

O Controle Social na Política de Saúde Brasileira Frente às Orientações dos Organismos Financeiros Internacionais

*Social Control in Brazilian Healthcare Policy Considering Guidelines of
International Financial Agencies*

Maria Valéria Costa Correia*

Resumo: Este trabalho tem como objeto de estudo a atuação do Conselho Nacional de Saúde enquanto mecanismo político formal de controle social, frente às orientações dos organismos financeiros internacionais, observando a relação entre as lutas políticas deste Conselho em defesa do SUS e a contra-reforma imposta por esses organismos na determinação da política de saúde brasileira. Para tanto, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Observou-se a importância do controle social exercido através das suas intervenções contra: a quebra da universalidade, o pagamento “por fora”, as reformas do Estado no campo da saúde que tendem à privatização, entre outras.

Palavras-chave: Controle social; política de saúde; organismos internacionais.

Introdução

O presente trabalho apresenta os resultados do estudo acerca do posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, enquanto mecanismo político de controle social, sobre a política nacional de saúde, frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais às políticas estatais, observando a relação entre as lutas políticas desse Conselho em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios e a contra-reforma imposta por esses organismos na determinação da política de saúde brasileira, durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002).

Partiu-se do pressuposto de que as condicionalidades e, conseqüentes reformas impostas ao rumo da política de saúde pelos organismos financeiros internacionais no contexto de ajuste neoliberal são implementadas, com maior ou menor intensidade, de acordo com os processos políticos existentes em cada realidade histórica concreta. Não existe um automatismo econômico nessa implementação, por causa das reações no campo político que conformam um processo de correlação de forças entre os interesses de classes antagônicas nas conjunturas que atualizam a totalidade social e se expressam no Estado e na sociedade civil.

Na política de saúde brasileira, a expressão controle social foi concebida como participação da sociedade na definição desta política,

* Assistente Social, Doutorado em Serviço Social, Professora da Universidade Federal de Alagoas.

inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme a Lei 8.142/90. A atuação do Conselho Nacional de Saúde, enquanto mecanismo político formal de controle social, frente à influência do Fundo Monetário Internacional (FMI) e, principalmente, do Banco Mundial (BM) na política de saúde brasileira foi tomada como objeto de estudo, observando a relação entre as lutas políticas do CNS em defesa SUS e as condicionalidades dos organismos internacionais na determinação da política de saúde brasileira. Para tanto, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

O Controle Social na relação Estado e Sociedade Civil

Para tratar o CNS enquanto instância política de controle social foi necessário qualificar este controle através de um estudo aprofundado da relação entre Estado e sociedade civil. A concepção de Estado e sociedade civil adotada foi fundamentada em Gramsci (1999 e 2000), a qual dá suporte a toda apreensão das relações entre as classes presentes no CNS e ao controle social existente nesse espaço.

O pensamento de Gramsci tem como eixo de análise da realidade o princípio da totalidade em que subverte os princípios do determinismo econômico, do politicismo, do individualismo e do ideologismo, e estabelece uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura - economia, política e cultura - concebendo a realidade como síntese de múltiplas determinações.

A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica”. Ela não é homogênea, nela circulam os interesses de classes antagonicas que compõem a estrutura social (CORREIA, 2005a).

A partir do referencial teórico de Gramsci em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica já que a separação é apenas metodológica, a oposição real se dá entre as classes sociais. Assim, pode-se inferir que o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade (CORREIA, 2006). Assim, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – está balizado pela referida correlação de forças. Ressalta-se, porém, que na ordem burguesa há um predomínio do controle social da classe economicamente dominante.

O controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta

na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2005).

A partir desta concepção de controle social, buscou-se apreender o sentido político predominante no Conselho Nacional de Saúde (CNS), - enquanto instância deste controle - para dar o rumo da referida política em âmbito nacional: se, a efetivação do SUS com acesso universal, público e de qualidade, ou a tendência - coerente ao ajuste neoliberal exigido pelos organismos financeiros internacionais - de quebra da universalidade; de focalização e seletividade da assistência à saúde; de privatização dos serviços de saúde via terceirização, delegação e/ou parcerias; e de mercantilização da saúde, facilitando a participação do setor privado na prestação desses serviços. A seguir será contextualizada a influência dos referidos organismos na política de saúde brasileira.

A influência dos organismos financeiros internacionais na política de saúde brasileira

O processo de financeirização do capital, representado por um novo estilo de acumulação na fase da “mundialização do capital”¹ é colocado pelas “novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e fundos de pensão)” que, através dos títulos e da rentabilidade aliada à liquidez, têm a função de frutificar principalmente no interior da esfera financeira. É esta que comanda, cada vez mais, a repartição e a destinação social da riqueza criada na produção a partir da combinação social de formas de trabalho humano².

