

O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E OS CONSELHOS DE SAÚDE NA NOVA REPÚBLICA

Vera Maria Neves SMOLENTZOV¹

Resumo: A Constituição brasileira de 1988 incorpora conceitos básicos de Saúde Pública para toda a população, assim como descentraliza as política pública de saúde do governo Central para os Municipais. Apesar desses direitos constitucionais já estarem assegurados, eles têm sido negados à população mais carente, em virtude do modelo capitalista perverso de desigualdade e exclusão social.

Palavras-chave: Saúde; Estado; democracia.

Introdução

A Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde. Ela representa um grande avanço em termos sociais, já que universaliza os direitos de atendimento de saúde a todo cidadão, independente dele possuir ou não registro em carteira de trabalho valendo, portanto sua condição de cidadão e não a de contribuinte; regulamenta a participação e controle social, através dos Conselhos de Saúde (nacional, estadual, e municipal) e das Conferências de Saúde (federal, estadual e municipal), além de transferir para os municípios os recursos necessários ao atendimento das políticas públicas de saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde nos municípios. A constituição do SUS, Sistema Único de Saúde, se norteia pelos seguintes princípios básicos: universalidade (todo

¹ Mestranda em Ciências Sociais: Área de Concentração: Dinâmica Urbano-Regional, Planejamento e Políticas Públicas - PUC/SP. Docente na FCEA – CEP. 16015-280 – Araçatuba (SP).
Econ. Pesqui., Araçatuba, v.2, n.2, p.69-78, mar. 2000

cidadão tem direitos), equidade (todo cidadão é igual), e integralidade (todo cidadão tem direito a ser tratado em sua integralidade).

Apesar dessas novas propostas de participação pública e defesa dos direitos do cidadão já estarem assegurados pela Constituição, como uma forma de aprofundar e consolidar a democracia no país, eles acabam sendo negados à população mais carente, que deles depende vitalmente, pela própria prática da política de saúde, que assegura a reprodução social do modelo capitalista perverso de desigualdade e exclusão social.

1. A Saúde Pública na Nova República e a Reforma Sanitária – o “saber militante”.

É a partir da década de 1920 que a assistência à saúde das classes trabalhadoras urbanas é reconhecida e vinculada à previdência social, sob a forma privada de financiamento compulsório, calculado com base num percentual de contribuição do salário dos empregados e empregadores. Com o processo de modernização, iniciado em 1930, e continuado a partir do que se convencionou chamar de modelo de substituição de importações induzido pelo Estado (de 1945 - 1960), muitas mudanças sociais vão ocorrer, fruto dessas transformações econômicas; tais como, o assalariamento e a urbanização da população, e as grandes e profundas desigualdades regionais, fazendo do sudeste o centro de desenvolvimento do país. Também na área da saúde, essas transformações vão definir o caminho traçado para o desenvolvimento de suas políticas públicas, que serão calcadas na relação capital/trabalho, associando a política trabalhista/sindical à política previdenciária, dentro da lógica privada de credenciamento dos serviços médicos, de hospitais e de uma farta rede de apoio terapêutico, garantida pelo Estado, e que passa a ser seu maior comprador, através da política de seguro social. Prevalece, neste período, a teoria do Estado

Desenvolvimentista, promotor da industrialização acelerada e da modernização econômico-social. Do ponto de vista social, a preocupação estatal nesse período circunscreveu-se à manutenção e regulação social e, conseqüentemente, à pouca preocupação quanto à eficiência de suas políticas sociais, sobretudo na área da saúde. O período compreendido entre os anos 1960 a 1988 vai manter a mesma lógica do período anterior, com algumas modificações: umas amparadas pelo milagre econômico (68-75) e a inserção da economia no mercado internacional, consolidando a privatização da assistência médica sob a égide do Estado; e outras sustentadas pela necessidade de redemocratização do país, “com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça” (COHN, 1995, p.232) Apesar de toda a mobilização social promovida pelos vários setores da população, principalmente através do movimento das “Diretas Já”, foi somente a partir das eleições indiretas de janeiro de 85 que se deu a chamada “transição negociada”, e controlada até o fim pelos militares. No campo da saúde, é organizado um movimento, conhecido como movimento sanitário, pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Como assinala COHN,

