movimento Municipalista na área da saúde. Ao longo de todo processo de preparação da IX CNS, em suas etapas municipal, estadual e nacional, tendo como um de seus protagonistas principais o Conasems, o movimento se consolida, chegando a participar, inclusive, da elaboração das NOB de 91 (na sua reedição), de 93 e de 96.

- ⁵⁴ Quem assumiu a direção desse departamento foi Gilson de Carvalho, até então secretário municipal de Saúde de São José dos Campos (SP).
- ⁵⁵ Informações apresentadas por Gilson de Carvalho na mesa-redonda Da NOB/91 à NOB/96, na X CNS/96.
- ⁵⁶ Texto que integra a coleção de textos das entidades participantes do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da X CNS. *Subsídios para a atuação de delegados e convidados da etapa nacional da 10ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, ago.1996.
- ⁵⁷ Informações apresentadas por Eduardo Levcovitz na mesa-redonda Da NOB/91 à NOB/96, na X CNS/96.
- ⁵⁸ O pagamento por produção foi introduzido no Brasil em 1983 por meio do Sistema Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), como parte das medidas racionalizadoras adotadas pelo Plano de Reorientação da Assistência da Previdência Social. A partir de 1990, esse sistema “transformou-se no sistema de repasses financeiros a todas unidades assistenciais, hospitalares e ambulatoriais que integram o SUS, estatais e privadas, mediante a introdução do SIH/SUS e SIA/SUS” (Mendes, 1996:212-213).
- ⁵⁹ A Tabela 2 (Orçamento do Ministério da Saúde para 1997) mostra que, dos R\$ 12.533,80 previstos para serem gastos especificamente com as ações de saúde em 1997, apenas R\$ 3.086,80 (aproximadamente 25%) estavam destinados a ações de prevenção e promoção da saúde, o que confirma a prioridade conferida aos gastos em ações curativas, em detrimento das demais.

- ⁶⁰ Os trabalhadores da saúde que integram a equipe do PSF recebem um salário diferenciado, um salário extra, o que dificulta o estabelecimento de uma política de recursos humanos equitativa para o SUS. Essa diferenciação salarial demonstra o interesse do governo em que este programa funcione de fato, relegando as demais ações a um plano secundário.
- ⁶¹ O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) criado em São Paulo no final de 1995 na gestão de Paulo Maluf é, na realidade, um enorme ‘pronto-ambulatório’, de atendimento primário e encaminhamento dos casos mais graves às unidades do SUS ou a seus conveniados. Seu objetivo principal é transferir parcelas do orçamento do Estado para um grupo de particulares (Motta, 1997).
- ⁶² Em Alagoas, como no Brasil, a participação política foi caracterizada por um “sistema político ‘apoiado’ na oligarquização do sistema de poder, na marginalização do povo do espaço público que, de sua parte, só consolidou-se restritamente” (Moisés; 1990:15). O Estado sempre privilegiou a intervenção e os interesses das classes dominantes, tornando grande parcela da população passiva. Moisés explica essa passividade argumentando que “habitua a ver praticamente todas as iniciativas serem tomadas pelas elites dominantes, ademais privilegiadamente situadas no interior do aparelho do Estado (que tudo pode e para nada precisa pedir autorização à cidadania), amplas parcelas do povo brasileiro teriam desenvolvido uma conduta política que os levaria a esperar tudo ‘de cima’ da iniciativa do poder público (...) o resultado é a edificação de uma ordem política apartada da experiência do povo e, frequentemente, voltada contra os seus interesses fundamentais” (Moisés; 1990:15).
- ⁶³ Essas demandas estão relacionadas ao apoio aos pequenos agricultores, por meio do fornecimento de água, luz, sementes, bateadeira de cereais, carro de boi, fábrica de fubá etc., e a algumas reivindicações dos povoados, como calçamento, telefone, assistência médica e padaria comunitária.
- ⁶⁴ Conselho formado por representantes das associações comunitárias e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, criado para evitar ingerências políticas sobre os recursos do PAPP.
- ⁶⁵ O Sebrae apóia e financia o Programa de Apoio à Pequena e Média Empresa no município de Santana do Ipanema, dentro do Programa de Geração de Emprego e Renda.