Segundo Chesnais (1996, p. 15), a dinâmica do crescimento desta esfera se alimenta de dois tipos de mecanismos, os primeiros se referem à formação de capital fictício e os outros se baseiam em transferências efetivas de riquezas para a esfera financeira, tendo como meio mais importante o serviço da dívida pública e as políticas monetárias associadas a este. Esse processo traz como consequência para os países periféricos um “nível de endividamento dos Estados perante os grandes fundos de aplicação privados (os ‘mercados’) deixa-lhes pouca margem para agir senão em conformidade com as posições definidas por tais mercados” (*idem, ibidem*).

O poder do capital financeiro é defendido pelas instituições financeiras internacionais que, representando os interesses dos Estados

¹ Chesnais (1996) coloca que a fase da mundialização do capital foi antecedida por duas outras fases, o imperialismo e o período fordista. "A expressão mundialização do capital é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês globalização, que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque de conduta global" (*idem*, p. 17).

² Ver Chesnais (1996, p. 14-15).

mais poderosos do mundo,³ pressionam os demais Estados nacionais a adotarem políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, impondo reformas políticas, econômicas e sócio-culturais, as quais vão ter implicações na soberania dos Estados-nação que a estas aderirem, mediante as condicionalidades de suas políticas internas e externas.

A subalternidade aos organismos financeiros internacionais foi uma opção⁴ da política governamental brasileira, tornando a política estatal cada vez mais refém desses organismos, trazendo como consequência uma gama de contra-reformas do ponto de vista da classe subalterna.

Na área da saúde houve um protagonismo do Banco Mundial que remonta à década de 80, período em que as instituições financeiras internacionais – FMI e BM - passaram a ter um papel importante no processo de internacionalização do capital frente à crise da dívida externa nos países devedores e à retração dos bancos privados internacionais na concessão de empréstimos. Uma série de condicionalidades é imposta por estas instituições para a liberação de recursos, e o seu cumprimento garantiria o pagamento dos juros e serviços da dívida. A contratação de empréstimos pelos países dependentes dá-se mediante a viabilização do ajuste estrutural e de reformas nas políticas estatais, no sentido de diminuir a área de atuação do Estado e de ampliar a esfera de atuação do setor privado, inclusive na produção de serviços coletivos, entre os quais, os de saúde.

Os reflexos das orientações do BM na política de saúde brasileira no período recortado, têm se dado através: dos projetos financiados por este Banco; da implantação de novas formas de gestão na saúde que desvirtuam o modelo de gestão do SUS e seu caráter público; da tendência de divisão na prestação dos serviços de saúde, ficando a baixa complexidade na rede pública e a média e a alta na rede privada, e tendo como consequência a restrição do acesso a essa última e a quebra da integralidade da assistência; da indução financeira para expansão da rede básica, a qual tem provocado um processo de recentralização desta política na esfera federal; do PSF como estratégia de universalização da rede básica por meio de uma política focalizada e seletiva, trazendo como consequência a quebra da universalidade da assistência à saúde; da ampliação da rede privada na prestação dos serviços de saúde como resultado do processo de “universalização excludente”; e da criação das agências de regulação, que tem como consequências o desempenho do Estado como regulador do mercado dos serviços de saúde para corrigir distorções, e a naturalização do cidadão como consumidor (CORREIA, 2005a).

Estas orientações se confrontam com o assegurado legalmente para a saúde na Constituição de 88 e nas Leis Orgânicas, resultando no tensionamento de dois projetos para a saúde na década de 90: um voltado para a consolidação de um sistema público de saúde - o SUS, defendido

³ Ver Chesnais (1999, p. 28).

⁴ Ao falarmos em opção queremos salientar que não se trata de uma imposição “de fora”, mas que contempla os interesses dos setores que comandam não apenas a sociedade como também os demais setores das classes dominantes.

pelos setores progressistas da sociedade, e outro voltado para o mercado, que tem se constituído em uma contra-reforma no sentido de perdas ao garantido na forma da lei.

Partindo do pressuposto de que a implementação ou não das contra-reformas colocadas pelos organismos financeiros internacionais dependem da correlação de forças entre os interesses das classes antagônicas em cada realidade social, situamos os mecanismos de controle social na saúde – Conferências e Conselhos – como espaços de resistência às referidas contra-reformas, em especial, o Conselho Nacional de Saúde, responsável pelo controle social sobre a política nacional de saúde e, conseqüentemente, pelo seu rumo, já que tem a atribuição formal de atuar na “formulação e controle da execução da política de saúde em âmbito federal,”⁵ inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Ao tomar o referencial de Gramsci de que não existe antagonismo entre Estado e sociedade civil, mas uma contraposição entre as classes antagônicas no todo social, pode-se afirmar que o controle social é das classes sociais e depende da correlação de forças em cada realidade concreta. Por isso, se fez necessário o detalhamento da dinâmica interna do CNS, para se verificar a correlação de forças entre os conselheiros ao defenderem suas propostas, identificando os interesses que cada segmento representado defende.