“esse movimento, calcado na experiência italiana e sob a liderança não pública do Partido Comunista Brasileiro, congrega os setores de esquerda e os setores progressistas da área da saúde na formulação de propostas para sua reorganização institucional no país e na produção de conhecimento que desse suporte a elas... esse saber militante, caracteriza a produção da Medicina social brasileira no período, e fundamenta as práticas políticas de então. O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público, e descentralizado.”(COHN, 1995, p.233).

A Constituição de 1988 assegura as conquistas sociais pleiteadas pelo movimento sanitário e consubstanciadas pela Reforma Sanitária, garantindo a universalidade e equidade no atendimento à saúde, e a descentralização política

sem, contudo, oferecer novas formas de financiamento, ou seja, baseando-se ainda na economia formal e na lógica capital/trabalho baseada nos salários. A consequência mais imediata de tal ajuste é a inclusão de novas formas de prestação dos serviços privados de saúde, os *planos de saúde*, baseados em seguros de assistência privados, garantidos por grandes conglomerados financeiros e em franca expansão na economia atual. O preço desses serviços, que oneram o custo da produção, é repassado a seus contribuintes, aumentando ainda mais a desigualdade no atendimento à população carente. Por um lado podemos perceber procedimentos de alta tecnologia e alto custo financeiro, com crescente restrição ao atendimento privado; de outro, um também crescente custo no orçamento fiscal e diminuição dos recursos estatais destinados à saúde, levando ao progressivo sucateamento da rede pública, pelo aumento da demanda da população carente desses serviços, e pela inexistência de um fluxo financeiro destinado apenas à área da saúde. O próprio incentivo fiscal de abatimento dos gastos privados com a saúde, impede o aumento desses recursos fiscais e sua distribuição para as áreas mais carentes. É necessário, portanto, reverter a lógica privada de contribuição para o seu financiamento, que ainda responde por 80% desses recursos - quer seja na remuneração dos serviços de saúde, ou através de subsídios, ou ainda pela renúncia fiscal - para que o sistema de saúde possa prestar os serviços a que se destina pela própria Constituição.

2. Os Conselhos Municipais de Saúde: breve histórico do desempenho

Os Conselhos de Saúde se constituem no principal órgão de participação e de controle social na definição da política de saúde, em nível nacional, estadual e municipal, de acordo com o que foi regulamentado pela nova Constituição de 1988. Formados com representantes do Estado e da Sociedade Civil, são os responsáveis pelo processo de ampliação da cidadania,

pela aplicação e definição do orçamento do setor saúde, e pela formulação de um Plano de Saúde que atenda e dê sustentação à operacionalização do SUS, no que diz respeito as suas metas básicas de garantir a universalidade e a equidade no atendimento à saúde da população. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), estabelece em seu artigo 15º, que entre as atribuições da União, Estados, Distrito Federal e Municípios deve-se prever a definição e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde. Já a Lei 8.142/90 dispõe exatamente sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e cita a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como as instâncias colegiadas do SUS. Quanto à Conferência de Saúde ela deve se reunir a cada quatro anos, convocada pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente pelos Conselhos. Já os Conselhos, devem se reunir mensalmente, podendo se auto-convocarem, têm caráter público, sendo voluntário e considerado de relevância pública o trabalho de seus conselheiros. Os conselhos são *permanentes, consultivos e deliberativos*, e devem representar de forma *paritária* o Estado; composto por representantes do governo; os prestadores de serviços e profissionais de saúde; e a Sociedade Civil através dos usuários, que representam, por sua vez, os diversos organismos ou entidades sociais privadas ou de movimentos comunitários, organizados como pessoas jurídicas, que lutam na defesa de interesses individuais e coletivos na área social ou econômica, ou são escolhidos nas Conferências de Saúde. Os conselhos funcionam e atuam nos três diferentes níveis de governo, nacional, estadual e local: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselhos Estaduais de Saúde, (CES), e Conselhos Municipais de Saúde (CMS), têm a finalidade de garantir a representação e a participação social nesses três diferentes níveis de discussão, e atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, homologadas pelo chefe do poder executivo em cada uma das esferas do governo. Compete ao Conselho de Saúde, de acordo com o que dispõe o § 2º do artigo 1º da Lei nº 8142/90, que ele deve “*atuar na formulação*

