

MINISTÉRIO DA SAÚDE



A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS

Série Histórica do CNS, n. 1

Brasília-DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde



A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL:
Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS

Série Histórica do CNS, n. 1
Série I. História da Saúde no Brasil; n.1
Reimpressão

Brasília-DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Histórica do CNS; n. 1

Série I. História da Saúde no Brasil; n. 1

Tiragem: 2000 - 10.000 exemplares

Reimpressão - 2002 - 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Coordenação-Geral

Espanada dos Ministérios, bloco G, edifício anexo, ala B, 1.º andar, sala 136

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2150 / 315 2151 / 226 8803 / 225 6672

Fax: (61) 321 2414 / 315 2472

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: conselho.saude.gov.br

Edição final e organização: Paulo Henrique de Souza

Capa: Reinaldo Palmeira e Sérgio Ferreira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte

Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS /
Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília:
Ministério da Saúde, 2002.

60 p. - (Série Histórica do CNS; n. 1) - (Série I. História da Saúde no Brasil)

ISBN 85-334-0326-7

1. Conselho de Saúde. 2. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Bra-
sil. Conselho Nacional de Saúde. Coordenação-Geral. III. Título. IV. Série.

NLM WA 540 DB8

2002

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

71200-040, Brasília - DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Sumário

Apresentação	5
Conselho de Saúde – a prática do controle social e os Conselhos de Saúde em 14 reflexões	7
1. Atribuições legais e o espaço de atuação dos Conselhos de Saúde	9
2. Os objetivos e os grandes objetos de atuação dos Conselhos de Saúde	10
3. Relações dos Conselhos de Saúde com a gestão	12
4. Relações entre os representantes dos segmentos e entidades dentro de cada Conselho	14
5. Critérios básicos da elaboração das pautas das reuniões ordinárias do Conselho de Saúde	16
6. Aspectos importantes da aprovação das deliberações do Conselho de Saúde	17
7. O papel das Comissões dos Conselhos de Saúde	19
8. Relações dos Conselhos de Saúde com as entidades e segmentos representados no Conselho	20
9. Relações do Conselho de Saúde com o Poder Legislativo	21
10. Relações dos Conselhos de Saúde entre si	22
11. O controle social e a democratização dos governos e do Estado no Brasil	24

12. As raízes do controle social na área da saúde no Brasil	25
13. O controle social e os Conselhos de Saúde	26
14. Aspectos da conjuntura da Reforma Sanitária Brasileira	27

Anexo I : Exemplos de questões pendentes na organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde	35
---	-----------

O FINANCIAMENTO DO SUS: a Emenda Constitucional n.º 29 (PEC da Saúde) e o desafio do compromisso com a eficiência e a eficácia social do SUS	43
---	-----------

1. O desafio da eficácia no SUS	45
2. Diretrizes Preliminares para a Aplicação do Disposto na Emenda Constitucional n.º 29	50
3. Responsabilidades e obrigações das três esferas de governo com a emenda constitucional n.º 29/2000	55
4. O Plano de Saúde de todos os brasileiros	56

Anexo II: Acesso e utilização de serviços de saúde	59
---	-----------

Apresentação

Estas reflexões e questões pendentes foram geradas no processo de acumulação de experiências nos dez anos da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Neste processo, além das atividades permanentes de apoio e interação com os Conselhos de Saúde, as suas Secretarias Executivas puderam avaliar mais claramente, momentos específicos de intensa troca de experiências, que foram os encontros de Conselhos, de Conselheiros e das próprias Secretarias Executivas.

Enquanto reflexões, sua finalidade é a de subsidiar os Conselhos de Saúde, visando confirmá-las, aprimorá-las e revisá-las, à luz das realidades do SUS em cada município, unidade federada em nível nacional. O texto é por isso, versão ainda provisória, consensada na reunião das Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde Estaduais, do DF e Nacional, realizada em 27 e 28 de novembro de 2000. Poderá tornar-se mais permanente através de possíveis futuros textos, de caráter avaliativo ou deliberativo, por parte dos Conselhos de Saúde das três esferas de Governo. Sua divulgação desde já, visa ampliar o leque de contribuições.

Consta também nesta publicação, materiais bastante oportunos, gerados no Conselho Nacional de Saúde, acerca da Emenda Constitucional do Financiamento do SUS, e diretrizes para a sua aplicação pelos municípios, estados, DF e União.

Nelson Rodrigues dos Santos
Secretaria Executiva do CNS

CONSELHOS DE SAÚDE

A prática do controle social em 14 reflexões

1. Atribuições legais e o espaço de atuação dos Conselhos de Saúde
2. Os objetivos e os grandes objetos de atuação dos Conselhos de Saúde
3. Relações do Conselho de Saúde e a Gestão
4. Relações entre os representantes de segmentos e entidades dentro de cada Conselho
5. Critérios básicos da elaboração das pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde
6. Aspectos importantes da aprovação das deliberações dos Conselhos de Saúde
7. O papel das Comissões dos Conselhos de Saúde
8. Relações dos Conselhos de Saúde com as entidades e segmentos representados no Conselho
9. Relações do Conselho de Saúde e o Poder Legislativo
10. Relações dos Conselhos de Saúde entre si
11. O controle social e a democratização dos governos e do Estado
12. As raízes do controle social na área da Saúde
13. O controle social através dos Conselhos de Saúde
14. Aspectos da conjuntura da Reforma Sanitária Brasileira

Anexo I: Exemplos de questões pendentes na organização e funcionamento de Conselhos de Saúde.

1. ATRIBUIÇÕES LEGAIS E O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de **atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde**, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo.

Por isso, segundo a lei, os Conselhos de Saúde “atuam na”, compartilhando suas atribuições com os Gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembléias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço, inclui os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Aqui reside uma das estratégias centrais dos Conselhos de Saúde, que é a **realização das suas atribuições legais no processo da permanente construção das suas articulações e relações especiais com os Gestores do SUS e com as Casas Legislativas**.

Com relação às duas atribuições legais, cabe ainda uma consideração: a atuação na formulação de estratégias diz respeito a uma postura combativa/ofensiva/criadora de construção do novo modelo, e a atuação ao controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e distorções. Essas duas visões devem ser relativizadas: a atuação na formulação não deve ser **vanguardista** e isolada, mas sempre que possível, articulada e sinérgica com o Gestor do SUS (que tem assento no Conselho de Saúde), e o Poder Legislativo, sem qualquer prejuízo da autonomia e agilidade próprias do Conselho. Por outro lado, a atuação no controle da execução não deve ser meramente da fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais, e de indicadores de saúde. Isso, com o cuidado de não responsabilizar somente os serviços de saúde por todas as agressões à saúde dos cidadãos, que é também de origem social, econômica, racial, etária e de gênero.

2. OS OBJETIVOS E OS GRANDES OBJETOS DE ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Objetivos:

Contribuir para a Gestão no âmbito dos princípios do SUS, especialmente nos aspectos:

1. Situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e de cada indivíduo.
2. Prioridades das intervenções (ofertas de serviços) de promoção, proteção e recuperação da Saúde da coletividade e de grupos de riscos.
3. Formulação de diretrizes e estratégias das intervenções do SUS (oferta de serviços), levando em conta a relação custo-benefício.
4. Formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária.
5. Acompanhamento e avaliação do processo de execução dos planos, do orçamento e do cumprimento de metas, em função dos resultados e impacto na saúde da população geral e dos grupos de riscos, no âmbito das responsabilidades e atribuições legais do Gestor.
6. Receber dos demais órgãos da Gestão, todas as informações necessárias ao cumprimento das atribuições legais do Conselho de Saúde, em relações de parceria e sinergismo.

Objetos:

1. O estado de saúde da população, identificado por indicadores sociais, epidemiológicos e pelas entidades representantes da população usuária, visando orientar os Conselhos de Saúde sobre as prioridades e as estratégias a serem assumidas pelos Gestores.
2. Os princípios constitucionais da *universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação*, que constituem o referencial da construção do novo modelo assistencial e de gestão.
3. O velho modelo assistencial de saúde que privilegia os interesses dos fabricantes e fornecedores privados de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares e serviços de saúde transformados em meras mercadorias, e que persistem em colocar o lucro máximo,

sempre acima dos direitos da saúde da população usuária. Na oferta de serviços predomina a assistência às doenças, com alta porcentagem de assistência evitável ou desnecessária. Os valores desse modelo são a produção quantitativa de serviços, de média e alta complexidade, demanda espontânea a estes serviços, o lucro, o classismo e a exclusão.

4. O novo modelo assistencial de saúde, que privilegia os interesses e direitos de cidadania da população usuária, partindo sempre das suas necessidades, identificadas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades representantes dos usuários. Na oferta de serviços predomina a defesa da vida e a proteção da saúde, sem deixar de assistir os doentes, a partir de rede de Atenção Básica à Saúde resolutiva, eqüitativa e de acesso universal.
5. O velho modelo de gestão financeira, de materiais e de pessoal, e os instrumentos gerenciais que realizam o velho modelo assistencial.
6. O novo modelo de gestão financeira, de materiais e de pessoal, adequando ou criando novos instrumentos gerenciais que constroem o novo modelo assistencial.
7. As entidades e instituições representadas nos Conselhos de Saúde, visando sua permanente informação e alimentação com todas as deliberações, formulações e discussões consensuadas e aprovadas nas reuniões plenárias dos Conselhos.

3. RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM A GESTÃO

Apesar dos Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da Gestão, que são: Planejamento, Orçamentação, Programação, Normatização, Direção/Gerência, Operacionalização/Execução e Controle/Avaliação.

O conjunto dessas funções configura o percurso que os recursos públicos devem fazer, desde a sua alocação inicial, até a “ponta” do sistema, quando devem ser transformados em ações concretas, benefícios e resultados para a população.

O fato de reconhecer essas funções como típicas dos gestores, não desobriga os membros dos Conselhos de Saúde de conhecer seus aspectos básicos ou as “vigas mestras” deste processo, a fim de controlá-lo a favor dos direitos da população usuária e do novo modelo assistencial. Expressões como: **Condições de Gestão** dos Municípios e Estados, **Comissão Intergestores Bipartite – CIB**, **Piso de Atenção Básica – PAB**, **Programação Pactuada Integrada – PPI**, **Tetos Financeiros**, **Regulação dos Planos e Seguros Privados**, **Modalidades de Repasses**, **Peça e Execução Orçamentárias**, **Políticas de Investimento e Custeio**, **Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS**, **Norma Operacional Básica – NOB** e outras, podem ser facilmente explicadas e aprendidas, assim como seu significado na construção do SUS, por todos os conselheiros, de todos os níveis de instrução.

