

DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA-SP

Alexandre Perles GAZETA¹

Resumo: A proposta deste artigo é contribuir para o debate acerca dos limites e possibilidades da efetivação da participação da sociedade civil na gestão da política municipal de saúde via Conselhos Municipais de Saúde. Analisamos a experiência de institucionalização do controle social sobre o Fundo Municipal de Saúde e a participação dos diversos segmentos sociais na formulação de políticas referentes a este setor, elaboradas no Conselho Municipal de Saúde de Araraquara-SP, no período de descentralização das ações e serviços de saúde (1997-2001), entre duas gestões municipais com orientações políticas distintas. A metodologia utilizada nesse estudo compreendeu a análise do regimento interno e das atas das reuniões mensais do Conselho, a observação direta em algumas dessas reuniões mensais e a entrevista com os conselheiros dos diversos segmentos sociais.

Palavras-chave: Descentralização; participação social; controle social.

Abstract: This article wishes to contribute with the debate the limits and possibilities on the consolidation concerning the participation of the civil society through the political and Health Municipal management from the Health Municipal Councils. We analyze the experience of the institutionalization towards the social control on the Health Municipal Funds; besides, the participation for several social segments into political formulations referred to this section, which are elaborated in the Health Municipal Council of Araraquara-SP, during the time of decentralization of the actions and health services (1997-2001), comprehending two administrations marked by distinct political orientations. We bring up in this study a methodology which comprehends the analysis of the internal rules and regulations, including not only the records of Council monthly meetings, but also its direct observations and the interview with some counselors of different social segments.

Keywords: Decentralization; social participation; social control.

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da UNICAMP – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UNICAMP – 13083-970 – Campinas – SP. Bolsista FAPESP.

Introdução

A redefinição do papel do Estado, nas últimas décadas, tem como uma de suas características a revalorização do poder local, através de inúmeras propostas de descentralização. Conforme Silva (1996, p.81), a descentralização pode ser definida como a transferência de poder do nível nacional para instâncias subnacionais, para planejar, gerir, executar e tomar decisões. A descentralização significa um processo de reestruturação interna no aparelho do Estado envolvendo aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros. Como parte desse processo, a municipalização tem ocupado espaço privilegiado nessa discussão, marcadamente na área de saúde.

Na saúde, os movimentos e as ações em direção às transferências de atribuições e encargos da esfera federal para os Estados e municípios, inicia-se ainda durante o regime militar, num período histórico marcado pela centralização política, econômica e administrativa. Em 1983, são dados os primeiros passos para a descentralização, com as Ações Integradas da Saúde, posteriormente evoluindo para a constituição do SUS (Sistema Único de Saúde).

Um dos pilares da consolidação do processo de descentralização é a efetivação da participação da sociedade civil na gestão da política de saúde a partir dos Conselhos Municipais. Esta participação consiste no controle público sobre a movimentação do Fundo Municipal de Saúde e na incorporação das demandas sociais dos diversos segmentos da sociedade na formulação das diretrizes da área referida.

A importância de se discutir o controle social insere-se no debate sobre as formas de combate aos desvios, corrupção e apropriações indevidas do dinheiro público, do fisiologismo e clientelismo com a máquina estatal. Por isso, abordamos este tema, enfocando a necessidade do controle social sobre os recursos públicos, elegendo, como categoria de estudo, o fundo público.

Assim, na primeira parte do artigo apresentamos o panorama da estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil e o processo de descentralização nessa política social. Em seguida, analisamos o recorte específico na política de saúde em que se acompanha o percurso do fundo público da saúde no rastro da previdência social e, a partir de 1988, no rastro da seguridade social.

Na segunda parte, situamos teoricamente a questão dos Conselhos de Saúde, discutindo os limites e as possibilidades da democratização dessa gestão da política em âmbito municipal. Para tanto, mostramos um estudo de caso e articulamos os conceitos trabalhados anteriormente com a realidade do Conselho Municipal de Saúde do município de Araraquara-SP, apresentando os avanços e

os limites do controle social sobre o Fundo Público e a participação da sociedade civil na formulação dessas políticas.