de estratégias da política de saúde, e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros”. Isto significa que os conselhos de saúde têm competência para examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, traçada pelo dirigente do SUS (secretário de saúde ou diretor do departamento de saúde), para que sejam alcançados seus objetivos, podendo para isso propor novas opções ou indicar algumas correções. Assim, a responsabilidade sanitária pela política formulada é do dirigente do SUS, cabendo ao Conselho de Saúde tudo fazer para compatibilizá-la com as reais necessidades da população e com a disponibilidade dos recursos financeiros a serem aplicados. Quanto à questão da *composição paritária*, uma das condições previstas na lei, ela deve obedecer a critérios que garantam a independência do funcionamento do colegiado e a eficiência de sua atuação em relação à direção do SUS, tentando integrar e articular dessa forma, esses três setores básicos da saúde: Estado, setor de serviços/profissionais saúde, e a sociedade civil organizada, com a finalidade de obter uma maior transparência nas ações de saúde e maior eficiência no controle da gestão pública. Para tanto, deve manter paridade no número de representantes dos usuários, em relação ao total do número de representantes dos segmentos do governo, e dos prestadores de serviço e profissionais de saúde (estão incluídos nesta última categoria, os profissionais responsáveis pelas atividades-meio – tais como pessoal encarregado dos órgãos e entidades públicas ou privadas do setor saúde, assim como os responsáveis pelas atividades-fim – tais como, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros). Dessa forma, fica a representação total dos conselhos, assim distribuída: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços público e privado. Além disso, os representantes junto ao conselho devem ser eleitos por um período de dois anos podendo ser reeleitos, e ter plenas condições para serem os legítimos defensores dos segmentos que representam, garantindo com isso, um efetivo controle social sobre a execução da política e dos planos de saúde, na gestão pública. Para Célia

Leitão Ramos, os Conselhos de Saúde se constituem numa tentativa de pensar o sistema como um todo atuando localmente, para promover o fortalecimento da sociedade civil e de seus órgãos participantes.

Os conselhos são instâncias que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Unificado de Saúde (SUS), juntamente com outros instrumentos participativos. Analisando o quadro atual, podemos afirmar que a idéia da existência dos Conselhos no plano jurídico e no discurso político-institucional é inquestionável. Já do ponto de vista da avaliação política, o que interessa é discutir a “colocação em ação” dessa conquistas e que atores ou segmentos sociais estariam atuando para a facilitação do projeto ou para seu fracasso. (RAMOS, 1995, p.330).

Dessa forma, os conselhos se constituem numa nova forma de atuação política na gestão pública, redefinindo as relações do público e do privado, ou seja, Estado e Sociedade Civil. “O dado instigante está no novo papel exercido por este Setor, por meio do processo de parcerias entre governos e conselhos, para atuar nas questões sociais, reconhecendo explicitamente a configuração de um espaço público não-estatal.” (WANDERLEY, 1997, p.144). Embora seja difícil essa nova articulação de caráter social participativo, ela é muito importante, pois funciona como ponto de partida para a consolidação da democracia e preservação dos direitos do cidadão garantidos pela Constituição, mas desconhecidos pela maioria da população do país, especialmente numa sociedade como a nossa, que vem de uma experiência recente de autoritarismo e cuja cultura de participação e gerência do bem público pela comunidade é praticamente inexistente, e onde a exigência de participar e controlar a gestão pública tem uma escandalosa conotação de intromissão, embora se constitua num dos direitos mínimos do cidadão. Essa falta de educação da população, em relação aos seus próprios direitos e deveres, acaba levando à inviabilidade desse projeto de construção de uma participação social cidadã, e levando a população