Caso o gestor, por qualquer motivo deixe de assumir qualquer das suas funções, cabe ao Conselho, dentro das suas atribuições, e esgotadas todas as possibilidades de convencimento e parceria, mobilizar forças sociais e instituições, o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas, e o Ministério Público, visando o bom cumprimento de todas as funções da Gestão pelo gestor.

A pouca clareza sobre os limites entre as competências dos Conselhos de Saúde e dos órgãos típicos de Gestão, é conseqüência da baixa experiência acumulada, e de alguns equívocos e conflitos que afloraram no início, encontrando-se agora em fase de superação. Do lado dos gestores, a reação inicial de incômodo com as atividades dos Conselhos, e sua rotulação fácil de “basistas”, “corporativistas”, “partidarizados” e “dificultadores da eficiência da

gestão". Do lado dos Conselhos de Saúde, a reação inicial de crítica negativista direta aos gestores, e sua rotulação fácil de "incompetência", "burocratismo", "fisiologismo", "cooptação", "autoritarismo" e "corrupção".

Todas as rotulagens fáceis correspondem, em ambos os lados, não a desvios reais e existentes, mas em regra, exageradas e generalizadas, fruto das inseguranças e preconceitos de ambos os lados.

Hoje já está evidente o processo de amadurecimento e superação deste tipo de conflito, inclusive porque já está demonstrado que o compromisso com o bem público não é monopólio nem virtude unilateral de nenhum dos lados. Também aprofunda-se o reconhecimento e respeito às atribuições legais específicas, tanto das funções da Gestão como do Controle Social através dos Conselhos de Saúde. É de se notar o crescimento de experiências de Conselhos comunitários e/ou gestores por unidades prestadoras de serviços, desde postos e centros de saúde até hospitais do SUS, a partir do final dos anos 90.

4. RELAÇÕES ENTRE OS REPRESENTANTES DOS SEGMENTOS E ENTIDADES DENTRO DE CADA CONSELHO

Cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente o Conselho de Saúde (Usuários, Prestadores de Serviços, Profissionais e Governo), são naturalmente defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades, que por sua vez, foram criadas para dirigir a conquista dessas reivindicações. O funcionamento dos Conselhos de Saúde foi revelando que a simples soma das reivindicações e “direitos” de cada segmento, entidade e instituição, não é a mesma coisa que a realização das diretrizes da *equidade e universalidade*, através de metas e etapas concretas e realistas. Nem os recursos públicos crescem segundo a simples soma dos direitos e reivindicações de todos os segmentos e entidades.

Daí, decorreu o crescente exercício das articulações e negociações entre as entidades e segmentos, sempre em busca de avanços e conquistas a favor do SUS, da cidadania e do novo modelo assistencial e de gestão, e que ao mesmo tempo satisfaça, ainda que parcial e gradativamente, os interesses e reivindicações de cada segmento e entidade.

Este exercício e busca vêm caracterizando os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados heterogêneos, plurais e conflituosos entre os segmentos e entidades, e ao mesmo tempo, tornando-os competentes e maduros para negociar interesses e conflitos a favor de conquistas parciais e gradativas do SUS, seus princípios e do novo modelo.

Pode-se hoje reconhecer, que os Conselhos de Saúde vêm acumulando a experiência de constituir um palco de disputa de projetos de sociedade, com origem em cada um dos quatro segmentos nele representados, e por vezes de cada entidade, porém, uma disputa que vem se limitando e direcionando ao espaço da construção da cidadania da Saúde e do SUS. É a característica legal dos Conselhos de Saúde, de serem simultaneamente Sociedade e Estado, que lhes confere esta delimitação e direcionamento.

Por isso, as disputas dos vários projetos de Sociedade **não podem nem devem trazer para dentro dos Conselhos, os confrontos:**

Situação governamental X Oposição;
Um partido X Outro partido;
Estado X Sociedade;
Corporação X Corporação;

Corporação X Sociedade; e outros. Estes conflitos são próprios das lutas democráticas, mas que no caso da Saúde **já avançaram e pactuaram na Constituição e na Lei, para construir um sistema de cidadania, pluripartidário e social.** Basta observar o mapa dos partidos nos municípios e estados há três gestões (últimos 12 anos), para constatar a “pluripartidarização” e continuidade do compromisso efetivo com o SUS, com os municípios “puxando” o processo, secundados pelos estados.

5. CRITÉRIOS BÁSICOS DA ELABORAÇÃO DAS PAUTAS DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CONSELHO DE SAÚDE

É indispensável que os Conselhos de Saúde formulem sua Agenda de Temas Básicos na construção do SUS na sua área, com a necessária agilidade para acompanhar ou antecipar-se à Agenda Básica do Gestor correspondente, pois este é o responsável direto da construção do SUS. É imprescindível para o Conselho de Saúde articular canais de informações estratégicas sobre a agenda real dos temas e iniciativas do gestor.

Sob as condições acima referidas, os temas de cada reunião do plenário do Conselho, tanto na formulação de estratégias, como no controle das políticas, devem ser priorizados segundo três critérios iniciais:

- a) **Pertinência** – O assunto é tanto mais pertinente quanto mais ligado às bases da construção do SUS e do novo modelo assistencial, refletidas na Constituição Federal, nas Leis Nacionais, nas Constituições Estaduais, nas Leis Orgânicas dos Municípios e nas Normas Básicas das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites.
- b) **Relevância** – A experiência acumulada e o senso comum do plenário de cada Conselho, possibilita identificar os temas mais ligados às **causas** e menos às **conseqüências**, mais ao **atacado** e menos ao **varejo**, mais ao **prioritário** e menos ao **secundário**, enfim, os mais relevantes. Deve-se lembrar contudo, que a prioridade dos mais relevantes, não deve excluir o **conjunto** dos temas secundários, conseqüências, do **varejo**, que, ao serem analisados no conjunto, proporcionam um exercício e aprendizado permanente para o Conselho chegar com realismo nas **causas** e estabelecer suas estratégias.
- c) **Oportunidade** – É a sensibilidade e visão política que a partir da avaliação da conjuntura, indica para o Conselho, os momentos mais ou menos oportunos para a sua intervenção, porque se obriga a avaliar as demais fontes de interesses e poderes, também envolvidas com o tema, e suas mobilizações em torno dele. Este senso de oportunidade ajuda a ampliação das alianças necessárias e por vezes imprescindíveis, na Sociedade, no Poder Legislativo, no Poder Executivo e em outras instâncias. Mesmo que o tema seja pertinente e relevante, pode necessitar de melhor preparo, alianças e oportunidade, ou pelo contrário, pode necessitar posicionamento imediato do Conselho.

6. ASPECTOS IMPORTANTES DA APROVAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Afora as deliberações consideradas emergenciais pelo plenário do Conselho de Saúde, a grande maioria dos temas pautados podem exigir duas ou mais reuniões para deliberar, ou para deliberações por partes, em cada reunião, ou podem necessitar de deliberação já na primeira reunião. Vai depender da complexidade do tema em si, que exige melhor conhecimento pelas entidades e segmentos, e da complexidade das articulações e negociações necessárias.

Em princípio, a deliberação final não deve excluir nenhum dos quatro segmentos: dois ou três segmentos não devem “bater chapa” contra os outros dois ou um, pelo simples fato que na vida real da sociedade, o SUS somente pode cumprir o acesso universal aos serviços, à equidade e à integralidade, com a adesão e participação dos quatro segmentos. O que não pode ser excluído na vida real, não pode também dentro do Conselho, e por isso o desafio é insistir no convencimento, na negociação e nas deliberações por consenso do plenário do Conselho.

As deliberações no campo da formulação de estratégias, mais pertinentes, relevantes e oportunas, que impliquem na adoção de medidas administrativas da alçada privativa do Gestor (Governo), devem ser homologadas pelo Governo, isto é, transformadas em ato oficial do gestor.

As deliberações referentes:

- a)** *ao controle da execução das políticas de saúde, verificação da coerência dos atos do gestor e dos programas e ações de saúde, com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos na saúde e seus resultados para a população; e*
- b)** *as articulações e organização interna do Conselho com os outros Conselhos de Saúde, com o Poder Legislativo e com outras instituições e entidades da sociedade, devem estar protegidas pela autonomia do Conselho de Saúde perante o gestor, isto é, não devem depender da homologação para se realizarem.*

É oportuno lembrar que, os interesses e forças contrárias ao SUS e ao novo modelo assistencial e de gestão são ainda capazes de pressionar e influenciar importantes setores da área econômica, núcleos de poder e da própria sociedade, para impedir mudanças. Por outro lado, a competência das

discussões e aprovações no Conselho de Saúde, envolvendo os segmentos e entidades mais diversos da sociedade, no Conselho representados, numa mesma deliberação, isto pode mobilizar força política capaz de continuar construindo o SUS, inclusive, quando a deliberação não é homologada.

7. O PAPEL DAS COMISSÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As Comissões do Conselho de Saúde podem estar previstas na própria Lei ou Decreto que cria o Conselho, ou podem ser instituídas pelo seu plenário, preferentemente constando no Regimento Interno, a não ser que sejam Comissões Provisórias ou Grupos de Trabalho. Em qualquer dos casos, o caráter deliberativo do Conselho de Saúde é privativo do seu plenário.

As Comissões e Grupos de Trabalho têm finalidade exclusiva de assessorar o plenário do Conselho, fornecendo-lhe subsídios de discussão para deliberar sobre formulação de estratégias e controle da execução de políticas de saúde.

Só para exemplificar, a Lei 8.080/90 atribui às Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde, a finalidade de **articular políticas e programas de interesse da saúde**. O plenário do CNS, através de uma definição interna, assim completou: *“as Comissões e Grupos de Trabalho não são deliberativos, nem normatizadores nem programadores; devem recolher e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse para o SUS, visando a sua consolidação para subsidiar o plenário do Conselho, que então considera a validade ou não, de deliberar”*.

8. RELAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE COM AS ENTIDADES E SEGMENTOS REPRESENTADOS NO CONSELHO

O rico exercício das articulações e negociações na busca dos consensos em torno de temas estratégicos na construção do SUS, assim como nos esforços de convencimento e negociação transparente dos dissensos, evitando-se os confrontos, vem configurando os Conselhos de Saúde como **novos coletivos**. Inusitados, devido a sua diversidade e conflituosidade internas, mas cada vez mais articulados em torno da consciência e da construção do SUS. Este **novo coletivo** vai construindo uma nova cultura política, que busca informações, analisa, avalia, formula estratégias e controla a execução das políticas de saúde, e esta nova cultura política já não corresponde à simples soma das culturas políticas de cada um dos quatro segmentos básicos e das entidades que integram o Conselho.