Descentralização da Política de Saúde no Brasil

Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil

A compreensão da estrutura e organização da saúde é importante principalmente porque alguns aspectos do modelo centralizado, dual e seletivo do regime militar, embora em grande parte se encontrem superados, continuam presentes no modelo descentralizado que se busca efetivar nos dias atuais. Mais relevante ainda é percebermos as conseqüências deste padrão de estruturação da atenção à saúde sobre a relação Estado e Sociedade, agindo sempre no sentido da ação do primeiro sobrepor-se à ação do segundo.

Até o final dos anos 80, o Brasil contava com uma política dual e seletiva de serviços de atenção à saúde. De um lado, o Ministério da Saúde (MS), criado em 1930, e as secretarias e órgãos de saúde de Estados e municípios desenvolviam ações de saúde pública, isto é, serviços de natureza preventiva, dirigidos à população em geral, desde campanhas de vacinação a vigilância sanitária. O acesso da população a tais serviços baseou-se sempre em princípios não-contributivos; portanto, este não se pautava por nenhum critério de seletividade.

A promulgação da nova Constituição Federal, em 1988, e o advento do SUS (Sistema Único de Saúde), ampliam significativamente as possibilidades de descentralização. O artigo 198 da Carta Constitucional estabelece as suas diretrizes, a saber: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. Descentralização, participação social e atendimento integral, estes são os alicerces para a construção do SUS (ELIAS, 1996)².

Conforme Elias (1996, p.114), a proposta de descentralização contida na NOB/93 (Norma Operacional Básica), busca dar conta de diversos aspectos, tais como o modelo assistencial, a redefinição de competências das esferas de governo, a questão dos recursos humanos, dentre outros. Em seu detalhamento

² A partir daí, cria-se todo um arcabouço legal, até então praticamente inexistente, complementado por decretos, portarias e normas emanadas das três esferas de governo e voltado para a implementação da descentralização do sistema de saúde e para imprimir maior racionalidade aos serviços públicos de saúde.

operativo podem-se identificar dois pilares fundamentais: **o financiamento das ações de saúde e o controle social.**

Nesses novos termos, as transformações ocorridas ao longo dos últimos quinze anos resultaram na constituição de um novo modelo de prestação de serviços de saúde, o qual visa instalar um sistema hierarquizado e descentralizado de serviços de saúde (ARRETCHE & MARQUES, 2000, p.14-7), impondo como questão relevante para a eficácia e a democratização do processo de descentralização: o “controle social” (COHN, 1996, p.54).

A participação, na perspectiva do controle social permite à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade da saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor (BRASIL, 1995, p.23).

A Questão do Estado e o seu Contexto Político em Relação à Saúde

O processo de ampliação da oferta de serviços na área de saúde e da previdência social ocorreu com a participação do setor privado lucrativo. Isso se deu por meio da consolidação de um pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenção de impostos de renda e liberdade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial.

O setor saúde foi alvo importante desse processo de privatização do fundo público, pois eram repassados à iniciativa privada cerca de 80% da arrecadação da previdência social destinada à assistência médica, e os maiores beneficiários foram os grupos médicos privados, as indústrias nacionais e internacionais de medicamentos e equipamentos.

No Brasil aconteceu o contrário do que se deu nos países do *Welfare State*: em vez de acesso universal ocorreu, de fato, a univesalização excludente. Pois, à medida que se criaram as condições para a inclusão das camadas populares anteriormente excluídas do sistema previdenciário – trabalhadores do setor informal e os não incorporados na produção –, também criaram as condições para que os trabalhadores melhor remunerados fossem expulsos de tal sistema, o que os obrigou à compra de serviços no setor privado. Incrementou-se, assim, a

mercantilização da saúde e da previdência.