O posicionamento do Conselho Nacional de Saúde frente às orientações dos organismos financeiros internacionais à política de saúde

A partir de uma pesquisa documental⁶ ao material produzido pelo Conselho Nacional de Saúde, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2002, foi analisado o posicionamento do CNS sobre cada tema eleito⁷, examinando o sentido político predominante: resistência às orientações do Banco Mundial à política nacional de saúde, com a defesa do SUS e de seus princípios, ou ratificação dessas orientações. Ao tempo em que se verificaram os interesses de classe que têm se sobreposto no espaço do Conselho.

Observou-se no CNS que mesmo entre os segmentos que representam a sociedade civil organizada, existe uma representação de interesses opostos, pois, tanto estão presentes desde a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM), como a Confederação Nacional do Comércio (CNC) e a Confederação Nacional da Indústria (CNI). Estão presentes, também, as representações do setor privado: Associação Brasileira de

⁵ Conforme atribuições do Conselho Nacional de Saúde contidas no Decreto 99438/90.

⁶ Os documentos analisados foram: 86 Atas, 15 Deliberações, 169 Resoluções, 128 Recomendações e 25 Moções, além dos Documentos produzidos pelo CNS, Relatórios das atividades das Comissões Intersetoriais e dos Grupos de Trabalho.

⁷ Os temas foram selecionados a partir da análise das orientações do BM à política de saúde brasileira.

Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH). Essa contradição expressa uma dinâmica relação de forças no interior do CNS para propor, ou aprovar/reprovar cada proposta apresentada. Constituiu-se em um espaço de luta de interesses contraditórios que expressaram os interesses de classe que circulam no conjunto da sociedade.

Os conflitos presentes na arena do Conselho se dão entre os próprios conselheiros, na disputa pelos interesses de classe que representam. Estes conflitos expressam uma dinâmica relação de forças no interior do CNS para propor, ou aprovar e reprovar cada proposta apresentada. De um lado, se articulam os representantes dos empresários – Confederação Nacional da Indústria, Comércio, Agricultura e das Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde (privados e filantrópicos) – e, de outro lado, as representações de usuários (CUT, Entidades Nacionais de Patologia e Deficiência, Confederação Nacional das Associações de Moradores e CNBB) e dos trabalhadores da saúde (Entidades Médicas Nacionais e Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área da Saúde). Pode-se afirmar que os representantes destas últimas entidades mantiveram uma intervenção constante no Conselho em defesa dos interesses das classes subalternas.

Constatou-se que tanto os representantes do patronato - Confederação da Indústria, Comércio, Agricultura – como os das Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde (privados e filantrópicos), posicionaram constantemente nas reuniões do CNS a favor das reformas propugnadas pelo Banco Mundial. Sempre um dos conselheiros representantes destes segmentos posicionou-se a favor: da implantação de experiências de co-pagamento no SUS, apresentando-a como uma opção individual; da busca das novas formas de gestão no SUS, que tendem à privatização; da transformação da FUNASA em Agência de Execução, transferindo funções essenciais do Ministério da Saúde para esta. Ressalta-se que os representantes do Ministério da Saúde, ora acompanharam esses posicionamentos, ora se abstiveram nas votações. Os representantes do CONASS e do CONASEMS tiveram uma postura permanente de defesa do SUS.

Observou-se nas manifestações de contraposições de alguns conselheiros ao Ministério da Saúde, uma postura de independência em relação ao órgão gestor, e a exigência do respeito e cumprimento do controle social. Ressalta-se que os maiores protagonistas desta contraposição pertencem ao segmento de usuários e dos trabalhadores da saúde.

A seguir será apresentado o posicionamento do CNS, e os conflitos internos entre os segmentos nele representados, por temática relacionada ao objeto de estudo em pauta.

1. Projetos financiados pelas Agências Financeiras Internacionais

Durante os governos de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil expandiu o volume de empréstimos junto ao BM, ficando entre os dez

maiores prestatários do Banco. O Banco manteve oito projetos ativos de saúde durante os anos 90, entre os quais se destaca o Reforsus, aprovado em 1996, claramente voltado para proporcionar a reforma do setor saúde no Brasil, e dois Projetos que têm como principal propósito combater e controlar doenças transmissíveis, quais sejam o de Vigilância e Controle de Doenças – VIGISUS e o de Controle de AIDS e DST.