Daí a necessidade dos Conselheiros assumirem, gradativamente, a disposição consciente de retornar permanentemente para as suas entidades, tanto as deliberações do Conselho, como também as discussões que geraram as deliberações, com o objetivo de conquistar a adesão e mobilização das entidades, através das suas diretorias e assembléias. Aí reside o grande potencial da força política dos Conselhos de Saúde, e suas deliberações somente terão poder de mudanças para a construção do SUS, na medida que as entidades priorizem nas suas agendas de pressões e mobilizações, as deliberações dos Conselhos.

Por isso, o único limite do Controle Social através dos Conselhos de Saúde, será o grau de organização e mobilização de toda a sociedade na construção do Estado Democrático. Sob este ponto de vista, é desejável e legítimo que cada Conselheiro reconheça e assuma suas duas faces complementares de atuação: a da cultura política do **coletivo homogêneo** da sua entidade ou instituição de origem, e a da cultura política do **coletivo heterogêneo** do Conselho de Saúde.

9. RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM O PODER LEGISLATIVO

A realização da reivindicação extremamente desejada pelas entidades e instituições para os Conselhos serem reconhecidos e criados em lei, requer uma mobilização competente perante os Vereadores nas Câmaras Municipais, Deputados Estaduais nas Assembléias Estaduais e Deputados Federais e Senadores no Congresso Nacional. A competência dessa mobilização deve, evidentemente, ser em função dos princípios do SUS e da composição democrática do Conselho, através das entidades mais representativas dos quatro segmentos (Usuários, Prestadores de Serviços, Profissionais e Gestores/Governo), garantindo que o caráter “pluralista” do Conselho seja o mesmo da Sociedade de cada Município e Estado. Inclusive porque a composição **da sociedade** muda (às vezes muito) entre os Estados e entre os Municípios. As entidades e instituições representadas nos Conselhos de Saúde, e os próprios Conselheiros, ainda não desenvolveram suficientemente as imprescindíveis articulações com o Poder Legislativo do seu município, estado e da União.

Aparentemente, há um razoável equívoco de limitar os esforços e conquistas da Democracia Participativa, somente ao Poder Executivo. Este equívoco pode agravar-se ao considerarmos que o Poder Legislativo é historicamente, o mais sensível à construção da Democracia e do Estado Democrático. É o primeiro que altera sua rotina de atividades, às vezes profundamente, sempre que a sociedade se organiza e se mobiliza com mais vigor. Foi o Legislativo que legou à sociedade brasileira a **Constituição Cidadã**, quando esta se mobilizou vigorosamente pelo final da ditadura e volta do Estado de Direito, e logo em seguida, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. O Legislativo votou a CPMF quando as entidades e instituições se mobilizaram pelo SUS, mesmo com o risco da **armadilha** financeira que acabou acontecendo. Agora, cinco anos após, com nova mobilização da sociedade, reforçada pelas instituições públicas de saúde, foi o Legislativo, que votou a Emenda Constitucional n.º 29, para o financiamento do SUS, que, apesar de estar aquém do necessário, significa grande avanço em relação à situação anterior, e coloca mais uma vez a construção do SUS na resistência ao perverso processo econômico-financeiro que obstaculiza as políticas sociais do país. Cabe lembrar que além do Legislativo, devem ser buscadas permanentemente parceria e sinergismo com o Ministério Público, Tribunais de Contas e demais instituições e entidades do campo da defesa do consumidor e do controle social.

10. RELAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE ENTRE SI

A grande **novidade, complexidade e inexperiência** de exercer o controle social na Saúde, através dos Conselhos de Saúde, a partir de 1991, foi sendo realizada espontaneamente em cada Conselho que foi sendo criado, ano após ano, na década de 90. Também espontaneamente, Conselhos Municipais foram se apoiando em outros de Municípios vizinhos mais experientes, o mesmo acontecendo com os Conselhos Estaduais. Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde elabora e aprova a Resolução n.º 33/92 para orientar os Conselhos Estaduais e Municipais. Tendo cumprido este papel, a própria Resolução n.º 33/92, requer hoje, atualizações que o CNS, passados mais oito anos de experiência, deverá promover.

Um outro aspecto que deve ser destacado nas relações dos Conselhos de Saúde entre si, é a iniciativa da realização, a partir da segunda metade dos anos 90, dos encontros de conselheiros e plenárias de Conselhos, fato positivo, de troca de experiências e fortalecimento do controle social, tanto no âmbito nacional, como estadual e microrregional. Para o prosseguimento do sucesso dos encontros e plenárias, não devem crescer no seu seio, algumas tendências, que resistem em organizar e mobilizar o controle social na amplitude do **pluralismo** dos próprios Conselhos. Elas dirigem seus esforços exclusivamente aos segmentos dos usuários e profissionais mais injustiçados, que apesar de constituírem a maioria das pessoas envolvidas com o SUS, não têm a finalidade de substituir as deliberações **pluralistas** de milhares de Conselhos de Saúde, imprescindíveis na construção do SUS no país. É necessário que estas tendências reconheçam que as lutas sociais das maiorias, contra o sistema financeiro insaciável, é luta histórica inexorável da sociedade e do Estado. A manipulação da indignação da maioria injustiçada, contra as entidades e instituições aliadas, dentro dos Conselhos e das plenárias de Conselhos de Saúde, revela grave distorção.

Também merecem destaque os esforços bem-sucedidos do Conselho Nacional de Saúde, que em parceria com a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde realiza o cadastramento de todos os Conselhos Estaduais e Municipais, e um levantamento das condições de estrutura e funcionamento de todos eles, e, em parceria com a Secretaria de Investimentos em Saúde, o Projeto de Capacitação dos Conselheiros de Saúde e Membros do Ministério Público, com início previsto para os primeiros meses de 2001.

O último destaque refere-se a uma prática que vem se tornando bastante construtiva, que é o papel dos Conselhos Estaduais de Saúde como instâncias de mediação e conciliação para as tensões e questões internas pendentes dos Conselhos Municipais do mesmo estado, o mesmo acontecendo com o Conselho Nacional de Saúde em relação aos Conselhos Estaduais.

11. O CONTROLE SOCIAL E A DEMOCRATIZAÇÃO DOS GOVERNOS E DO ESTADO NO BRASIL

Controle social é aqui entendido como o controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático.

Assim, a democracia representativa que aguarda a cada quatro anos, a eleição de representantes da sociedade (Poder Executivo e Legislativo), passa gradativamente a se completar com as várias formas de Democracia Participativa, que as conquistas sociais e democráticas vão realizando. No momento, este processo atinge crescentemente os Governos Municipais.

12. AS RAÍZES DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Já no início do século passado, os movimentos trabalhistas urbanos criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões—IAPs, com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao Governo Federal, na sua organização e gestão, inclusive, da assistência médico-hospitalar. Este é o primeiro “embrião” marcante, de controle por parte de um único segmento da sociedade, os sindicatos urbanos. Outras atividades de controle por outros segmentos e grupos de interesses vão se acumulando, até um segundo momento marcante, nos anos 70, quando se dá verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades grandes, consequência da enorme concentração da renda e desigualdade social na população.

Houve, nessa ocasião, grande aumento na criação de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive serviços de saúde, direcionadas principalmente às prefeituras municipais.

Todas essas formas de pressões e controle, deram-se e continuam a se dar por iniciativas preponderantes dos movimentos e entidades da sociedade organizada. O controle social seria a resultante da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo, a favor do conjunto da sociedade.

13. O CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE

Não se substitui o controle social pelos movimentos sociais da sociedade organizada, como os sindicais, os comunitários, os de defesa do consumidor, os partidos políticos e outros.

É conquista das mobilizações sociais e democráticas dos anos 80, que se consolidaram na Constituição Federal de 88 e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Ao integrar os Conselhos de Saúde na estrutura legal do Poder Executivo, esta conquista acrescenta uma trincheira decisiva para o controle social, que é um enclave do controle social dentro do Estado: os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos das Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde.

Estes novos órgãos do Poder Executivo possuem uma composição e papel de características inusitadas e diferenciadas: sua composição é tão heterogênea e plural quanto a própria sociedade – é constituída por Conselheiros: metade é das entidades representantes dos usuários, e na outra metade, além do Governo, entidades representantes dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

Tamanha conquista democrática está à altura de um grande objetivo, que é o de **assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e eqüitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo**. E tudo isso efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade, a custos perfeitamente viáveis para o PIB e para os orçamentos públicos.

Sem a clareza do que significa este objetivo e o conseqüente compromisso, o controle social através dos Conselhos de Saúde fica exposto a **pressões estreitas** de tendências e grupos, da sociedade e do Governo, desviando-se da totalidade da sociedade e da cidadania. Fragiliza-se e descredibiliza-se.

14. ASPECTOS DA CONJUNTURA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A década passada, dos anos 90, foi palco de um fato extremamente peculiar e marcante na área de saúde em nosso país: a partir de 1991, **novos atores** começaram a ocupar esse “palco” no início, em número que não chamava atenção e atuação ainda intuitiva e pouco organizada. Ao final da década e início do ano 2000, um verdadeiro exército dos **novos atores**, mais experientes, organizado, heterogêneo, com visão estratégica e consciente do seu papel na construção do SUS passou a atuar. São os novos atores:

- Secretários(as) Municipais de Saúde e seus assessores e dirigentes de 1.º escalão, dos hoje 521 municípios que se encontram na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.
- Secretários(as) Municipais de Saúde e seus assessores e dirigentes de 1.º escalão, de pelo menos 3.000 municípios, que mais avançaram na condição de Gestão Plena da Atenção Básica à Saúde, dentre os 4.917 nesta condição de Gestão.
- Secretários(as) Municipais de Saúde e seus assessores e dirigentes de 1.º escalão, dos 2.968 municípios que aprofundaram e expandiram a Atenção Básica à Saúde com Equipes de Saúde de Família.
- Mais de 200 Secretários Municipais de Saúde, eleitos por seus pares em cada Estado, e que militam nos 27 Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e na direção do Conselho Nacional de Representantes Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (CONARES).
- Quase 300 Secretários Municipais de Saúde, Técnicos, Dirigentes e Secretários Estaduais de Saúde, que militam nas 27 Comissões Inter-gestores Bipartites em cada Estado (CIBs).
- Secretários Estaduais de Saúde e dirigentes do Ministério da Saúde que foram Secretários Municipais de Saúde nos anos 90.
- Dirigentes e Técnicos do Ministério e Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, que se **forjaram** ou se **reciclaram** nos anos 90.
- Membros do Ministério Público voltados à área da Saúde.
- Mais de 50.000 Conselheiros de Saúde dos 27 Conselhos Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde e mais de 3.000 Conselhos Municipais de Saúde, com funcionamento normal e regular (restam pouco mais de 1.900 Conselhos Municipais de Saúde com funciona-

- mento ainda precário ou irregular).
- Cinco dirigentes do 1.º escalão do Ministério da Saúde, cinco Secretários Estaduais de Saúde e cinco Secretários Municipais de Saúde que integram a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
 - Centenas de entidades não-governamentais vinculadas ao meio ambiente, à qualidade de vida, à saúde e à defesa do consumidor.