A realidade de mercantilização dos serviços de saúde é um processo em curso em toda a América Latina. Em março de 1995, estudiosos pertencentes à Associação Latinoamericana de Medicina Social (Alames) discutiram a articulação Público/Privado dos Sistemas de Saúde na América Latina no II Seminário Latinoamericano de Política Sanitária, realizado no México, de 22 a 24 de março de 1993. Observaram que, a partir da década de 80, a participação do setor privado nos sistemas nacionais de saúde dos países da América Latina tem crescido significativamente. Concluíram que essa evolução privatizante é resultante da implementação do modelo neoliberal. Os ensaios apresentados nesse seminário foram publicados pela Fiocruz em 1996, no livro Política de Saúde: o público e o privado, organizado por Catalina Eibenschutz.

Entre as 19 conclusões/constatações do seminário, destacamos as seis de maior relevância para este estudo:

- Concluiu-se que os diferentes modelos de privatização têm, como denominador comum, a transformação de um direito do cidadão em mercadoria.
- Constatou-se o crescimento dos seguros privados de saúde, estreitamente relacionados à concentração de capital financeiro em quase todos os países participantes.
- Constatou-se que o setor privado depende muito do setor público e que há uma transferência do que se gasta no setor público para o privado.
- Demonstrou-se, em todos os casos presentes, a existência de um setor privado forte e em crescimento, que tenta constituir-se pólo hegemônico da transformação dos sistemas de saúde.
- Analisou-se o avanço da privatização nos países e assinalou-se que ela é derivada de uma dupla necessidade: a) favorecer as políticas de ajuste e b) dar impulso a mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de saúde.
- Assinalou-se que a privatização do que é público é, essencialmente um processo financeiro, ligado à mudança do modelo de acumulação e modernização econômica, impulsionada pelo neoliberalismo.

Entre as seis propostas apresentadas, destacamos as duas seguintes:

- Retomar o controle social do setor público estatal, do setor público não estatal e do privado, direcionando-o à solidariedade e à universalidade.
- Promover uma cidadania completa que garanta o controle social, lutar contra a contenção salarial dos trabalhadores da saúde, porque favorece a privatização, e estimular a mobilização social pela saúde. (EBENSCHUTZ, 1996, p.16-7)

Essas conclusões e propostas de um grupo de pensadores da América Latina reafirmam a existência de um processo de mercantilização da saúde e a necessidade de desmercantilizá-la. Como estratégias, propõe-se controle social sobre o setor público, o privado contratado e o puramente privado, e o estímulo à mobilização social pela saúde pública. Tais estratégias envolvem novos atores sociais – as organizações populares e as dos trabalhadores da saúde – que têm hoje, no Brasil, um espaço de participação institucionalizado no SUS: as conferências e os conselhos de saúde. Estes últimos, com poder deliberativo sobre a alocação dos recursos públicos da saúde, podem tornar-se um espaço para a luta pela ampliação da aplicação dos recursos na rede pública, ou seja, nos bens de serviços coletivos de saúde sem a busca do lucro.

Portanto, a garantia do repasse automático fundo a fundo e o controle social sobre este são essenciais para a solução dos problemas do funcionamento e financiamento do SUS. Não adianta apenas garantir recursos para a saúde, é preciso garantir a sua chegada até os municípios e a participação da sociedade na sua destinação.

Os gastos com saúde estão no universo de atuação do conselheiro de saúde, pois este “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros”.

Que Controle Social? Os Conselhos Municipais de Saúde como Instrumento de Participação Social

O controle social aqui não é tratado como uma forma do Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico. Partindo do reconhecimento de que isso é uma realidade, apresenta-se a necessidade de reverter este controle na perspectiva da sociedade obtê-lo sobre o Estado, radicalizando os espaços burgueses de democracia e ampliando a esfera pública.