- ⁶⁶ As dificuldades para a municipalização giraram em torno da aprovação das leis de criação do Conselho e do Fundo de Saúde pela Câmara de Vereadores, cujos parlamentares queriam, em sua maioria, receber dinheiro em troca de sua aprovação (Entrevista concedida pelo vice-prefeito em dezembro de 1996, durante a pesquisa de campo para elaboração da dissertação de mestrado).
- ⁶⁷ No período analisado (março/94 a janeiro/97), o repasse de recursos estava regulamentado pela NOB 01/SUS/93.
- ⁶⁸ Os representantes dos trabalhadores da saúde, conselheiros que mais intervieram nas reuniões do conselho, são ligados ao Partido dos Trabalhadores (PT), que, em 1996, contava com 140 filiados no município.
- ⁶⁹ A outra associação, cujo representante ocupa a suplência no conselho, também se diz independente politicamente; a maioria de sua diretoria, porém, está ligada ao PT.
- ⁷⁰ Optou-se por transcrever as entrevistas e/ou intervenções na oficina de capacitação fidedignamente, sem corrigi-las ou alterar seus termos.
- ⁷¹ As características do modelo assistencial adotado são as seguintes, de acordo com o Relatório de Gestão 1993-1995: “A organização do Sistema Local de Saúde no município de Santana do Ipanema vem se pautando no modelo de Vigilância em Saúde, tendo como fundamentos os princípios do SUS, ou seja: Universalidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação Social e Complementariedade do Setor Privado. Os serviços de saúde vinculados ao SUS existentes no município desenvolvem atividades em nível primário e secundário, sempre com ações de promoção, prevenção e recuperação, atendendo a toda demanda espontânea, como também a referenciada”.
- ⁷² As obras desse hospital foram interrompidas logo na fase inicial. O que se fez, na realidade, foi a terraplanagem no local em que ele deveria ter sido construído.
- ⁷³ Essa proposta do gestor, aprovada em reunião do CMS, foi resultado da discussão sobre a situação caótica de funcionamento do hospital da rede estadual. A medida chamaria a atenção do estado e o levaria a assumir suas responsabilidades.
- ⁷⁴ Oficina de capacitação realizada com assessoria do Núcleo de Saúde Pública da Ufal, em Santana do Ipanema, em 19 e 20 de dezembro de

1996. Sua coordenação esteve a cargo da autora deste livro. O secretário municipal de Saúde não participou, alegando a necessidade de os conselheiros ficarem mais à vontade no processo de avaliação.

- ⁷⁵ A definição dos tetos financeiros de cada município era resultado de negociações e acordos entre os gestores estaduais e municipais da saúde na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL).
- ⁷⁶ O Programa Leite é Saúde, que distribui leite para crianças desnutridas e gestantes em risco nutricional, é desenvolvido de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Relatório de Gestão 1993-1995).
- ⁷⁷ Os gastos efetuados, segundo quadro de receitas e despesas da SMS de 1996, foram diferentes dos previstos. A prefeitura gastou R\$ 249.375,25; o Ministério da Saúde depositou R\$ 487.246,73, os recursos do Programa Saúde da Família somaram R\$ 54.250,00 e os recursos da Fundação Nacional de Saúde, R\$ 108.000,00.
- ⁷⁸ O grupo político do prefeito havia ganhado as eleições municipais, e já havia decidido que este iria ocupar o cargo de secretário municipal de Saúde, acumulando-o com o de vice-prefeito.
- ⁷⁹ Verifica-se nas prestações de contas apresentadas nas reuniões e registradas nas atas que não houve contrapartida da prefeitura municipal de Santana do Ipanema para o FMS nos meses de outubro e dezembro de 1996. Verificar Tabela 9, adiante.
- ⁸⁰ Na Tabela 6, o montante a ser repassado aos dois médicos credenciados somava R\$ 117,6. Na Tabela 7, esse montante passou a R\$ 575,28. Os valores repassados para cada médico não são altos em termos absolutos – de R\$ 58,80, na Tabela 6, passaram a R\$ 287,64, na Tabela 7 –, mas seu aumento percentual foi de 489%.
- ⁸¹ Apesar de o percentual de repasse para a rede privada – médicos credenciados e laboratório – ter tido um aumento na Tabela 7 de 489% em relação ao demonstrado na Tabela 6, o percentual do repasse total de 7,8% para a rede privada na Tabela 7 foi inferior ao repassado na Tabela 6, de 8,5%. Isso se explica pelo aumento no total do teto financeiro da Tabela 7.
- ⁸² Observa-se que esta foi a primeira reunião realizada após a oficina de capacitação de conselheiros, que teve como um de seus objetivos avaliar a sua atuação. É possível supor que essa atuação mais consistente dos membros do conselho tenha sido reflexo da referida capacitação.