Estes novos atores da década de 90 persistem a cada ano e a cada dia, em ampliar trincheiras e fronteiras, no esforço intensivo de construção do SUS e do novo modelo assistencial, com destaque a:

- Efetivar o acesso universal a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, iniciando pelos da Atenção Básica Acolhedora, Resolutiva e com base nas equipes de Saúde da Família;
- Efetivar as articulações intersetoriais visando a qualidade de vida e da saúde;
- Efetivar a gestão descentralizada pelos municípios, microrregiões e estados, visando a hierarquização, regionalização e integralidade, com equidade;
- Construir novos pactos intergestores e com os prestadores de serviços, públicos e privados, visando, a construção de nova capacidade provedora e reguladora do Estado, em função da cidadania na Saúde;
- Colocar mais recursos próprios no SUS, o que vem sendo realizado marcadamente pelos municípios;
- Gerir simultaneamente recursos humanos de saúde originários de órgãos federais, estaduais e municipais, desafio, este, concentrado nos Municípios, não ainda superado;
- Participar de mobilizações a favor de financiamento maior e estável para o SUS, como a CPMF (1996) e a Emenda Constitucional (2000), além da limitação das transferências de custos do SUS, da esfera federal para a municipal e estadual.
- Efetivar a Programação Pactuada Integrada (PPI), visando a construção regional das redes hierarquizadas de serviços;
- Efetivar a habilitação dos municípios e estados às várias condições de gestão, tendo em vista as diretrizes do SUS; e
- Construir o sinergismo e as relações entre os Gestores e os Conselhos de Saúde.

Aos obstáculos, armadilhas e impasses, muitas vezes, muito maiores do que as forças para superá-los, os **novos atores** vêm crescendo em número

e em qualidade, através da experiência acumulada, de inovações e ousadias, derrotas e avanços e seguramente, geração de conhecimentos novos, mantendo no horizonte, os princípios e diretrizes do SUS. Este verdadeiro **coletivo nacional** dos novos atores, ganha aos poucos matizes estrategistas, o que contribui para a irreversibilidade do processo.

A partir de 1991, intensifica-se o processo da Reforma Sanitária com o início da construção de um sistema de cunho marcadamente social, que é o SUS. A municipalização avança com as NOBs, principalmente com a 93 e a 96, a Tripartite e Bipartites consolidam-se como formas imprescindíveis de pactuação das gestões federal, estadual e municipal. Os Conselhos de Saúde multiplicam-se, vão progressivamente funcionando com mais regularidade, buscando o cumprimento da paridade e representatividade das entidades e instituições na sua composição, e aprendendo a formular deliberações pertinentes, oportunas e efetivas. Os municípios ultrapassam a média de 12% dos seus orçamentos fiscais, destinada ao SUS, e à Atenção Básica à Saúde amplia-se e aprofunda-se, incluindo vastas camadas sociais antes excluídas do sistema.

Esta avaliação positiva é contudo, apenas parte de uma avaliação mais ampla e fundamental, que inspira precaução, e relativiza o ângulo positivo.

A avaliação mais ampla, aponta para uma conjuntura nacional da década anterior, dos anos 80, quando então a grande mobilização da sociedade, suas entidades e movimentos, balizou o final do regime autoritário-militar e os amplos debates e articulações que desaguarão na Assembléia Nacional Constituinte, e na **Constituição Cidadã** de 1988. A Reforma do Estado sinalizada pela Constituição, apontava para um Estado de Bem-Estar Social, isto é, um Estado que, refletindo toda a sociedade e suas demandas, tivesse duas características básicas:

- *Incentivador e indutor do desenvolvimento sócio econômico, com base no processo produtivo industrial e agropecuário, altamente empregatício e utilizando ao máximo o grande potencial do mercado interno, e direcionador da inserção do país na globalização, em outro ângulo que não fosse a submissão do Sistema Financeiro Nacional e Internacional; e*
- *Protetor dos direitos universais do ser humano e da cidadania, através de serviços públicos e regulação pública e da sociedade organizada, nas áreas da Previdência Social, Emprego, Saúde, Educação, Habitação, Ciência e Tecnologia, Saneamento e Meio Ambiente e outras.*

A avaliação ampla, aponta também, que na década seguinte, dos anos 90, inicia-se reação e reaglutinação dos setores da elite nacional, mais sensíveis à “onda”, internacional de liberalização das leis de mercado, configurando-se internamente, estratégias de hegemonia de poder, voltadas para a inviabilização dos avanços sociais e desenvolvimentistas da Constituição. Como parte desta inviabilização, os orçamentos públicos destinados aos setores sociais (Previdência, Saúde, Saneamento, Habitação, Educação, Emprego, Ciência e Tecnologia, Política Fundiária e folha de pagamento dos servidores públicos), foram sendo ano após ano, restringidos e recanalizados para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública, e com o agravante de que também ano após ano, os juros, amortizações e a própria dívida pública crescem a passos largos. Uma outra configuração de Estado desenvolve-se a partir de 1990, a custa de Emendas Constitucionais, Medidas Provisórias e Política Econômico-Financeira-Monetária, que não é o Estado sinalizado pela Constituição de 1988.

Esta avaliação conjuntural ampla das décadas dos anos 80 e 90, entrando agora pelo 2000, dificilmente explica a persistência da construção do SUS desde 1991. Se, por um lado, essa construção não vem se dando na intensidade, velocidade e coerência com seus princípios e diretrizes, que foram previstos e desejados durante os debates e a votação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, por outro lado, as heranças perversas do modelo assistencial **pré-SUS**, que resistem e perdem no interior de várias instituições integrantes do SUS, vêm perdendo terreno, anos após ano, para os avanços da construção do novo modelo assistencial, do SUS, seja no acesso universal, na equidade, na descentralização, na atenção básica à saúde, na integralidade, na intersetorialidade, e mais recentemente, no financiamento estável e gradativamente elevado (ainda que discretamente) nos próximos quatro anos, com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, de 13.9.2000.

O crescimento quantitativo e qualitativo dos **novos atores**, a partir de 1991, faz parte de um formidável e complexo conjunto de esforços, que vem possibilitando ao SUS “remar contra a correnteza”. A força motriz deste conjunto de esforços, reside em muitos fatores, entre os quais:

- Rápida e resoluta adesão dos municípios à descentralização e municipalização dos serviços de saúde, mobilizando as entidades estaduais e nacionais, os prefeitos e os secretários municipais de Saúde, e indiretamente, os parlamentares da região;
- Rápida e significativa elevação da participação dos orçamentos próprios dos municípios, no financiamento do SUS;
- Desenvolvimento de interinfluências e sinergismo entre os Gestores do SUS das três esferas de Governo, através das Comissões Interges-

tores Tripartite e Bipartites;

- Rápido crescimento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo, o que potencializou o envolvimento das entidades e instituições dos vários segmentos da sociedade, na construção do SUS;
- Desenvolvimento do pluralismo social, institucional e partidário, na construção do SUS, explicitando sua legitimação e força política;
- Processo de adesão consciente e intensivo de todos os ministros da Saúde dos anos 90 ao SUS, processo este que aprofundou-se no exercício dos mandatos, e cujo fator novo e decisivo foi a influência marcante do CONASS, CONASEMS e CNS, conferindo o imprescindível realismo, direcionalidade, estratégias adequadas e legitimidade, antes, precárias na governabilidade do MS;
- Incorporação dos recursos financeiros e institucionais do ex-INAMPS e sua força política correspondente, aos gestores federais, estaduais e municipais do SUS;
- Reação política e institucional contra a política econômica que resultou nas “sangrias” financeiras federais de 1992/1993 e 1995/1996, que geraram o esforço pela CPMF, sua absorção na área financeira e as negociações/pressões que obtiveram a estabilidade do financiamento federal após 1996, e finalmente a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29/2000;
- A surpreendente capacidade do referido “exército” dos novos atores da década de 90, gerar alto nível de reflexão sobre o processo da construção do SUS e aguçada formulação de imagens-objetivos e estratégias no âmbito local, regional e nacional. A “inteligência” deste “exército” dos novos atores encontra-se ainda pouco identificada, sistematizada e organizada, mas sim, difusa na amplitude do próprio “exército”, nas 27 Unidades Federadas e em, aproximadamente, metade dos 5.507 Municípios.

Avaliamos que foi na década anterior, dos anos 80, que a “inteligência” formuladora da Reforma Sanitária Brasileira (embrionada a partir de meados dos anos 70) identificou-se, sistematizou-se e organizou-se, a partir de um movimento nas instituições de ensino superior e pesquisa na área da Saúde Pública, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), e “nichos” nos Ministérios da Previdência Social, da Saúde, e em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Este movimento realizou-se no bojo do aguçamento das contradições nos setores previdenciário e da saúde no regime militar, e do esgotamento das

soluções do próprio modelo autoritário militar. Os segmentos engajados na luta pelas liberdades democráticas e fim do regime militar, tanto na sociedade organizada, como em **enclaves** nas três esferas de Governo, buscavam na época, soluções em espaços subalternos, porém consistentes, das práticas e organização dos serviços de saúde, como também, no modelo italiano de reforma sanitária (da época) e nos modelos de sistemas de saúde inglês e cubano.

Na década seguinte, dos anos 90, a Reforma Sanitária Brasileira amplia-se e apoia-se na crescente reflexão, formulação de estratégias e produção de conhecimentos, geradas na prática dos **novos atores**. Esta prática vem trazendo uma riqueza incomensurável e inimaginável pela “inteligência” dos anos 80, tanto nas armadilhas anti-sociais e antipublicistas, dos anos 90, como e, principalmente, nas correções de percurso, democratização da participação e aprofundamento da própria Reforma Sanitária Brasileira.