Observa-se que os projetos financiados pelo Banco Mundial, com exceção do VIGI/SUS, foram apresentados ao Conselho após já estarem em andamento. Os questionamentos levantados pelos conselheiros influenciaram na forma de aprovação dos mesmos ao exigirem que passassem pelas Comissões Bipartites e pelos Conselhos Municipais e Estaduais, possibilitando uma maior transparência na alocação de seus recursos e na sua implementação. Outro ponto levantado pelos conselheiros foi a solicitação de divulgação às camadas populares do material de prevenção da AIDS e de planilha de dados através da confecção de material apropriado. Nas reuniões do Conselho apareceram questionamentos sobre a compra de preservativos a empresas estrangeiras e também foram levantados questionamentos sobre a desarticulação do Reforsus com a estrutura do Ministério da Saúde.

As questões mais relacionadas diretamente ao conteúdo político do Reforsus foram feitas pelo conselheiro representante da CUT, exigindo o acesso ao Contrato efetuado entre o Banco Mundial e o Governo Brasileiro, a relação dos projetos aprovados por Estado, com os respectivos valores desembolsados e indagando sobre a mudança de tecnologia do Cartão sem justo motivo. A atuação do CNS em relação aos projetos financiados pelo BM limitou-se ao acompanhamento das atividades já realizadas. Os conselheiros não participaram na definição dos projetos, nem mesmo foram consultados sobre a necessidade de realizá-los. Entretanto, a denúncia feita pelo conselheiro representante da CUT sobre a mudança para uma tecnologia estrangeira do Cartão-SUS que resultaria no encarecimento da mesma sem justificativa plausível por parte do Ministério da Saúde e o acompanhamento da implantação do Cartão SUS foi importante para evitar desperdícios de recursos com a compra de tecnologia estrangeira.

2. Reforma do Estado e Organizações Sociais

O CNS posicionou-se contrário à Reforma do Estado e seu reflexo no setor saúde, em 1996, um ano depois da publicação do primeiro documento do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) e Ministério da Saúde que tratava desta temática: “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, solicitando ao Governo Federal a suspensão da aplicação da reforma neste setor.

No âmbito do CNS foi formado um Grupo de Trabalho sobre Reforma do Estado e sua influência no SUS, após manifestações de conselheiros favoráveis e contrárias à criação das Organizações Sociais na saúde. O primeiro relatório deste Grupo de Trabalho (GT), apresentado em maio de 1997, expôs argumentos contrários à

implantação dessas Organizações e em defesa do SUS, ao considerar que o SUS já significa uma reforma no aparelho de Estado. Posteriormente, esse grupo passa a reunir-se com o MARE e a negociar modificações no Projeto de Lei que propunha a institucionalização das Organizações Sociais, demonstrando uma mudança na sua posição inicial, de rejeição ao mesmo. Este GT retoma seus trabalhos em março de 1999 e, em novembro deste mesmo ano, apresenta relatório que foi aprovado pelo CNS em que aceita as Organizações Sociais, com algumas restrições.

3. As novas formas de gestão na Saúde

O estímulo do Banco Mundial à reforma administrativa na área da saúde foi concretizado com a adoção de estratégias de flexibilização administrativa e inovações gerenciais através do repasse de serviços para as Organizações Sociais, Fundações de Apoio e de Cooperativas de profissionais de medicina, além da implantação de duplo acesso em hospitais públicos.

A Pesquisa realizada na região metropolitana do Rio de Janeiro e São Paulo por Costa, Ribeiro & Silva (2000) mostra as estratégias de flexibilização administrativa e as inovações gerenciais adotadas por algumas unidades de saúde a partir da agenda da reforma do aparelho de Estado na área de saúde.⁸

O CNS posicionou-se contrário ao duplo acesso aos Hospitais Públicos, considerando-o como mais uma medida de flexibilizar a gestão em busca de recursos adicionais, trazendo como consequência a “fila dupla” e o possível atendimento diferenciado entre os pacientes dos seguros de saúde e os não segurados e, ainda, a diminuição gradativa dos leitos disponíveis para estes últimos, invertendo a lógica da finalidade desses hospitais que é atender a todos usuários do SUS, sem discriminações. Esse Conselho aprovou a deliberação nº 6, de 6 de setembro de 2001, contrária a um Projeto de Lei que alterava a Lei 8.080/90 e possibilitava aos Hospitais Universitários captar recursos advindos do atendimento a usuários de planos de saúde.

Observa-se, no período estudado, um posicionamento do CNS veementemente contrário às novas formas de gestão surgidas, que contrariam o modelo assistencial preconizado pelo SUS. As novas modalidades de gestão com tendências privatizantes repassam as responsabilidades do Estado e os recursos públicos para setores da sociedade por meio de terceirizações, parcerias e delegações.