Correia (2000), em seu trabalho, proporcionou-nos uma reflexão acerca do controle social sobre o fundo público e sua inter-relação com a discussão sobre a esfera pública e a democracia:

Nos países do Welfare State, a estruturação de uma esfera pública, da democracia representativa e a expansão da utilização do fundo público para o financiamento da reprodução da força de

trabalho, implicando o alargamento dos gastos sociais, ocorrem simultaneamente. A estruturação e ampliação da esfera pública são importantes mesmo nos limites do Estado classista, pois negam a sua dominação exclusiva pelas classes hegemônicas, e criam um espaço para a expressão das classes subalternas na defesa de seus interesses. (CORRELA, 2000, p.13)

Os mecanismos de participação institucionalizada na área de saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, constituir-se em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro lado, podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia. Para Correia (2000, p.63), a sua mera existência “não garante imediato controle social perfeito, mas é parte de um processo que contribuirá para redefinir a questão das relações público/privado no Brasil, seja na proposição das políticas, seja no controle e avaliação delas”.

O espaço de participação popular nos conselhos é contraditório: pode servir para legitimar ou reverter o que está posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, em que vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; é umã arena de lutas em torno do destino da política de saúde nas três esferas de governo. Nos conselhos de saúde estão presentes diversos interesses: públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais (p.64).

A noção de controle social como controle da sociedade sobre as ações do Estado “passa a exigir a presença de organizações legítimas de representação de interesses de diversos segmentos sociais na formulação de políticas de saúde e no redirecionamento dos investimentos públicos” (p.65).

Os conselhos de saúde passam a ser entendidos, como uma das formas de controle social sobre as ações do Estado nesse campo. São vistos como uma estratégia para se dirigir, cada vez mais, o fundo público da saúde para a produção de bens e serviços de consumo coletivo sem fins lucrativos, atendendo às necessidades da reprodução da força de trabalho, e de contraposição à tendência, atualmente hegemônica, de sua utilização para o financiamento de iniciativas privadas.

O conselho de saúde é uma das formas de democratização dos gastos estatais nessa área, pois ele pode, legalmente, deliberar sobre aspectos econômicos e financeiros. Cada Conselho de Saúde tem, entre suas atribuições:

- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de saúde e/ou Fundo de Saúde;

- Propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos. (Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 3/12/92).

Assim, com os conselhos de saúde, abre-se a possibilidade de a sociedade opinar e interferir na destinação dos recursos públicos da área. O espaço dos conselhos pode se tornar um espaço de disputa política, entre os setores organizados nele representados, pelo controle do fundo público de saúde.

Nessa área, destaca-se ainda mais a necessidade desses canais – os conselhos de saúde – como mecanismos de controle social, devido, entre outros fatores, à larga utilização dos recursos públicos pela rede privada, gerando lucro e contribuindo para a reprodução do capital. Conforme Elias (1996, p.106), “em 1993, 72,5% do total do gasto do SUS foram com o setor privado”, predominando o financiamento da iniciativa privada pelo fundo público de saúde.

Os conselhos de saúde podem se tornar mecanismos democráticos de resistência à mercantilização do setor, na medida em que definam a aplicação dos recursos públicos na própria rede pública, sem fins lucrativos. No mínimo, segundo Correia (2000, p.67), podem se constituir em mecanismos de acesso, fiscalização e acompanhamento do uso de recursos, tornando as ações mais transparentes e permeáveis às demandas populares.

A despeito de suas limitações, os conselhos, de um modo geral, assumem hoje no Brasil uma importante “função pedagógica”, no sentido da construção da cidadania e das reinvenções dos padrões de convivência democrática. Em vários estudos, essa “função pedagógica” foi destacada, apontando para um renovado campo das expectativas acerca dos resultados do envolvimento institucional.

Tanto no campo teórico quanto prático, a questão da natureza deliberativa dos conselhos tem estado presente na discussão sempre permeada por muita controvérsia.