Este novo patamar de ação dos novos atores da Reforma Sanitária Brasileira ainda não se expressa com a mesma intensidade na esfera da produção e publicação acadêmica de conhecimentos e tampouco na formação de profissionais de saúde de acordo com as novas demandas do sistema de saúde em construção.

Dentre tantos desafios enfrentados e vencidos, o SUS ainda não chegou a cumprir seu papel constitucional de ordenador da formação de recursos humanos. Do mesmo modo como demorou-se a produzir intervenções vigorosas e eficazes no sentido da mudança do modelo de atenção, não se avançou na definição dos perfis profissionais necessários, nem na formulação de uma política que articule formação profissional, necessidades do sistema e adequada distribuição dos profissionais.

Há muitas explicações para esse atraso: a rigidez da universidade e a dificuldade de abrir espaços reais de colaboração entre ela e o SUS (basta lembrar a dificuldade existente para de fato inserir os hospitais universitários no sistema); o deslocamento de boa parte dos setores progressistas da área da saúde da universidade (especialmente da saúde coletiva) para o terreno prático de construção do SUS; o predomínio de uma concepção meio determinista que considerava que ao se estabelecerem mudanças na organização do sistema e do mercado do trabalho automaticamente iriam ocorrendo as mudanças na formação profissional; as dificuldades para vencer o corporativismo na organização do trabalho e do processo de formação; a histórica desarticulação entre saúde e educação, especialmente, nos níveis mais centrais de governo.

Apesar disso, houve movimentos positivos. Desde a segunda metade dos anos 80 multiplicaram-se experiências inovadoras (ainda que isoladas) de:

integração docente-assistencial (especialmente nas áreas de saúde coletiva e da criança); cooperação entre universidades e serviços de saúde para o desenvolvimento de capacidade de gestão, de planejamento, de sistemas de informação, de capacitação profissional em várias áreas, etc.

Desde o início dos anos 90 há dois movimentos (não excludentes) que se destacam na área de mudanças da formação profissional. Um deles é a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que articula as escolas médicas do país em torno da avaliação como instrumento fundamental para produzir as necessárias mudanças na formação profissional. Embora ainda não tenha produzido resultados do ponto de vista de casos de mudança, é inegável que a CINAEM conseguiu colocar em movimento uma parcela dos docentes e um contingente bastante significativo dos estudantes. Existe atualmente consciência da necessidade de mudança, certo acúmulo conceitual e político a respeito de onde se quer chegar e presença ativa das escolas médicas em muitos dos assuntos relevantes à educação médica.

O outro movimento significativo é o representado pela Rede UNIDA. A Rede congrega pessoas, instituições e projetos que consideram que o trabalho articulado da universidade com os serviços de saúde e com a população é a estratégia fundamental e mais potente para desencadear os processos de mudança da formação profissional. Existem grande número de projetos de inovação e algumas experiências de transformação radical já em desenvolvimento. A Rede tem também se posicionado de maneira bastante efetiva no contexto, buscando contribuir para a articulação dos atores estratégicos da saúde e da educação para a criação de cenários políticos gerais que favoreçam os processos de mudança.

Para que seja superada essa defasagem em relação a outros campos da Reforma Sanitária, é necessário que o trabalho articulado entre universidades e serviços de saúde esteja presente com importância nas agendas políticas nos dois setores e que se estabeleçam mecanismos de cooperação para enfrentar os problemas de todos os tipos: produção de conhecimento, formação profissional e educação permanente, etc.

ANEXO I

EXEMPLOS DE QUESTÕES PENDENTES NA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As questões relacionadas a seguir foram tomadas como exemplos entre as várias que vão surgindo na atuação dos Conselhos de Saúde. Várias respostas já foram solicitadas aos órgãos competentes e várias outras deverão ser formuladas pelos próprios Conselhos de Saúde, a começar pelo CNS. Todas as respostas aqui apresentadas são provisórias e destinadas a contribuir e estimular respostas definitivas das instituições competentes.

01. O(A) parlamentar Senador(a), Deputado(a) Federal, Deputado(a) Estadual e Vereador(a) pode ser Conselheiro(a) de Saúde?

- Sendo o Poder Legislativo, constitucionalmente destinado a **legislar** (formular e definir políticas gerais e específicas) e **fiscalizar** o Poder Executivo; sendo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, perante a Constituição, independentes e harmônicos entre si, e sendo o Conselho de Saúde (colegiado de controle social) órgão do Poder Executivo, cabe ao parlamentar, na área de saúde, legislar e fiscalizar, na condição de parlamentar. Poderá desempenhar função legal no Poder Executivo, somente na condição de licença ou afastamento da função no Poder Legislativo, mesmo que desfrute de cargos ou representações em entidades da Sociedade Organizada. O mandato eletivo de representante da população é no Poder Legislativo e não no Executivo.

02. Partido Político pode fazer parte de Conselho de Saúde? Representa Usuários?

- Segundo a Lei 8.142/90 somente representantes dos usuários, profissionais, prestadores e governo (Gestores) têm assento no Conselho. O fato do princípio *constitucional da universalidade* dar o direito de todos os cidadãos brasileiros serem usuários do SUS, não justifica que entidades ou instituições que não sejam as dos quatro segmentos, a começar dos usuários, devam fazer parte dos Conselhos. Quanto aos usuários, as entidades mais comuns são os sindicatos (suas federa-

ções e confederações), as organizações comunitárias, religiosas e não religiosas, os movimentos e entidades das minorias, as entidades de portadores de doenças ou deficiências, os movimentos populares de saúde, os movimentos e as entidades de consumidores, as entidades científicas e outras. Se um partido pleitear o direito, o dever será do conjunto dos partidos para manter o caráter pluripartidário do Conselho de Saúde: ou todos ou nenhum. Mas ainda assim, há equívoco de legitimidade de representação dos segmentos, porque essa não é a finalidade dos partidos.

03. Como deve ser o processo de escolha das entidades e instituições que devem integrar o Conselho de Saúde?

- Na construção de um Estado realmente democrático, este processo deve iniciar-se, obviamente, no seio da sociedade organizada, através das mobilizações e articulações das entidades e instituições que representam os quatro segmentos básicos dos Conselhos de Saúde, sempre em função das suas representatividades, legalidades (devem ser legalmente constituídas, com estatutos registrados e atas das eleições e reuniões), e legitimidades. A experiência de nove anos de criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, propiciou a organização de **fóruns** de entidades representativas de um mesmo segmento, principalmente, quando as vagas no Conselho são menores que o número de entidades do segmento, quando então as negociações apontam para o rodízio pelo menos anual, e reuniões periódicas do fórum para orientar os posicionamentos dos representantes do segmento no Conselho. Este início do processo de escolha deve apontar, necessariamente, para as articulações com o Poder Legislativo, que ao final, irá discutir e votar a lei (ou alteração da lei) que estabelece o número de Conselheiros e as entidades que compõem o Conselho de Saúde. O grau de organização e mobilização da sociedade e suas entidades, e o grau de representatividade e legitimidade das entidades, nas articulações com o Poder Legislativo, é que irão definindo, com o tempo, a composição dos Conselhos de Saúde.

A lei poderá não explicitar as entidades que comporão o Conselho de Saúde, mas sim, os critérios para habilitação das entidades e instituições que pleitearem, assim como os mandatos das entidades e dos Conselheiros, além do processo eleitoral das habilitações, a ser presidido pelo Ministério Público.

04. Como devem ser escolhidos os representantes de cada entidade e instituição que integra o Conselho de Saúde, na condição de conselheiros titulares e suplentes?

- Definida a composição dos Conselhos de Saúde, em lei ou decreto (neste caso, até a promulgação da lei), a escolha do(a) representante é responsabilidade exclusiva da entidade ou da instituição, e este ato deve obedecer às normas internas, regimentais e legais, de cada entidade e instituição.

05. É competência dos Conselhos de Saúde definir e decidir, através do seu plenário, ou de Comissão Técnica do Conselho sobre questões de programação de ações de saúde, de alocação de recursos do SUS, de organização da rede de serviços, de habilitação/deshabilitação de municípios e estados nas várias condições de gestão, e outras questões típicas da Gestão e das competências dos Gestores?

- Os Conselhos de Saúde, pela lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, não sendo da sua competência, assumir qualquer ato de gestão. Cabe ao Gestor submeter ao conselho, a apreciação prévia dos seus atos de gestão mais relevantes como o plano, o orçamento, as normas básicas, a avaliação dos resultados para a população, os critérios para a organização da rede de serviços, habilitação nas condições de gestão e outros. Cabe ao Conselho acompanhar e controlar as respectivas execuções, mas não substituir o Gestor na sua falha. Por maior que seja a falha do Gestor, o Conselho deve esgotar o espaço da discussão, do conhecimento suficiente das questões, do convencimento/negociação e da sua atribuição de instância de recursos das questões pendentes dos gestores. Esgotados esses espaços e esforços, e permanecendo comprovado o desvio das diretrizes legais do SUS, cabe ao Conselho articular-se com o Poder Legislativo (fiscalizador do Poder Executivo), com o Ministério Público, com o Tribunal de Contas, e até com a Justiça Comum, mas nunca assumir a Gestão, mesmo que autoridade desavida ou equivocada, do Poder Judiciário, lhe **outorgue** esta competência.

06. A metade dos conselheiros(as) que não representam as entidades dos usuários, deve ser dividida somente em duas partes (trabalhadores de saúde e prestadores de serviços), cada uma com 25% dos Conselheiros(as)?

- A Lei 8.142/90 é clara e inequívoca quando diz, explicitamente, que essa metade dos conselheiros(as) deve ser composta de três e não dois segmentos, que são: profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo. A pergunta formulada procede de recomendação constante da Resolução 33/92 do CNS, e o equívoco foi causado pela pouca clareza, em 1992, entre os significados de **prestador público de serviços** e **Governo**. A partir das discussões que geraram a histórica NOB-93 e depois a NOB-96, esses significados ficaram definitivamente claros, quais sejam:

- **Prestadores de Serviços** - Podem ser os privados, principalmente, os contratados e conveniados pelo Governo Municipal, Estadual e Federal, e podem ser os públicos, como os hospitais universitários e de ensino público, as autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outras, que são conveniados pelos governos.
- **Governo** – São os governos municipal (Prefeitura), Estadual e Federal, representado no SUS, pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. São os três níveis de direção única do SUS. Os governos (Gestores) contratam e conveniam tanto os prestadores públicos como os privados. A tendência hoje é da própria estrutura da Rede Básica de Postos, Centros e Ambulatórios de Saúde deixar de ser administrada diretamente pelo nível central das secretarias municipais (dos municípios médios e grandes), e evoluir para as várias formas de autonomia administrativa das unidades públicas. O âmbito do prestador público é a unidade pública de prestação de serviços, ambulatorial, laboratorial ou hospitalar, e o âmbito do Gestor é o sistema, municipal, estadual, do DF ou nacional.