O Conselho rejeitou as experiências do Plano de Assistência à Saúde (PAS) de São Paulo, do Plano de Assistência Integral - Saúde (PAI-S) de Roraima, das Organizações Sociais do Pará, da terceirização dos hospitais do Rio de Janeiro, tomando medidas como: convidando secretários de saúde para prestar contas ao CNS das ações desenvolvidas;

⁸ A pesquisa de campo foi desenvolvida de março a setembro de 1999 com a proposta de analisar a flexibilização da gestão pública e a inovação organizacional nos hospitais estatais das esferas federal, estadual e municipal.

averiguando em loco os problemas causados pelos novos modelos; aprovando resoluções contrárias a tais “inovações” para suspender repasse de recursos do SUS e para propor Ação Civil Pública contra os governos que as estavam adotando; e publicizando tais fatos junto a outros setores da sociedade. Pode-se afirmar que estas ações contribuíram para que estas experiências retrocedessem.

O CNS expressa a sua satisfação pelo fim do PAS em São Paulo e pelo retorno “à lógica do SUS, com o retorno do repasse de verbas ao Município e a recomposição democrática do Conselho Municipal de Saúde” através da Moção nº 001 do CNS de 8 de março de 2001. Ao tempo que “lamenta o período em que São Paulo afastou-se dessa lógica, mediante implantação do PAS, precarizando serviços e gerando inúmeras denúncias de corrupção” (Moção nº 001 do CNS, 8 de março de 2001). O CNS teve uma participação decisiva no retorno do modelo de gestão do SUS deste município.

4. Cobrança “por fora” ou Co-pagamento

O co-pagamento foi uma das orientações do Banco Mundial aos países dependentes como estratégia de solucionar o financiamento da saúde pública. No Brasil, não houve alteração legal da garantia da “gratuidade” da saúde pública, mas existiram inúmeras denúncias da prática de cobrança nos estabelecimentos públicos. O CNS esteve sempre atento à garantia deste direito e às denúncias desta natureza. A Recomendação nº 003, de 28 de setembro de 1995, revela esta preocupação defendendo o assegurado legalmente, ou seja, “o dever do Estado em garantir o direito de acesso da população às unidades e serviços do Sistema Único de Saúde próprios, contratados e conveniados”.

O CNS provocou uma discussão nos Conselhos Estaduais e Municipais sobre o tema a partir da solicitação de propostas do levantamento de situações reais de cobrança “por fora” no SUS e de alternativas de controle destas situações. Esta foi uma estratégia importante para coibir tal prática recomendada pelo BM.

5. Modelo Assistencial centrado na atenção básica

O modelo assistencial preconizado pelo BM está centrado na atenção básica. Nesta perspectiva, são estes serviços que devem ser universalizados, combinados com a “racionalização” ao atendimento hospitalar.

Observa-se que a ênfase a atenção básica recomendada pelo Banco Mundial é assumida como prioridade no modelo de atenção à saúde implementado pelo Ministério da Saúde na segunda metade da década de 90, principalmente, a partir do ano de 1998 com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) e com a implantação da Norma Operacional Básica - NOB/SUS/96. Neste processo, há uma desarticulação entre a rede de atenção básica e a média e alta complexidade. Conforme pesquisa de avaliação da implementação do

PSF em dez grandes centros urbanos brasileiros⁹ o acesso demandado pelo atendimento deste Programa à média e à alta complexidade, poucas vezes ou nunca foram conseguidos.

O Estado vem priorizando a atenção básica, através de uma política de indução financeira – PAB variável, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Entre o período de 1998 e 2001, enquanto os recursos destinados para a totalidade da Atenção Básica haviam sido ampliados em 86%, os recursos para o PSF aumentaram em 778%.¹⁰

Esta política de indução provocou um processo de recentralização da política de saúde local, restringindo a autonomia do município para alocar recursos conforme as necessidades locais. O Ministério da Saúde reproduziu do BM as condicionalidades para repasse de recursos, conforme a implantação de algumas políticas pré-definidas em nível federal.

Observa-se o empenho do Conselho para a efetivação da NOB/SUS/96, e por mais recursos para a sua operacionalização, posicionando-se contrário ao remanejamento de recursos da média e da alta complexidade na implantação do PAB, defendendo a integralidade do SUS, em contraposição às orientações do BM de “racionalização” do acesso ao atendimento hospitalar (alta complexidade) e da expansão, apenas, da rede básica de saúde. Seu posicionamento também foi contrário ao processo de recentralização do sistema de saúde ocorrido, através da definição do PAB variável pelo nível federal.

O CNS promoveu a Mesa-Redonda “O Modelo de Atenção Básica à Saúde e sua Implementação ao Nível Nacional”, cujo relatório apresenta sua preocupação com a desarticulação da atenção básica e os demais níveis de atenção, fazendo desta um “pacote isolado”. Os conselheiros expressaram sua rejeição à “cesta básica de saúde” do Banco Mundial, e criticaram o PACS e o PSF por ainda possuírem características de programas.

O CNS posicionou-se favoravelmente à ampliação da atenção básica, mas defendendo sua articulação com a média e alta complexidade, dentro das diretrizes da Equidade, Integralidade e Universalidade, negando a focalização.