De fato, em alguns casos, um conselho bem-sucedido pode não ter sua ação deliberativa relacionada à deliberação (“induzir o Estado à ação”), mas ao controle social do Estado (no sentido fiscalizatório, que visa “impedir o Estado de transgredir”), ou a “uma eficiente vocalização das demandas” (TATAGIBA, 2002, p.91). Conselhos com baixa capacidade deliberativa podem ser fortes no controle da aplicação dos recursos orçamentários ou na execução dos programas e projetos³, ou seja, recuperando os termos de Carvalho (1995), os conselhos parecem estar atualmente mais capacitados para “impedir o Estado de

transgredir”, do que “induzi-lo a agir”, investindo suas energias mais no controle das prestações de contas e dos serviços prestados pelo Estado, do que na formulação de políticas.

Os motivos apontados estão, em geral, relacionados à dinâmica de funcionamento dos conselhos: a centralidade do Estado na elaboração da pauta, falta de capacitação dos conselheiros, problemas com a representatividade, dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, manutenção dos padrões clientelistas na relação entre Estado e sociedade, recusa do Estado em partilhar o poder etc. Para além desses motivos, a análise da bibliografia vincula ainda a fragilidade deliberativa dos conselhos a sua ambígua inserção no conjunto da institucionalidade e à questão da existência e efetividade dos fundos.

Por fim, não podemos deixar de demonstrar como a fragilidade dos conselhos se reflete e reforça, também, o problema da gestão e controle dos fundos. Sem dúvida, há um consenso na bibliografia sobre a grande resistência dos governos, especialmente os municipais, em instituir mecanismos mais transparentes e democráticos de financiamento e repasse de recursos. E nesse caso, “as acomodações políticas, as trocas eleitoreiras e a corrupção continuam imperando como matriz que orienta a destinação das verbas públicas, em acordos na maioria dos casos não-publicizáveis” (TATAGIBA, 2002, p.97).

Portanto, os fundos, conforme destaca Correia (2000), com sua exigência intrínseca de publicização, chocam-se com uma cultura política marcada pela apropriação privada dos bens públicos, donde insere-se a importância do controle social sobre os mesmos, no sentido de minorar a ação predatória de agentes privados na arena decisória acerca da alocação e destinação dos recursos públicos. Também, cabe ressaltar a ação corporativa dos interesses das empresas prestadoras de serviços de saúde, cada vez mais e melhor articulados na disputa para o redirecionamento dos investimentos.

A Participação Social na Descentralização da Saúde em Araraquara: a atuação do Conselho Municipal de Saúde

A partir das questões já assinaladas, buscamos compreender como ocorreu o controle social através do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara no processo de descentralização da saúde, ou seja, a participação popular

(movimentos e organizações populares) na formulação, fiscalização e implementação de políticas públicas, desde a adoção da Gestão Plena do SUS, em 1997, no município, até 2001. E para tanto, buscamos analisar, especificamente, o poder de influência da sociedade civil (organizações e movimentos populares, associações e representantes de usuários) na elaboração das políticas públicas e o controle sobre a movimentação do Fundo Municipal de Saúde.

O caso do município de Araraquara é ilustrativo para pensarmos sobre as questões e problemas até então expostos sobre a institucionalização da participação social na consolidação da descentralização da Saúde. O município inicia o processo de descentralização em 1997, após a criação do Conselho Municipal, responsável pela Gestão Plena da Saúde em 1998.

Como principais instrumentos metodológicos utilizados na investigação da atuação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, destacamos a análise documental das atas de reuniões, desde o período que compreende a adoção da Gestão Plena (1997) até dezembro de 2002, bem como as entrevistas com os Conselheiros dos diversos segmentos sociais representados nesta instituição.