Por isso, a confusão entre **Prestador Público de Serviços** e **Governo/Gestor** já foi desfeita há vários anos, resgatando os três segmentos sabiamente previstos na Lei 8.142/90 pelos legisladores, para compor a metade do Conselho de Saúde que não é a dos usuários. A própria divisão dessa metade, em dois quartos de 25%, deverá também ser relativizada, tendo em vista as realidades do peso de participação de cada um dos três segmentos, em cada Município e Estado. Passados os anos, já há experiência acumulada e consciência de que

o espaço dos profissionais de saúde é reconhecido, respeitado e definido pela mobilização das suas entidades, dispensando a padronização “engessada” de 25%.

07. As entidades dos prestadores de serviços podem indicar representantes de profissionais, e as dos profissionais podem indicar representantes dos usuários?

- Esta confusão já foi mais freqüente. Existe hoje, ainda que em menor quantidade. É confusão propositada, corporativista e autoritária, que desrespeita o outro segmento, querendo representá-lo, também, aproveitando-se da sua baixa organização ou informação, quando, na verdade, deveria estimular a sua organização e representação própria.

Com o passar dos anos o funcionamento dos Conselhos de Saúde vai ficando cada vez mais claro, quais são as entidades dos prestadores de serviços, dos profissionais e dos usuários.

08. Os clubes de serviços como Rotary Club, Lions Club e outros, podem integrar os Conselhos de Saúde?

- As mobilizações e articulações da sociedade organizada em cada Município e Estado, devem definir com o Poder Legislativo, dependendo da relevância e do tipo de atividades do clube de serviços. Na 10.^a Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada uma indicação excluindo os clubes de serviço. Houve no mínimo grande equívoco, quando os proponentes generalizaram possível questão localizada em um Município, o que passa a ser autoritarismo com os municípios onde não surgiu a questão.

09. Uma mesma pessoa de determinada entidade ou instituição pode ser conselheiro(a) em mais de um conselho de saúde, como em mais de um conselho municipal na região, ou num conselho municipal e no estadual, ou no estadual e no Nacional?

- Em cada Conselho Municipal, devem estar representadas as entidades e instituições existentes no Município. As entidades de outros municípios, mesmo sendo vizinhos, não reúnem condições mínimas de representatividade e legitimidade no Município onde elas inexistem. O grau de organização e articulação da sociedade em cada município é

que define a composição do Conselho desse Município. As entidades e o grau de organização e articulação no Município vizinho devem dar conta da boa organização e funcionamento do Conselho de Saúde do seu Município. Tampouco, um(a) Conselheiro(a) do Município onde reside, pode ser Conselheiro(a) de outro Município onde não reside, porque a representatividade e legitimidade são dadas pela capacidade de organização da entidade também no outro Município. As únicas exceções são: **a)** representação de instituição pública nacional ou estadual em Conselho Municipal, decididas em lei, e **b)** profissional de saúde cujo local de trabalho permanente é no município vizinho ao da sua residência, e por coincidência, é escolhido por sua entidade, para representá-la no município onde trabalha. O mesmo raciocínio aplica-se aos conselheiros que querem representar sua entidade em Conselho Municipal e Estadual, ou no Estadual e no Nacional, pois, além deferir a representatividade e legitimidade, não percebem que estão impedindo o desenvolvimento de lideranças novas ou o reconhecimento de outras lideranças já existentes na mesma entidade, o que fragiliza e distorce a própria entidade e a categoria.

10. O plenário do Conselho de Saúde pode dirigir-se à direção de entidade ou instituição representada no Conselho, a respeito do comportamento do(a) conselheiro(a) representante?

- Somente nos casos de evidências reconhecidas pelo plenário, de atuações do conselheiro(a) discordantes da posição da própria entidade ou instituição representada, sobre temas relevantes com referência aos princípios e diretrizes do SUS.

11. A representação do Gestor (Governo) no Conselho de Saúde pode coincidir com cargo na Secretaria Executiva do Conselho?

- Os secretários de saúde municipais e estaduais, e o Ministro da Saúde podem delegar a qualquer quadro técnico ou dirigente da instituição, a sua representação no Conselho de Saúde, mesmo que este quadro seja da própria Secretaria Executiva que dá apoio ao Conselho. Apesar da sua legalidade, esta delegação encerra conflito de interesses que pode fragilizar seu desempenho.

12. Quem pode coordenar o Conselho?

- Qualquer conselheiro(a) indicado(a) por seus pares, dependendo das negociações entre os segmentos, da lei ou decreto que cria o Conselho e do seu regimento interno. É preciso distinguir a presidência ou coordenação do Conselho, da coordenação das reuniões plenárias do Conselho. As reuniões podem ser coordenadas por um ou mais conselheiros, em rodízio, escolhidos por seus pares, principalmente nos conselhos que possuem regimento interno detalhado, quanto à Coordenação, das reuniões. Neste caso, a Presidência ou Coordenação Geral do Conselho poderá ficar com o Secretário ou Ministro, inclusive, porque estimula o vínculo e apoio do Gestor ao Conselho.

O FINANCIAMENTO DO SUS:

A Emenda Constitucional n.º 29 (PEC da Saúde) e o desafio do compromisso com a eficiência e a eficácia social do SUS

Com a aprovação final da Emenda, impõe-se como inadiável aos Gestores do SUS e seus conselhos de saúde a intensificação da construção do novo modelo assistencial, com o financiamento, agora estável, pelas três esferas de Governo, e gradativamente elevado, nos próximos cinco anos, conforme prescrito na Emenda.

- Documento aprovado na Reunião ordinária do Plenário do CNS em 07.7.2000, por unanimidade, e atualizado na Reunião Ordinária de 13.9.2000.
- Anexo: – Síntese da Pesquisa Suplementar à PNAD/IBGE – 1998, “Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde”.

1. O desafio da eficácia no SUS

2. Diretrizes Preliminares para a Aplicação do Disposto na Emenda Constitucional n.º 29

3. Responsabilidades e obrigações das três esferas de governo com a emenda constitucional n.º 29/200057

4. O Plano de Saúde de todos os brasileiros

Anexo II: Acesso e utilização de serviços de saúde

1. O DESAFIO DA EFICÁCIA NO SUS

O excelente nível de produção de serviços obtidos com os parcos R\$ 17,00 (dezesete reais) mensais por brasileiro, e daí sua eficiência, ainda não é o mesmo da eficácia, isto é, dos resultados e do impacto na saúde da população.

A oferta de serviços no SUS, já está no caminho irreversível da eficácia, mas ainda bastante longe da imprescindível otimização dos resultados em relação aos recursos disponíveis: as prioridades na oferta de serviços e a relação custo-benefício encontram-se, ainda, só parcialmente assumidas em todas as esferas da Gestão e do controle social. É oportuno lembrar que este desafio passa pelos princípios da *universalidade, equidade e integralidade*, o que descarta na raiz, a visão e prática de um SUS pobre para os pobres, o mesmo que uma saúde pobre e pouca para os pobres (mais de 80% da população), em outras palavras: este desafio reconhece a saúde como bem público Inalienável.

Seguem algumas questões, que melhor respondidas, poderão alavancar as estratégias de construção do SUS e do novo modelo assistencial.

1. O crescimento do **acesso** efetivo da população aos serviços básicos de saúde já chegou a que proporção, e quais as chances para o restante da população com baixo ou nenhum acesso a esses serviços? (Ver o Anexo)
2. Da população que já tem acesso efetivo aos Serviços Básicos de Saúde, que proporção desfruta de **acolhimento** e **vínculo** humanizados com os profissionais e equipes de saúde? (**Ver o Anexo**)
 - ◆ Estas duas primeiras questões permanecem pertinentes, apesar da considerável ampliação da Rede Básica de Unidades de Saúde Municipais, e das importantes iniciativas de vínculo (adscrição da clientela), através dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde de Família, além das iniciativas de organizações não-governamentais na redução da mortalidade infantil, materna e outros indicadores.
3. O reconhecido crescimento da qualidade técnica e profissional das ações e serviços da rede básica de unidades de saúde, como vem se dando, e a que ponto já chegou em relação à meta de **resolutividade** por volta de 85% dos problemas de Saúde? (**Ver o Anexo**)

Destaques desta questão:

- ◆ Treinamento em serviço dos profissionais de saúde, incluindo protocolos de condutas profissionais de promoção e proteção da saúde, de diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos;
- ◆ Equipamentos básicos, sua alocação e manutenção, medicamentos básicos, exames laboratoriais básicos, etc.;
- ◆ Processos de trabalho das equipes e remunerações comprometidas com o desempenho da equipe mediante o cumprimento de metas e resultados para a população, e com a dignidade profissional dos membros das equipes; e
- ◆ Ações de promoção e proteção da saúde na comunidade, em articulação com outros setores como a Educação, Assistência Social, Saneamento e Meio Ambiente, Trabalho, Lazer, Segurança Alimentar, Erradicação da Pobreza e outros, visando os grupos de risco às doenças transmissíveis, às doenças crônicas, às várias violências, assim como os problemas apresentados pela própria comunidade.

4. A que ponto já chegaram os avanços, já em andamento, das **articulações dos serviços básicos de saúde, com os de média e alta complexidade**, e quais as medidas para garantir à clientela o necessário acesso, acolhimento e resolutividade nestes serviços mais complexos?

Destaques desta questão:

- ◆ Articulações intermunicipais com a Secretaria Estadual de Saúde, visando implementar estratégias regionais e pactuar os fluxos de demanda da população e oferta de serviços nos Centros Regionais de Referência: Ambulatórios da Especialidades, Laboratórios e Hospitais, inclusive os Universitários e de Ensino;
- ◆ Peso insustentável de ações de média e alta complexidade, evitáveis ou desnecessárias, congestionando e onerando estes serviços e contribuindo para a desqualificação da rede básica de Saúde e para o desperdício;
- ◆ Possibilidade de transformação dos serviços básicos em “Cesta Básica”.

5. Como se desenvolve a atribuição legal da Secretaria Estadual de Saúde, de organizar e supervisionar o funcionamento das redes de serviços **hierarquizadas e regionalizadas** por complexidades crescentes, junto às Secretarias Municipais de Saúde?