6. Agências de Regulação e Organizações não estatais

A transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e executivas e organizações não estatais foi propugnada pelo Banco Mundial dentro da orientação de transferir funções do Estado para organizações ditas autônomas que funcionam mediante a utilização de recursos públicos.

⁹ Pesquisa realizada nos anos de 2001 e 2002 pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, coordenada por Sarah Scorel.

¹⁰ Ver dados em Mendes & Marques, 2003, p. 7.

No âmbito do Ministério da Saúde foram criadas duas agências reguladoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com o objetivo de regular os planos e seguros privados de saúde, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, com o objetivo de “promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária”.

Apesar do processo de criação da ANS não ter passado pelo CNS, este reafirmou o apoio ao exercício da competência reguladora do Ministério da Saúde através dessa Agência de proteção aos consumidores dos planos e seguros privados de saúde e aos usuários do SUS através da Moção nº 002, de 11 de novembro de 2000. Quanto à ANVISA, o seu papel foi discutido no Conselho depois da sua criação em duas reuniões consecutivas, maio e junho de 1999.

O CNS participou ativamente do processo de regulamentação anterior à criação da ANS, em que esteve em disputa dois projetos. Um apresentado pelo governo, que assegurava os interesses dos empresários dos planos e seguros de saúde, e outro, defendido pelo CNS e pelo bloco de oposição ao governo, que protegia os direitos dos usuários, não aceitando exclusões, carências e o aumento de prestações por idade. O CNS mobilizou as entidades nele representadas, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e parlamentares para arremeter forças aliadas na defesa de sua proposta. Estas mobilizações não foram suficientes para vencer a proposta do governo.

Observa-se que o CNS não fez nenhuma menção crítica à transferência das funções do Ministério da Saúde para as agências reguladoras autônomas criadas no âmbito da saúde, a ANS e a ANVISA. Entretanto, posicionou-se contrário a proposta de criação da Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (APEC), substitutiva da FUNASA. Esta agência de caráter executivo, realizaria as ações de vigilância epidemiológica e de educação para a saúde, condição para operacionalização do SUS. As articulações do CNS mobilizaram forças contrárias ao Projeto de Lei de criação dessa Agência Executiva Autônoma, contribuindo para sua retirada da pauta da Câmara dos Deputados, em abril de 2002.

Outra transferência de função do Ministério da Saúde se deu para uma organização não estatal, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que foi incumbida de avaliar os serviços hospitalares brasileiros de acordo com seu desempenho. A discussão sobre a criação e o funcionamento desta organização não passou pelo Conselho. A contratação pelo Ministério da Saúde desta organização de direito privado sem fins lucrativos, caracteriza a efetivação de outra recomendação do BM a da transferência de recursos públicos para Organizações Sociais.

7. Financiamento e Orçamento da Saúde

O financiamento da Saúde foi uma pauta constante das reuniões do Conselho. Houve uma atuação do Conselho na luta por novas fontes

de financiamento para a saúde, a exemplo da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) como fonte de recursos adicionais, a qual se tornou fonte substitutiva, em face da retração de outras fontes, após a sua aprovação. Ressalta-se também o engajamento do CNS e a mobilização que este provocou em torno da vinculação de recursos para a saúde, através da luta pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional - PEC nº 169, a qual, depois de modificações, foi transformada na Emenda Constitucional - EC nº 29.

A articulação para aprovação desta no Senado foi uma prioridade do Conselho no ano de 2000. Houve uma grande mobilização dos conselheiros através de: reuniões com algumas bancadas federais por estado; envio de correspondências a parlamentares solicitando apoio a PEC e de “Carta-Aberta do Conselho Nacional de Saúde em Defesa da PEC da Saúde” para os vários segmentos da sociedade; realização de reunião conjunta do CNS e Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; ocupação de espaços na mídia; envio de e-mails; organização de marcha mobilizadora pela aprovação da PEC Aglutinativa 86-A; realização antecipada da Plenária de Conselheiros de Saúde; elaboração documento explicativo e didático sobre esta PEC; exibição de “placar” na Esplanada dos Ministérios, registrando as posições dos Senadores quanto a referida PEC, ao término das ações mobilizadoras.

Graças à mobilização do CNS a PEC 86-A foi aprovada no Senado e promulgada em setembro de 2000, através da Emenda Constitucional nº 29. A partir daí a preocupação do CNS se voltou para as interpretações sobre sua aplicação e elaborou o documento “Diretrizes Preliminares para Aplicação do Disposto na Emenda Aglutinativa Substitutiva 82-A (PEC da Saúde)”. Realiza também um fórum com os Tribunais de Contas da União, estados e municípios, para definir critérios para a operacionalização da EC 29.