Vale ressaltar que o período estudado compreendeu duas gestões com orientações políticas distintas: a primeira sob a direção do Partido Progressista Brasileiro (PPB), e a segunda sob a direção do Partido dos Trabalhadores. A questão das diferenças entre uma administração e outra também será tratada de forma especial no decorrer de nosso estudo, uma vez que se demonstrou importante na comparação do desempenho da instituição nos dois períodos.

O Conselho Municipal de Saúde de Araraquara é constituído por 34 membros, sendo 17 usuários e 17 prestadores de serviço. Reúne-se mensalmente e extraordinariamente quando necessário, e foi empossado em 10 de março de 1997.

O Fundo Municipal de Saúde está em atividade desde a Municipalização ocorrida em maio de 1998, embora tenha sido criado pela lei nº 3.859, de 26 de junho de 1991. Toda a gestão financeira do SUS no município é realizada por meio deste fundo, composto de quatro contas bancárias, nas quais são movimentados os recursos oriundos do Ministério da Saúde, da prefeitura e de convênios.

³ Num país onde as denúncias de corrupção e de desvio do dinheiro público se sucedem num ritmo alucinante, as possibilidades de sucesso de políticas dependem, e muito, do olhar atento da sociedade sobre o destino do dinheiro público.

O Desequilíbrio na Correlação de Forças entre os Diversos Segmentos Sociais

A partir da análise das atas de reuniões do Conselho, identificamos um grande desequilíbrio na correlação de forças entre os segmentos da sociedade na arena decisória. Durante o período estudado, mais especificamente na primeira gestão, verificamos o predomínio das propostas de destinação de verbas e repasses para os hospitais particulares prestadores de serviços.

A destinação de verbas para o atendimento hospitalar durante a primeira gestão ocorreu com maior frequência do que na segunda gestão, até o limite de ser aprovado no CMS, sem nenhum questionamento ou debate aprofundado, a transferência de verbas do Atendimento Básico das Unidades Básicas de Saúde (reunião dia 09/09/2000) para a manutenção de equipamentos na Santa Casa de Misericórdia. O fato não somente demonstra uma nítida apropriação do dinheiro público para fins privados, como também um favorecimento da atenção hospitalar em detrimento à atenção básica, pilar do atendimento no nível secundário (hospitais) e terciário (clínicas de tratamento de alta complexidade tecnológica).

Outro recurso utilizado para a análise do processo decisório foram as entrevistas com os conselheiros. A partir das respostas dos Conselheiros, caracterizamos o relacionamento entre os representantes do governo, sociedade civil e prestadores de saúde.

No que diz respeito à segunda gestão, é unânime a resposta dos representantes dos usuários de que melhorou a relação entre eles e o gestor municipal. Todos os conselheiros avaliaram positivamente a qualidade dos debates e discussões no interior do Conselho onde apenas uma entidade manifestou problemas no funcionamento do CMS.

Os representantes de usuários e ONGs responderam positivamente quando questionados se se sentiam atuantes no processo decisório, especialmente na elaboração de diretrizes para as políticas de saúde.

Os principais instrumentos para o alargamento da fiscalização sobre o Fundo Municipal de Saúde têm sido as Comissões de Acompanhamento da Peça Orçamentária, cujo papel não se limita apenas ao acesso do orçamento, compreende a participação na elaboração do mesmo.

O Exercício do Controle Social sobre o Fundo Municipal de Saúde

A análise do controle social sobre o FMS pode ser avaliada pelo nível de questionamento e discussões acerca da movimentação financeira e dos efeitos por elas provocados, com base nos registros das atas de reuniões. A percepção dos conselheiros sobre o processo de fiscalização revela que, especialmente na segunda gestão, a participação dos conselheiros na elaboração da peça orçamentária juntamente aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, transmitiu maior segurança na prestação de contas dos gastos do município.

Como na primeira gestão não havia nenhum incentivo por parte do gestor municipal para a formação de comissões fiscalizadoras, o estímulo a participar da discussão dos assuntos técnicos e administrativos permanecia restrito aos representantes, aos profissionais da saúde e prestadores de serviço.

