

A relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na gestão do SUS: um relato comentado

The relation between executive organs and the National Health Management Council in SUS: a report with comments

Nelson Rodrigues dos Santos¹

¹ Médico sanitaria, doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), diretor na Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde

Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições conferidas aos Conselhos de Saúde pela Lei 8.142/90, imputaram aos Conselhos, na sua curta trajetória, a concentração da sua atuação no controle da execução, atividade esta incorporada na cultura e nas práticas de fiscalização. A atuação na formulação de estratégias, mais complexa e distante das representações sociais, e mesmo dos escalões intermediários do governo, foi ficando em segundo plano, no decorrer dos anos 1990.

Ao longo do tempo, foram surgindo questões cada vez mais inquietantes para os Conselhos de Saúde, tais como: controlar a execução das ações, mas em relação a que formas e métodos de execução? Referentes a quais diretrizes e estratégias? Referentes a que comprovações de que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a cidadania na saúde estão sendo construídos?

Os costumes e práticas tradicionais de fiscalização e controle da execução não davam conta das questões que iam surgindo, e a implementação das políticas, no dia-a-dia, foi trazendo para os Conselhos volume cada vez maior de 'casos' de má execução, que feriam e ferem os interesses dos usuários, dos profissionais, dos prestadores de serviços e do próprio governo. Os posicionamentos do Conselho perante cada 'caso', de forma pontual e isolada, não bastavam. Mais que o 'varejo', impunha-se entender e reordenar o 'atacado'.

Os gestores, por sua vez, condicionados à cultura secular de administração sem participação da população, rotulavam os Conselhos de 'emperradores da gestão', quando não de corporativistas, basistas e partidarizados. Os Conselhos, por sua parte, consideravam os gestores autoritários e burocráticos, quando não clientelistas, fisiologistas e também partidarizados. Ainda que houvesse boa dose de verdade

nas rotulações apressadas de ambos os lados, deixou-se passar inúmeras oportunidades de, com menos preconceitos e maniqueísmos, perceber outras verdades reveladoras do grande potencial de reconhecer as boas intenções e rever as distorções e os vícios dos dois lados, o que aceleraria a construção da gestão participativa. Hoje, se encontra mais claro que não há gestor de um lado e Conselho de outro lado. Se o Conselho, ao integrar o Poder Executivo, conforme consta na Lei 8.142/90, compõe a gestão, e no SUS há uma gestão participativa, os gestores executivos e o Conselho de Saúde devem atuar pró-ativamente, a começar pela atuação na formulação de estratégias, diretrizes e políticas. É nesse nível que devem ser definidas as vigas mestras ou os pilares da construção do SUS, a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), na experiência vivida, a partir de 1997, reflete o grande peso de atuar no controle da execução, mas com experiência ainda insuficiente no conhecimento e na formulação de estratégias e diretrizes, sob as quais as políticas devem ser executadas, na construção do SUS.

Gradativamente, o CNS tornou-se consciente e passaram a ser motivos de preocupação, entre outros, os seguintes aspectos:

As informações da saúde não foram socializadas com os conselheiros de saúde que pouco participaram na formulação de estratégias e diretrizes para a construção do SUS.

A aplicação da Norma Operacional Básica (NOB-96) foi retardada em mais um ano, sem discutir nem compartilhar as decisões com o CNS.

O processo de elaboração do orçamento federal de Saúde foi sempre prejudicado quanto às fontes, aos quantitativos e à composição dos itens de investimento e de custeio, sem que os procedimentos e as justificativas de sua estrutura fossem discutidos com o CNS e nem mesmo com o extinto Conselho Nacional de Seguridade Social. Manteve-se a prática da apresentação da peça orçamentária final ao CNS, em prazo insuficiente para discussão e possíveis alterações. E essa postura foi mantida mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29).

O fracionamento crescente da Atenção Integral à Saúde nos muni-

cípios e regiões, por meio de vínculos e incentivos estabelecidos por programas e projetos de oferta de serviços, inseridos nos repasses federais, inclusive nos destinados à Atenção Básica à Saúde, produzindo desestímulo e até impedindo o desenvolvimento de planos locais e regionais de saúde, cujas metas prioritárias deveriam refletir as realidades sociais e epidemiológicas de cada região. O fracionamento, por coincidência ou não, foi paralelo, ano a ano, ao desfinanciamento do sistema.

A crescente discrepância entre o valor do repasse federal e o custo dos procedimentos: quanto maior a incorporação tecnológica e a especialização, mais o valor cobre ou ultrapassa o custo; e quanto mais a tecnologia é de fácil compreensão e manejo, e menor o custo, o valor repassado não remunera adequadamente. Esse fenômeno acontece tanto na tabela de procedimentos e valores como também nos repasses globais fundo a fundo.