No ano de 2001 o CNS tem uma nova luta no campo do financiamento da saúde, a operacionalização desta Emenda, conquistada como resultado de suas inúmeras mobilizações. A luta também se deu contra os contingenciamentos operados nesta área pelo governo federal. Estes estão relacionados com os Encargos Financeiros da União - EFU (Juros e Amortização da dívida interna e externa), pois estes são priorizados em detrimento da alocação de recursos na área social.

Observou-se que apesar da questão dos recursos destinados à saúde ter sido preocupação constante do CNS, demonstrada através dos relatórios da Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN) apresentados e aprovados por unanimidade, mensalmente, nas suas reuniões e das várias resoluções e recomendações cobrando explicações sobre corte de recursos ao Ministério da Saúde, este não conseguiu influenciar de forma efetiva na definição dos recursos a serem alocados nesta área. Verificou-se uma grande diferença entre o montante de recursos aprovados anualmente pelo CNS para o orçamento global do Ministério da Saúde e o executado pelo governo federal. A posição do CNS é sempre de aprovar

as propostas orçamentárias de cada ano, e denunciar o seu não cumprimento, devido aos contingenciamentos.

O CNS denunciou constantemente o desvio dos recursos da saúde e do Orçamento da Seguridade Social para o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF)¹¹, e, principalmente, os contingenciamentos realizados pela área econômica. Esses contingenciamentos foram relacionados diretamente com os Encargos Financeiros da União – EFU, ou seja, com a priorização do pagamento dos juros e amortização da dívida interna e externa por parte do executivo, cumprindo as condicionalidades dos organismos financeiros internacionais, especialmente, com as do FMI.

Apesar do controle social sobre os recursos da saúde ser ponto de pauta constante nas reuniões do CNS, a partir da apresentação dos relatórios da sua Comissão de Orçamento e Finanças, que foram sempre aprovados na íntegra e por unanimidade, e das várias Resoluções contrárias aos contingenciamentos e cortes dos recursos para a saúde, na prática o Conselho exerceu este controle com limites. Muitas Resoluções não foram homologadas e outras não foram cumpridas.

O nível de intervenção do CNS foi na re-alocação dos recursos pré-definidos, não influenciando na definição do montante a ser aplicado na saúde. Esta definição ficou a cargo da equipe econômica e da sua política de ajuste econômico, em consonância com os acordos firmados com as agências internacionais de financiamento.

A definição do montante de recursos para a saúde ficou à mercê das condicionalidades impostas pelos organismos financeiros internacionais – FMI e BM – apesar das denúncias constantes do CNS a respeito dos contingenciamentos ocorridos.

Considerações Finais

A partir do resultado da pesquisa documental desenvolvida, pode-se afirmar que o sentido político predominante no Conselho Nacional de Saúde foi de defesa do SUS e de seus princípios e de resistência às orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, demonstrando que os interesses das classes subalternas se sobrepuseram sobre os demais interesses neste espaço, durante o período estudado.

A atuação dos segmentos sociais que representam os interesses das classes subalternas influenciou positivamente na definição de importantes políticas na área da saúde, tais como: Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Política Nacional de Saúde Indígena, Política do Sangue, Política Nacional de Saúde do Idoso, Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidente e Violência, e Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de

¹¹ O FEF, substituto do FSE (Fundo Social de Emergência), “mal consegue devolver os recursos subtraídos da CPMF (20%)” e “não traz recursos novos para a Saúde. Nem mesmo os das outras Fontes da Seguridade Social que levou” (Ata da 74ª Reunião Ordinária do CNS, 4 e 5 de março de 1998).

Deficiência. Como também na Política Nacional de Saneamento Básico e Meio Ambiente, impedindo por meio de mobilizações a aprovação de um Projeto de Lei que dispunha sobre a privatização dos serviços de saneamento básico. A área da Saúde do Trabalhador teve grandes avanços com a colaboração efetiva do CNS, demonstrando a força do segmento dos trabalhadores de saúde, nele representado. Este Conselho colaborou decididamente para o fortalecimento do controle social nas esferas estadual e municipal, apurando irregularidades na composição e funcionamento dos Conselhos e nas gestões do SUS.

A atuação do CNS contribuiu categoricamente para inibir, ou mesmo evitar a implementação de muitas das recomendações do BM para a política nacional de saúde, tais como: a quebra do caráter universal do acesso aos serviços de saúde na forma da lei; a propagação das experiências de flexibilização administrativas com o repasse da gestão da saúde para Organizações Sociais ou Cooperativas que tendem à privatização deste setor; o duplo acesso aos hospitais públicos; o co-pagamento quebrando o caráter público dos serviços de saúde estatais; a transformação da FUNASA em Agência Executiva Autônoma, que caracterizaria o repasse das funções executoras do Ministério da Saúde para uma esfera não estatal. Esta atuação foi impulsionada e apoiada pelas Conferências Nacionais de Saúde e pelos Encontros e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, nos quais o CNS esteve presente na mobilização e na organização.