Uma inovação no processo fiscalizador foi a criação pela atual gestão, de comissões para a fiscalização de hospitais, especialmente os conveniados ao SUS. As comissões são responsáveis pela averiguação de denúncias feitas por usuários e reclamações de mal atendimento nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros do município.

Outra novidade para o controle orçamentário foi a formação de comissões para a elaboração conjunta entre governo e sociedade civil da peça. Porém, o fato dos representantes da sociedade civil participarem da realização do orçamento da saúde não significou necessariamente maior controle sobre a aplicação dos recursos na rede pública. Este aspecto é confirmado quando analisamos a participação ou engajamento dos representantes de usuários nas comissões mais técnicas.

Quadro 1: Número de Comissões por Gestão:

Natureza da comissão	Número de comissões	
	1ª gestão	2ª gestão
Fiscalização da Prestação de Contas	0	2
Fiscalização de Hospitais e Unidades Básicas de Saúde	0	3
Estudos sobre propostas consideradas polêmicas	2	5
Elaboração da Peça Orçamentária	0	2
Acompanhamento de programas e campanhas	3	8

Fonte: Ata das reuniões do CMS

Por meio do quadro 1, podemos observar que na primeira gestão não houve nenhuma iniciativa no sentido de formar comissões para fiscalizar a prestação de contas que ocorre anualmente no Conselho.

Quadro 2: Número de Comissões por Gestão:

Natureza da comissão	Número de comissões 2ª gestão	Número de resultados dos trabalhos das comissões
Fiscalização da Prestação de Contas	2	2
Fiscalização de Hospitais e Unidades Básicas de Saúde	3	2
Estudos sobre propostas consideradas polêmicas	5	5
Elaboração da Peça Orçamentária	2	2
Acompanhamento de programas e campanhas	8	5

Fonte: Ata das reuniões do CMS.

O quadro 2 permitiu-nos identificar o aumento do controle sobre o Fundo Municipal por meio da comissão de fiscalização da Prestação de Contas, e a participação dos conselheiros, especialmente dos representantes de usuários na elaboração da peça orçamentária.

Por outro lado, a análise das solicitações de verbas e repasses para os hospitais e prestadores de serviços como clínicas especializadas, bem como os informes de destinação de recursos foram fundamentais para a compreensão da dinâmica da ação fiscalizadora do Conselho. No caso da primeira gestão, o que mais nos chamou a atenção no que diz respeito às solicitações aprovadas pelo CMS, foi a ausência de questionamento ou discussão na aprovação das mesmas. Destacamos aqui algumas que ilustram nossa afirmação:

- Solicitação de transferência de recursos que iriam ser aplicados na Maternidade Gota de Leite para o Hospital Santa Casa de Misericórdia (reunião 09/09/98);
- Informe da entrega de um arco cirúrgico para a Santa Casa de Misericórdia, por parte da Prefeitura Municipal (reunião dia 14/10/98);
- Informe da perda de verba do Ministério da Saúde para a NGA3 (Núcleo de Gestão Ambiental), pelo atraso no envio do pedido (reunião 10/02/99);
- Solicitação para destinação de verbas para Custeio para a Beneficência Portuguesa no valor de R\$ 80.000,00 (reunião 14/07/99);
- Informe sobre o estabelecimento do convênio entre a Uniara e a Prefeitura Municipal;

Estes fatos chamam nossa atenção para o fato de que, em grande medida, houve a destinação de recursos ao atendimento hospitalar em detrimento do atendimento básico e preventivo da atenção à saúde, especificamente no caso da transferência de recursos da Maternidade Gota de Leite para o Hospital Santa Casa de Misericórdia. O episódio não gerou nenhuma discussão ou controvérsia para os conselheiros, nem mesmo para os representantes dos usuários (associações de moradores e ONGs ligadas a Saúde Pública).