Portanto, a conquista da forma de repasse de fundo a fundo manteve fatores indutores favoráveis ao modelo 'pré-SUS', como o fracionamento da atenção integral, o desestímulo à qualidade e resolutividade da Atenção Básica (incluindo as ações intersetoriais de promoção da saúde), a remuneração por produção e o próprio desfinanciamento, compelindo os gestores municipais e regionais a reproduzirem o modelo anterior.

Observou-se a baixa ou nenhuma transparência e discussão dos critérios utilizados na execução orçamentária quanto ao triplice contingenciamento (orçamentário, financeiro e dos restos a pagar); aos critérios das alocações para investimento e custeio; aos critérios das alocações para Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade; a ausência de definições sobre o Planejamento e o Orçamento Ascendente como estabelecido no Art. 36 da Lei 8.080/90; aos critérios e valores para Remuneração de Serviços e Parâmetros Assistenciais (Art. 26 da Lei 8.080/90) e outros. Vários itens apresentaram baixíssima execução orçamentária ao final do ano sem informação sobre os destinos dos saldos.

A EC-29 não foi aplicada de forma coerente com o texto constitucional, que previa a alocação de recursos novos, inclusive de fontes federais.

A Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS nunca foi apresentada para discussão e formulação.

A aprovação da proposta de Organizações Sociais pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado, e sua aplicação na Saúde, não foi discutida nem contou com a participação do SUS, tampouco do CNS.

Houve retardo da discussão e da aplicação do princípio da Hierarquização/Regionalização, incluindo a inserção dos Hospitais Universitários e de Ensino no SUS.

O SUS esteve ausente na formulação das estratégias e diretrizes da Política Nacional de Saneamento e Meio Ambiente, conforme dispõe a Lei 8.080/90, o que gerou o Projeto de Lei 4.147/00, que trata da estadualização e privatização das autarquias e empresas públicas de saneamento.

O SUS não participou na formulação das estratégias e diretrizes de Regulação das Operadoras Privadas de Planos de Saúde, conforme dispõe a Lei 8.080/90, o que gerou medida provisória de conteúdo controverso, com referência aos direitos dos usuários do SUS e dos consumidores dos planos privados.

O CNS não participou na formulação de estratégias e diretrizes para a política de assistência farmacêutica do SUS, o que gerou discutível fragmentação das iniciativas federais, nas Secretarias Executiva, de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS), no Fundo Nacional de Saúde, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), nas Forças Armadas e em outros órgãos.

O delicado e decisivo elo da corrente da assistência farmacêutica, referente aos critérios da indicação, prescrição, relação com o usuário e aviamento, permanece ainda sob pressão maior de interesses que levam, por um lado, à 'medicalização' e, por outro, à 'repressão da demanda por medicamentos realmente necessários'.

As instâncias do SUS, inclusive o CNS, não participaram da discus-

são e da elaboração da proposta de Medida Provisória 33/02, que dispõe da transformação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) na Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (APEC), contendo aspectos controversos.

O CNS não foi convocado para participar, no âmbito do Ministério da Saúde, das discussões e formulações referentes ao Grupo de Transição de Governo em novembro/dezembro de 2002.

As questões acima citadas, entre outras, foram objeto de reações crescentes do CNS, revelando um verdadeiro processo de aprendizado de formulação de estratégias. Como agravante, as homologações das deliberações do CNS pelo seu Presidente (Ministro da Saúde) davam-se com atrasos de meses (até mais de um ano), ou simplesmente não eram homologadas, acarretando defasagem ou caducidade das deliberações e em perda da capacidade de influência do CNS.

Este Conselho foi, porém, compensando as dificuldades por intermédio da intensificação da competência e legitimidade do seu Plenário na identificação dos assuntos pela sua relevância e oportunidade, assim como em sua capacidade de discutir, articular e produzir consensos entre os conselheiros e entre os segmentos representados, em decisões a favor dos direitos de cidadania e da construção do SUS.

Intensificou-se também a interlocução do CNS com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com as comissões afins da Câmara dos Deputados e do Senado, com o Ministério Público, com os Tribunais de Contas e outras instituições, a ponto que a simples comunicação social de suas deliberações passou a resgatar grande parte do poder de influência do CNS que se encontrava ameaçado pela não-homologação ou por homologações com grande atraso.