Destaques desta questão:

- ◆ Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Centrais de Vagas e Agendamentos;
- ◆ Capacitação e autonomia gerencial das unidades de Saúde para cumprir metas e resultados para a população;
- ◆ Controle e avaliação dos resultados e impactos na saúde da população, precedendo e orientando o controle e avaliação do processo produtor de serviços, de acordo com as diretrizes do novo Sistema Nacional de Auditoria; e
- ◆ Discussão e aprovação dos relatórios de gestão Municipal e Estadual, pelos Conselhos de Saúde respectivos.

6. As **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)** estão promovendo e valorizando o planejamento ascendente, desde as unidades de saúde, com prioridades e metas, em função de resultados e impactos na saúde da população, e aprovados pelos Conselhos de Saúde?

Destaques desta questão:

- ◆ Habilitação das condições de Gestão, dos municípios do Estado;
- ◆ Controle e avaliação de acordo com as normas e diretrizes do atual Sistema Nacional de Auditoria;
- ◆ Promoção da equidade inter-regional e intermunicipal no Estado;
- ◆ Política de recursos humanos de Saúde na visão de Saúde como bem público, ao nível dos municípios, estados e DF, visando: a formação, os planos de cargos, carreiras, salários e adicionais por desempenho de equipe mediante o cumprimento de metas e resultados para a população, e reposição de pessoal, inclusive quanto à compensação de perdas de bons profissionais, motivados pelo desfinanciamento do setor; e
- ◆ Emissão de atos da Secretaria Estadual de Saúde sobre questões relevantes de financiamento, repasses e gestão, sem considerar critérios e diretrizes previamente definidos com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

7. Como a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** vem assumindo sua responsabilidade de pactuação entre as direções do SUS nas esferas Federal, Estadual e Municipal, normatizando na abrangência nacional o financiamento e as modalidades de repasses, sob a lógica da construção do SUS e do novo modelo assistencial?

Destaques dessa questão:

- ◆ O exercício pela CIT, da atribuição de instância recursal das CIBs;
- ◆ Promoção da equidade entre as macrorregiões e interestadual;
- ◆ Política de recursos humanos de Saúde ao nível nacional, sob o mesmo enfoque apontado para os municípios, Estados e DF; e
- ◆ Emissão de atos do Ministério da Saúde sobre questões relevantes de financiamento, repasses e gestão, sem considerar critérios e diretrizes previamente definidos com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

8. Como o **Controle Social pelos Conselhos de Saúde**, Municipais, Estaduais e Nacional, está assumindo todas estas questões, no âmbito da sua atribuição legal de formular estratégias e controlar a execução das políticas?

Destaques desta questão:

- ◆ Possível dificuldade dos conselhos de saúde considerarem as questões acima expostas de forma mais efetiva, devido ao envolvimento, possivelmente excessivo, com o grande volume de atos e fatos diários – um a um – dos gestores e dos prestadores de serviços; e
- ◆ Capacitação dos Conselheiros de Saúde.

9. Como o **Conselho Nacional de Saúde** vem se articulando com a **CIT**, além do Ministério da Saúde, em busca do sinergismo entre o Controle Social e a Gestão, visando a busca maior da construção do SUS e do novo modelo assistencial?

Destaques desta questão:

- ◆ Análise periódica da conjuntura macroeconômica e das políticas públicas e sua influência na Saúde, assim como o acompanhamento da estrutura dos gastos públicos na Saúde e a execução orçamentária, sob a ótica da construção do novo modelo assistencial.

10. As respostas às questões anteriores devem sinalizar em cada Município, Região, Estado e no País, até onde o **modelo assistencial “SUS” está conseguindo substituir o modelo anterior**, ou pelo ângulo inverso, até onde o velho modelo resiste em vários lugares

dentro do SUS, ainda que admitindo seus princípios e adequando-se à descentralização.

Em outras palavras:

- a) Até onde as ações e serviços da Atenção Básica à Saúde desenvolvem-se efetivamente, constituindo-se na porta de entrada do sistema para toda a população, resolvendo parte cada vez maior dos seus problemas de saúde e assegurando para os problemas mais complexos, o atendimento nos serviços de média e alta complexidade, e até onde, os serviços de maior complexidade continuam disputando e ganhando recursos para gastá-los com problemas comprovadamente evitáveis ou desnecessários?
- b) Até onde a população com os seus direitos de cidadania à proteção da saúde e cura das doenças, é efetivamente, a “clientela preferencial” do SUS, secundada na seqüência, pelos direitos e interesses dos profissionais de saúde, das entidades prestadoras de serviços e dos fabricantes de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e outros insumos? Ou, até onde os “clientes preferenciais” que melhor disputam os gastos públicos de saúde, continuam sendo os citados fabricantes, secundados na seqüência pelas entidades prestadoras de serviços e pelos profissionais?

2. DIRETRIZES PRELIMINARES PARA A APLICAÇÃO DO DISPOSTO NA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29

Promulgada em 13.9.2000
(Aprovadas na Reunião Ordinária do
Conselho Nacional de Saúde de 13.9.2000)

OBJETIVOS:

1. Subsidiar a regulamentação da auto-aplicação da Emenda, em especial do seu Art. 7.º, com base nas disposições das Leis 8.080/90 e 8.142/90, e nas experiências positivas da disciplinação da construção do Sistema Único de Saúde, através de Norma Operacional Básica, de responsabilidade conjunta das direções únicas do SUS nas três esferas de Governo.
2. Subsidiar a elaboração da Lei Complementar requerida no § 3.º do Art. 198 da Constituição Federal, alterado pelo Art. 6.º da Emenda.

1.ª DIRETRIZ

Os parâmetros básicos da regulamentação são os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização com hierarquização e regionalização das redes de serviços e controle social, priorizando a regressão das disparidades macrorregionais, estaduais, microrregionais e locais.

2.ª DIRETRIZ

Norma Operacional Básica, elaborada e aprovada conjuntamente pelas direções únicas do SUS nas três esferas de Governo – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – e no Conselho Nacional de Saúde, disciplinará as seguintes implementações:

- a) dos Art. 8.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º, 36.º e 37.º da Lei 8.080/90 e Art. 4.º da Lei 8.142/90, que dispõem expressamente sobre as obrigações legais de cada esfera de Governo quanto a:
 - Planejamento, organização, controle e a Avaliação das redes hierarquizadas e regionalizadas por complexidades crescentes, inclusive a identificação de centros de referência, regionais, estaduais e nacionais;
 - Planejamento e orçamento ascendentes, incluindo o planejamento estratégico e a articulação política e dos planos nas três esferas de Governo; e

- Descentralização aos Estados, DF e Municípios.
- b)** da organização e funcionamento das redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, com toda prioridade para a acessibilidade e alta resolutividade das ações e serviços da Atenção Básica à Saúde, com acolhimento solidário, adscrição de clientela e vínculo responsável de equipes de saúde a grupos familiares e outros agregados populacionais;
- c)** de plena municipalização e microrregionalização das ações e serviços básicos de saúde e os de média complexidade;
- d)** de metas de investimentos estratégicos em capacidade instalada de serviços de média e alta complexidade, e de fixação de profissionais especializados, em municípios-pólo de regiões menos desenvolvidas, em função do acesso e equidade da atenção integral à saúde, em cotejo com deslocamentos inter-regionais e interestaduais de usuários;
- e)** de metas de elevação dos per capita financeiros de custeio em todas as regiões, e de regressão das disparidades macrorregionais, estaduais e microrregionais, com definição das contrapartidas das três esferas e em congruência com o disposto nos itens anteriores;
- f)** de planos estaduais de microrregionalização das ações e serviços básicos de saúde e os de média complexidade, e de planos estaduais e interestaduais dos serviços de alta complexidade, todos aprovados pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde; e
- g)** da operacionalização do conjunto dos critérios para transferência dos recursos federais, constantes no Art. 35.º da Lei 8.080/90, com as respectivas adequações às realidades estaduais e municipais.

3.ª DIRETRIZ

Dos recursos federais destinados ao conjunto dos estados, DF e Municípios, e sob a condição do cumprimento do disposto na 1.ª e 2.ª DIRETRIZES, pelo menos 50% deverão ser repassados segundo o quociente da sua divisão pelo número de habitantes, até a promulgação da lei complementar requerida no Art. 198, alterado pelo Art. 6.º da Emenda.

4.ª DIRETRIZ

Enquanto os recursos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), destinados às ações e serviços de saúde, a serem geridos pelos estados, DF e municípios, não integrarem o Fundo Nacional de Saúde, a eles fica estendido o disposto nas diretrizes anteriores.

5.ª DIRETRIZ

Uniformização dos conhecimentos e interpretações, ao nível do Congresso Nacional, da direção do SUS e do Conselho Nacional de Saúde, das alterações introduzidas pela Emenda, nos Art. 34, 35, 43, 156, 160, 167 e 198, e nas Disposições Transitórias da Constituição Federal.

Em especial, quanto à auto-aplicação imediata do Art. 7º da Emenda, referente ao cálculo da variação nominal do PIB, aos Art. 155, 157 e 159 para os Estados e DF, e aos Art. 156, 158 e 159 para os Municípios.

Esta diretriz encontra-se em elaboração conjunta por técnicos da SE/CNS, Consultoria Legislativa da CF, Consultoria de Orçamento e Finanças da CF, SPO/MS, IPEA e Ministério Público.

IMPLEMENTAÇÃO DO ART. 7.º DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29, DE 14.4.2000

(Resultados parciais consensados em quatro reuniões informais de técnicos da SE/CNS, IPEA, CORR/CD, COLEG/CD, MS e MP) – 20.09.00

1. O início vigência da aplicação de pelo menos 7% da receita líquida dos impostos dos estados, DF e municípios nas ações e serviços de saúde, é o ano 2000, isto é, 7% da totalidade da receita dos impostos, deduzidos a parcela transferida, e acrescida da parcela recebida de outras esferas de Governo, no ano 2000.

2. Para os estados e municípios que se encontrarem com aplicação abaixo de 7% na data da promulgação da E.C., devem orçar o ano 2001 prevendo pelo menos 8% para os estados e 8,6% para os municípios, correspondentes ao primeiro incremento de pelo menos 1/5 da diferença por ano, previsto no § 1.º do Art. 7.º da E.C.

3. A partir de 2001, mantendo-se a progressividade de pelo menos 1/5 da diferença por ano, os valores dos incrementos anuais serão definidos respeitando-se a autonomia constitucional de cada Município, Estado e do DF, até a meta no ano de 2004, de pelo menos 12% para os estados e DF, e de pelo menos 15% para os municípios.