O mesmo não encontramos na análise das atas de reunião de janeiro de 2001 e 2002, no período que corresponde à segunda gestão. Neste ínterim, todas as solicitações polêmicas se transformaram em comissões de estudo de cada caso apresentado.

Considerações Finais

As possibilidades de haver controle social sobre as ações estatais constitui, no período de democratização do Estado brasileiro, com decorrência das mudanças na relação entre este e a sociedade.

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

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

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

Apresentamos um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, no interior de São Paulo. Nele, procuramos compreender como ocorreu a participação social a partir do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara no processo de descentralização da saúde, ou seja, o controle público sobre o Fundo Municipal de Saúde e o poder de influência dos representantes da sociedade civil na formulação das políticas públicas, desde a adoção da Gestão Plena do SUS, em 1997, até 2002.

Para este estudo, utilizamos a seguinte metodologia: a consulta a 48 atas de reuniões, de leis municipais, relatórios de gestões, regimento interno, e entrevistas com conselheiros. Por meio de tais procedimentos, chegamos a algumas considerações.

O município não tem tradição de fortes organizações populares e sindicais. Apesar de não serem entidades com tradição de luta, os seus representantes no Conselho demonstraram compromisso ao frequentarem as reuniões deste durante o período analisado, o que estabeleceu uma certa permeabilidade das gestões municipais às demandas da população. O Conselho se constituiu em um espaço de interlocução entre a sociedade e a gestão da saúde, na medida em que algumas dessas demandas foram respondidas positivamente, interferindo de forma indireta na destinação dos recursos destinados ao setor.

Porém, cabe fazermos uma distinção com relação ao relacionamento entre Estado e sociedade civil. O período estudado compreendeu duas gestões. Na primeira gestão (PPB), de orientação política menos favorável à participação social, houve maiores dificuldades para os representantes das camadas populares

participarem do processo decisório da política de saúde. Ao passo que na segunda gestão (PT), de orientação favorável à participação, houve a ampliação dos instrumentos de controle social, tais como a promoção de capacitação de conselheiros por meio de oficinas, criação dos conselhos gestores das unidades básicas de saúde, incentivo à formação de comissões de acompanhamento e fiscalização dos assuntos mais polêmicos e elaboração da peça orçamentária.

Embora haja uma sensível melhora no desempenho do Conselho, na mudança de uma gestão à outra, inclusive identificada pelos próprios conselheiros, o desequilíbrio na correlação de forças ainda permanece quando analisamos que, como padrão no processo decisório ainda prevalece o caráter corporativo, especialmente do setor prestador de serviços particulares e filantrópicos. Este fator não somente dificulta a locação dos recursos na rede pública de saúde, como também a prioridade pelo atendimento básico e políticas preventivas, uma vez que ainda prepondera a orientação para o atendimento hospitalar e a medicina curativa.

Além de acompanhamento, fiscalização e avaliação da movimentação financeira do Fundo Municipal de Saúde, destacamos a importância da participação do Conselho na elaboração do planejamento municipal de saúde e no seu respectivo plano de aplicação financeira. Nesse sentido, ainda há muito a se avançar o Conselho Municipal de Araraquara para alcançar uma posição mais propositora de mudanças efetivas nos rumos da política municipal de saúde.

Referências

- ARRETCHE, M. T. S. Estado Federativo e Políticas Sociais: **determinantes da descentralização**. São Paulo: FAPESP; Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: **participação e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Manual dos Conselhos de Saúde**. Brasília, 1995.
- COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.
- CORREIA, M. V. C. **Que controle social?: os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção da saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: público e o privado**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

MARQUES, R. M. Descentralização da Política de Saúde. In: ARRETCHE, M. & RODRIGUES, V. **Descentralização das Políticas Sociais no Estado de São Paulo** (Org). São Paulo: Editora Fundap, 1998.

SILVA, Z. P. O município e a descentralização da saúde. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, 1996.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil, In: DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**.

São Paulo: Paz e Terra, 2002.