- ⁸³ A lei que institui o Fundo Municipal de Saúde em Santana do Ipanema segue o modelo publicado pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal – Ibam/Conasems em setembro-outubro de 1991.
- ⁸⁴ Em agosto de 1999, foi aprovada a lei dos genéricos, que define que os medicamentos comercializados no país deverão ser identificados não apenas pelo nome ou pelo laboratório, mas por seu princípio ativo – o genérico, a substância que realmente combate a doença para a qual foi indicado. A partir da aprovação dessa lei, os gastos com medicamentos nos municípios podem cair, pois as secretarias municipais de Saúde poderão comparar os preços de dois ou mais medicamentos que tenham como elemento principal da fórmula o mesmo genérico, e comprar o mais barato.
- ⁸⁵ Segundo informações do gestor municipal da saúde de Santana do Ipanema, o limite para compra sem licitação é de R\$ 1.700,00.
- ⁸⁶ O rumo que a política de saúde está tomando é apontado no relatório da pesquisa realizada em 1998 por Emerson Elias Merhy e Wanderley Silva Bueno, sobre os projetos neoliberais privatistas que têm influenciado o imaginário dos vários atores que disputam a hegemonia na reforma do sistema de saúde na América Latina em geral, e no Brasil em particular. A pesquisa mostra que os três projetos do Governo Federal – a NOB/96, a lei de regulamentação dos planos de saúde e a regulamentação das organizações sociais –, são coerentes entre si na intenção de reformar o setor saúde na perspectiva de reforma que o bloco neoliberal “tem colocado para o ‘terceiro’ mundo, como receituário para desenhar o seu futuro” (*Conferência Nacional de Saúde On-Line*, 1998).
- ⁸⁷ A atual conjuntura evidencia que o processo de privatização da rede pública está em marcha. Várias modalidades de gestão têm sido implementadas em função de uma alegada falência da rede pública. A tendência do Governo Federal em relação ao setor saúde foi resumida nas palavras do ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, no primeiro Encontro do Conselho Federal de Medicina de 1997: “o problema do SUS é o seu modelo de gestão (...) A idéia fundamental da reforma do Estado é entregar ao mercado as atividades que podem ser exercidas pela iniciativa privada, inclusive a saúde’ (...) Para reorganização do SUS, o ministro propõe uma adaptação do modelo desenvolvido no Reino Unido, baseado em entidades públicas não-estatais, sem fins lucrativos e de direito privado.” (*Medicina Conselho Federal*, ano X (80), abr.1997:19).

- ⁸⁸ Durante a X CNS/96 foram apresentadas algumas experiências municipais de implementação do modelo assistencial, preconizado pelo SUS, que estavam alcançando sucesso. O professor Elias Jorge, expositor de uma das mesas centrais, empolgou a plenária quando afirmou: “Onde dá SUS, dá certo!”.
- ⁸⁹ Em março de 1997, foi lançado o Plano de Metas do Governo – 1997/98, que preconizava a promoção da saúde por meio do estabelecimento de parcerias com órgãos federais, os estados, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade. Gilson de Carvalho chama a atenção para a forma vaga como o plano trata das organizações sociais, que seriam parceiras do Estado na condução das políticas de saúde: “Tudo parece estar aberto para que essas ‘organizações sociais’ sejam, na verdade, a fachada para a privatização de todo o setor, com a entrada, nas áreas lucrativas, de empresas multinacionais que, todos sabemos, investem na saúde atrás de lucros, mas fantasiadas de ‘entidades sem fins lucrativos’. Com esse tipo de parceria, o governo parece pretender ignorar seu dever constitucional de atendimento universal e financiamento da saúde pública”. (*Medicina Conselho Federal*, ano X, (80), abr.1997:19).