4. Para ilustração, no caso dos estados e municípios incluídos na base de cálculo de 7% no ano 2000, o incremento anual mínimo de 1/5 da diferença será:

Para os municípios: $15 - 7 = 8$ e $1/5 = 1,6\%$ anuais
 Para os estados e DF: $12 - 7 = 5$ e $1/5 = 1\%$ anual
 Fica assim sugerida a seguinte tabela-referência:

Anos	Municípios	Estados e DF
2000	7%	7%
2001	8,6%	8%
2002	10,2%	9%
2003	11,8%	10%
2004	15%	12%

Nesta Tabela, um dos aumentos anuais deverá ser o dobro dos outros 4 anos (3,2% para os municípios e 2% para os estados e DF). Apenas como ilustração, foi localizado de 2003 para 2004.

5. Foi julgado oportuno lembrar para os estados, DF e municípios que ainda não aplicam, respectivamente 12% e 15%, o mandamento constitucional de incremento de pelo menos $1/5$ da diferença ao ano, o que elimina qualquer possibilidade de qualquer diminuição do percentual aplicado nas ações e serviços de saúde.

6. As transferências/repasses do Ministério da Saúde às Secretarias de Saúde dos Estados, DF e municípios, e das Secretarias de Saúde dos Estados às Secretarias de Saúde dos Municípios, estão excluídas da base de cálculo dos recursos aplicados nas ações e serviços de saúde, de acordo com as disposições da E.C, bem como da despesa.

7. Não devem também constar da base de cálculo dos recursos aplicados nas ações e serviços de saúde, as despesas com:

- Ações de saneamento financiadas com tarifas, taxas ou contribuições de melhoria cobradas dos usuários;
- Serviços de limpeza urbana ou rural e tratamento de resíduos sólidos, financiados com tarifas, taxas ou contribuições de melhoria cobradas dos usuários;
- Dívida pública;
- Inativos e pensionistas;
- Ações financiadas com transferências voluntárias recebidas da União ou Estado (SUS, Saneamento e outros).

8. O acompanhamento da aplicação da Emenda Constitucional da Saúde é obrigação legal dos conselhos de Saúde, do Poder Legislativo/Tribunais de Contas e do Ministério Público, assim como o respectivo controle.

LEI 8.080/90

Art. 6º, item II: “*Está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, a **participação** na **formulação** da política e na **execução** de ações de saneamento básico.*”

Art. 32, § III: “*As ações de saneamento básico que venham a ser executadas **supletivamente** pelo Sistema Único de Saúde, serão financiadas por **recursos tarifários específicos** e outros da União, Estados, DF, Municípios e em particular, do **Sistema Financeiro de Habitação – SFH.***”

3. RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO COM A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/2000

UNIÃO

Até o exercício financeiro de 2004, a União deverá aplicar:

- No ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%
- Do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB (inflação + variação real do PIB).

ESTADOS

Até o ano 204, os estados deverão estar aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da base de cálculo composta:

- Da soma das suas receitas
 - ☐ ICMS
 - ☐ IPVA
 - ☐ Imposto de transmissão causa mortis e doação de bens e direitos
 - ☐ Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações
 - ☐ Transferência do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
 - ☐ Transferência de 10% do IPI sobre exportações.
 - Com a dedução das transferências entregues aos Municípios
 - ☐ 50% do IPVA
 - ☐ 25% do ICMS
 - ☐ 25% do IPI sobre exportações recebido da União

MUNICÍPIOS

Até o ano 2004, os Municípios deverão estar aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da soma das seguintes receitas:

- ☐ ISS
- ☐ IPTU
- ☐ Imposto de transmissão inter vivos
- ☐ Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações.

4. O PLANO DE SAÚDE DE TODOS OS BRASILEIROS

Serviços prestados em 1999 pelo SUS (Municípios, Estados, DF e União):

- ◆ 1,5 bilhão de atendimentos ambulatoriais, dos quais 300 milhões de consultas médicas.
- ◆ 12,5 milhões de internações hospitalares (mais de 80% de todas as internações do país).
- ◆ 2 milhões e 600 mil partos, e 660 mil cesarianas.
- ◆ 50 milhões de vacinas.
- ◆ 5 milhões e 600 mil sessões de hemodiálise (a quase totalidade realizada no país).
- ◆ Atuação de 6 mil equipes de Saúde de Família em 2 mil Municípios.
- ◆ Atuação de 120.000 Agentes Comunitários de Saúde em 4 mil Municípios.
- ◆ Todas as ações de vigilância epidemiológica contra as endemias e epidemias.
- ◆ Todas as ações de vigilância sanitária de alimentos, medicamentos, meio ambiente e outras.
- ◆ Controle de todas as endemias, como a tuberculose, malária, dengue, hanseníase, aids, mal de Chagas e outras.
- ◆ Realização de 85% dos procedimentos de alta complexidade e custo no país:

Transplantes – 21.162

Diárias de UTI – 2 milhões

Cirurgias Cardíacas – 151.146

Tomografias – 740 mil

Neurocirurgias, Ressonâncias, Medicina Nuclear e outros.

Administração do Plano:

- ◆ Preço por pessoa - R\$ 17,00 mensais
- ◆ Preço para a “empresa” Brasil - R\$ 33 bilhões anuais.
- ◆ Clientela - 164 milhões de brasileiros (toda a população).

- ◆ Antes de nascer a criança já esta “segurada” e assim permanece toda a vida.
- ◆ Sem qualquer carência para sua utilização.
- ◆ Sem exclusão de nenhuma doença preexistente, como aids, tuberculose, mal de Hansen, câncer, doença mental e outras.
- ◆ Atua na prevenção e cura das doenças.
- ◆ Mantinha em 1992 (dados do IBGE) cerca de 537.688 profissionais de saúde nos serviços públicos (acrescidos de 198.132 administrativos) e 496.680 nos serviços privados (acrescidos de 206.208 administrativos), dos quais, pelo menos 70% são contratados e conveniados pelo Gestores do SUS.

Há plano de saúde igual?

Há plano de saúde mais eficiente do que o Sistema Único de Saúde?

Não há plano mais eficiente, com tão poucos recursos. Nota dez para a **eficiência**.

Mas, e a **eficácia**? E a efetividade dos resultados e do impacto na saúde da população?

RECURSOS TOTAIS NA SAÚDE (R\$ BILHÕES)

Estimativas do Ano Base de 1998

	FEDERAL	ESTADO	MUNICÍPIO	TOTAL
PÚBLICO	R\$ 19,3 (57,4%)	R\$ 5,5 (16,5%)	R\$ 8,7 (26,0%)	R\$ 33,6 (100%)
PRIVADO	-	-	-	R\$ 23,0
TOTAL	-	-	-	R\$ 56,6

RECURSOS PERCAPITA

	BRASIL		ALGUNS PAÍSES DO 3º MUNDO	PAÍSES DESENVOLVIDOS
	R\$	US\$	U\$	U\$
PÚBLICO(*)	207,6	115,3	-	-
PRIVADO(**)	575,0	319,4	-	-
TOTAL(*)	346,1	192,2	200 a 400	800 a 2000

(*) Base de cálculo: população de 161.790.311 de 1998, segundo o IBGE

(**) Base de cálculo: população de 40.000.000 de consumidores dos planos de seguros privados de saúde.

O percapita destes consumidores eleva-se a R\$ 831,6 (625,0 + 207,6) quando se leva em conta que continuam usuários do SUS, utilizando serviços de média para alta complexidade, especialmente quando não cobertos pelos planos e seguros privados, mas também os cobertos, no caso de servidores de saúde e outros, quando cobertos.

ANEXO II

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PESQUISA SUPLEMENTAR DA PNAD/IBGE – 1998

CONVÊNIO IBGE – MINISTÉRIO DA SAÚDE

(DEMANDA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS)

SÍNTESE

A 71,2% da população (112,6 milhões) já tinha em 1998, um serviço de saúde regular, com a seguinte distribuição:

◆ Posto ou Centro de Saúde	–	41,8%
◆ Ambulatório de Hospitais	–	21,5%
◆ Consultório Particular	–	19,7%
◆ Consultório de Clínica	–	8,3%
◆ Pronto-Socorro	–	4,8%
◆ Farmácia	–	2,2%
◆ Ambulatório de Empresa ou Sindicato	–	1,5%

B 28,8% da população (45,5 milhões) ainda não tinha em 1998, um serviço de saúde regular(*). Na saúde bucal, 18,7% nunca havia consultado dentista.

C 25% da população brasileira (38,7 milhões), é usuária de planos e seguros privados de saúde, dos quais, 25% (9,7 milhões), de planos de assistência a servidores públicos.

D Das 20,5 milhões de pessoas que procuraram serviços de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa:

- ◆ 20,09 (98%) foram atendidas.
 - Destas, 49,3% no SUS 35,8% nos planos e seguros privados.
 - Exames de rotina, prevenção e vacinação (37,3%), doenças (33,5%) e dentista (10,9%).

- ◆ 410 mil (2%) não foram atendidos.
 - Destes, 45,6% por falta de senha ou vaga, e 28,6% por falta de médico.

(*) Em próxima pesquisa este percentual deverá acusar queda, inclusive por conta da significativa intensificação do PACS e PSF em 98, 99 e 2000.

E Das 137,6 milhões de pessoas que não procuraram serviços de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa:

◆ 132,1 (96%) não tiveram necessidade.

◆ 5,5 (4%) assim justificaram:

- Falta de dinheiro (32,5%)
- Distância/Transporte (17,0%)
- Demora em atender (13,0%)
- Desajuste de horários (9,9%).

F 11 milhões de pessoas foram internadas uma ou mais vezes no ano anterior à pesquisa (taxa de 6,9% da população).

Considerando só a última internação, 63,1% foram realizadas no SUS, das quais, 6,3% de consumidores de planos e seguros privados de saúde.

G Desigualdades e iniquidades registradas.

◆ Consultas médicas no ano anterior à pesquisa: 49,7% das pessoas de menor renda familiar e 67% das com renda familiar acima de 20 salários mínimos.

◆ No atendimento geral, a prevalência dos atendidos em relação à procura, variou de 97,0% para os de renda familiar abaixo de 1 salário mínimo, até 99,7% para os acima de 20 salários mínimos.

◆ Para as pessoas atendidas nos 15 dias anteriores à pesquisa, a taxa de utilização variou de 11,4 por 100 pessoas com renda familiar baixa, a 17,1 por 100 pessoas com renda familiar acima de 20 salários mínimos.

◆ Nas internações as taxas invertem-se: 6,1% para os com renda familiar acima de 20 salários mínimos, até 8,7% para os com renda familiar abaixo de 1 salário mínimo, e 11,5% para os sem rendimentos.