Estes fatos demonstram a importância das lutas políticas dos segmentos sociais que representam as classes subalternas na consolidação do SUS e na construção de resistências ao projeto do capital, sem as quais o cenário da política nacional de saúde poderia ser outro.

Não houve um automatismo das imposições econômicas dos organismos financeiros internacionais na política nacional de saúde, devido às resistências das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas. Esses interesses se expressaram no CNS e deram o seu sentido político predominante em defesa da saúde pública universal, criando resistências às contra-reformas recomendadas pelo BM.

Apesar da importante atuação do CNS e do controle social exercido pelos segmentos que representam as classes subalternas influenciando a política de saúde em muitos aspectos, este teve limites, pois não conseguiu influenciar de forma incisiva no modelo de assistência à saúde implementado, o qual seguiu, em parte, as orientações do Banco Mundial, nem tão pouco influenciou na determinação do montante de recursos destinados à saúde. Esta determinação ficou por conta das condicionalidades inerentes aos acordos do governo com o FMI e BM, apesar das inúmeras denúncias e resistência aos contingenciamentos resultantes destes acordos.

Observou-se que a determinação econômica na definição das políticas e gastos estatais limitou a ação da referida instância política de controle social. As definições políticas nos espaços dos Conselhos de Saúde na perspectiva desse controle têm conseguido denunciar e resistir ao rumo que a regência do capital financeiro internacional, na sua versão

neoliberal, vem dando às políticas públicas dos países estruturalmente dependentes e em especial à política de saúde brasileira.

A superação deste limite está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos Conselhos. Requer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com os organismos financeiros internacionais e com a lógica a que estes servem e reproduzem, a lógica do capital. O crescente controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado pode se constituir em uma estratégia para a construção de uma nova hegemonia.

Entretanto, não se pode negar que as resistências às contra-reformas impostas pelos referidos agentes financeiros são passos importantes para esta construção. Mas, só o protagonismo das classes subalternas no sentido da superação da racionalidade capitalista e da efetivação de uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas, poderá ser um contraponto ao domínio do capital.

Desta forma, fica constatado que é necessário “recusar o economicismo que nega, naturaliza e reifica os antagonismos [...] faz, do atual, do vigente, [...] uma pura continuidade, ao subordinar tudo e todos a uma realidade já dada, recusando a possibilidade de intervenção das vontades na história” (DIAS, 2003, p. 9).

As lutas políticas precisam ser fortalecidas na sociedade civil. Gramsci (2000, p. 73) ressalta a importância do fortalecimento da sociedade civil, ao afirmar que nos Estados mais avançados, “onde a ‘sociedade civil’ tornou-se uma estrutura muito complexa e resistente às ‘irrupções’ catastróficas do elemento econômico imediato (crises, depressões, etc.); as superestruturas são como o sistema de trincheiras na guerra moderna [...]” Trata-se, portanto, de identificar quais são os elementos da sociedade civil que correspondem aos sistemas de defesa na guerra de posição e fortalecê-los.

O horizonte de Gramsci é o fortalecimento das classes subalternas e a conquista de sua hegemonia, ou seja, realizar uma “reforma intelectual e moral” e “criar o terreno para um novo desenvolvimento de vontade coletiva nacional-popular no sentido da realização de uma forma superior e total de civilização moderna.”¹² Gramsci afirma que “a tarefa essencial consiste em dedicar-se de modo sistemático e paciente a formar esta força, desenvolvê-la, torná-la cada vez mais homogênea, compacta e consciente de si” (GRAMSCI, 2000, p. 46).

Abstract: This work has as object of study the role of the National Health Council (CNS) as a formal political mechanism of social control against the orientations of the World Bank, observing the relationship between the CNS political struggle in defense of the SUS and the counter reformation imposed by international organisms in the determination of the Brazilian health policy. For in

¹² Gramsci (2000, p.18)

such a way, it was used the bibliographical research and the documentary research. The importance of the social control exerted through the interventions against: the crack in the universality, unofficial payment, and State reforms in the health field, which tend to privatization, among others.

Keywords: Social control; health policy; international organisms.

Referências

CHESNAIS, François. *A Mundialização do Capital*. Trad. Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. *A Mundialização Financeira*. São Paulo: Xamã, 1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Desafios para do Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. Recife, 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005a.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs), *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, Cortez Editora, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário. RIBEIRO, José Mendes. & SILVA Pedro Luís Barros. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 5, n. 2, Rio de Janeiro, 2000.

DIAS, Edmundo Fernandes. Democrático e popular? In: *Outubro* Revista do Instituto de Estudos Socialistas n. 8. São Paulo, 2003.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do Cárcere*. Vol. 1, tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Vol. 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

MENDES, Áquilas & MARQUES, Rosa Maria. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, 2003.