Econ. Pesqui., Araçatuba, v.2, n.2, p.69-78, mar. 2000

a receber como favor o que tem como direito. “É dessa perspectiva que o estudo de experiências de gestão local na área da saúde podem contribuir para o debate, assumindo que a descentralização favorece mas não garante sua democratização, mas que o espaço local é o espaço privilegiado de construção de identidade de novos sujeitos sociais coletivos”. (COHN, 1995, p.320)

Conclusão

Grandes são os desafios enfrentados hoje pela sociedade brasileira: superação da atual organização estatal, ampliação da representação social como forma de exercício da cidadania, e superação da crise fiscal e da falta de sintonia existente entre o público/privado e o público não-estatal, ou seja, Estado/Sociedade. É necessário também que o compromisso do Estado nas áreas sociais, de fundamental importância para a população, seja reforçado pela vontade política do governo, pelo menos, enquanto a participação social ainda esteja pouco amadurecida e carente de espaços de discussão de seus problemas mais prementes, e enquanto não houver a cristalização dos direitos sociais, dentro de uma sociedade aberta e democrática pois, “o Estado é democrático para as zonas “civilizadas” do contrato social, e fascista para as zonas “selvagens” da exclusão social.” (SANTOS, 1997).

Concordando com H. Léfèbvre podemos concluir que “o poder absoluto do capitalismo é uma farsa e uma fraude. É um sonho de capitalistas” (MARTINS, 1997, p.127).

SMOLENTZOV, Vera Maria Neves. The Public Health System and New Republic's Health Councils. **Economia & Pesquisa**, Araçatuba, v.2, n.2, p.69-78, Mar. 2000.

Abstract: The new Brazilian Constitution of 1988 enhances basic concepts of the Public Health for all population, as well as decentralizes the public health politics leading it from the Central Government to the Municipal ones. In spite of those constitutional rights, which were already assured, they have been denied for the poor people due to the evil capitalistic model of social disparity and exclusion.

Keywords: Health; State; democracy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In **Desigualdade e a questão social**, São Paulo: Educ, 1997.
- _____. As transformações da questão social. In: _____. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 1997.
- CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.
- COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1996.
- DINIZ, Eli. Uma perspectiva analítica para a reforma do estado. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n.45, 1998.
- MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.
- OLIVEIRA, Francisco de. A vanguarda do atraso e o atraso da vanguarda: globalização e neoliberalismo na América Latina. In: _____. **Os direitos do antivalor a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- PEREIRA, Luis Carlos Bresser. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. In: PEREIRA, Luis Carlos Bresser, GRAU, Nuria Cunill (Org.). **O público não-estatal na reforma do estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

- PEREIRA, Luis Carlos Bresser. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.45, 1998.
- PEREIRA, Luis Carlos Bresser, GRAU, Nuria Cunill (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Introdução à uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- URREJOLA, Sebastião Cox. Políticas sociais e justiça comunitária. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos, GRAU, Nuria Cunill (Org.). **O público não- estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- VELASCO E CRUZ, Sebastião C. Alguns argumentos sobre reformas para o mercado. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n.45, 1998.
- VIEIRA, Liszt B. Cidadania e controle social. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos, GRAU, Nuria Cunill (Org.). **O público não- estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- WANDERLEY, Luiz Eduardo. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: _____. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 1997.