A reação do CNS, ao contrário de justificar o descumprimento legal do procedimento da homologação, revela o imenso potencial da gestão participativa e o quanto se deve insistir na sua efetivação. Faz parte da reação do CNS também, a intensificação das atividades das suas comissões permanentes intersetoriais e dos grupos de trabalho, por meio de estudos, formulações, e a competência de realizar articulações e promover eventos em conjunto com outras instituições.

Podem ser citadas algumas deliberações do CNS entre 1997 e 2002 que tiveram repercussão positiva. A reunião conjunta CNS/Tripartite ao final de 1997, que resultou na decisão do MS de implantar a NOB-96. A realização de duas oficinas de trabalho sobre política de medicamentos com ênfase nos Genéricos, na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e no Ministério do Planejamento, em 1997 e 1998, com ampla repercussão e participação, contri-

buindo decisivamente para a tramitação e aprovação da Lei em fevereiro de 1999. Na Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, os relatórios de mesa-redonda – organizada pelo CNS – e do grupo de trabalho específico contribuíram de forma consistente e orientaram tanto o Ministério da Saúde quanto a convocação da Conferência Nacional sobre esse tema.

A adequada divulgação dos relatórios de dois grupos de trabalho do CNS sobre a proposta das organizações sociais foi decisiva para a suspensão da sua aplicação no SUS (1999). A adequada divulgação dos relatórios de duas oficinas de trabalho do CNS sobre a ‘Inserção dos Hospitais Universitários e de Ensino no SUS’ foi decisiva, em 1999, para a superação de parte das distorções constantes na versão inicial do PL nº 449 que tramita no Senado. Porém, outras distorções a serem discutidas e negociadas ainda permanecem.

A promoção da Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos, por meio de Resoluções do CNS, obteve repercussão nacional e internacional.

Em 1999, conseguiu-se delimitar os campos de atuação do controle social dos Conselhos de Saúde e o da Gestão propriamente dita, incluindo a relação entre o CNS e a Comissão Gestora Tripartite.

Ainda no âmbito do controle social foi aprovado e divulgado pelo CNS, em 1999, as “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde” que orientaram inicialmente o Projeto de Capacitação do Ministério da Saúde para Conselheiros de Saúde e membros do Ministério Público, bem como foi realizado o acompanhamento da execução do projeto. Por ocasião da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, o CNS discutiu, aprovou e divulgou a publicação “Práticas do Controle Social – 14 Reflexões”.

Em 1999, foi divulgado o relatório de mesa-redonda promovida pelo CNS sobre Atenção Básica à Saúde, alertando para distorções a serem evitadas. Em 2000, o relatório do Grupo de Trabalho do CNS “Referências para a Regionalização das Ações e Serviços de Saúde” contribuiu substancialmente para a adequada orientação na aprovação da NOAS-01.

A decisiva mobilização do CNS, entre 1999 e 2000, para a aplicação da EC-29 com o Ministério Público Federal, a Comissão Mista do Orçamento do Congresso Nacional, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado, a Associação Brasileira de Membros dos Tribunais de Contas, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e as secretarias de Planejamento e Orçamento e de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde resultou no importante documento “Parâmetros Consen-

suais sobre a Implementação e Regulamentação da EC-29”. Por delegação das instituições envolvidas ao CNS, foi elaborada e aprovada a Resolução CNS 316/02 que consubstanciou as referidas articulações.

Em 2002, o CNS elaborou e aprovou uma Resolução sobre o acompanhamento do programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde e promoveu, com o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), o Seminário sobre Política Nacional de Alimentação e Nutrição em Olinda.

O Seminário organizado pelo CNS com a Comissão de Desenvolvimento Urbano da Câmara dos Deputados, em 2001, resultou na retirada do PL nº 4.147/00, que dispõe sobre a estadualização e privatização dos serviços de saneamento básico. O Simpósio organizado pelo CNS com a Comissão de Assuntos Sociais do Senado resultou na retirada da Medida Provisória que dispunha sobre alterações controversas na regulação dos planos privados de saúde, em 2001.

Em 2002, o CNS discutiu, formulou, aprovou e divulgou a publicação “Princípios e Diretrizes à NOB de Recursos Humanos do SUS”.

O Relatório de mesa-redonda do CNS sobre o Controle do *Aedes* e da Dengue resultou na revisão do projeto. A discussão, formulação, aprovação e divulgação de Resolução do CNS solicitando a retirada de pauta da MP nº 33 que criava a APEC, e a adequada articulação com as comis-

sões e a Presidência da Câmara dos Deputados, contribuiu decisivamente para a sua retirada da pauta.

Em 2002, o CNS promoveu, em conjunto com a Comissão de Desenvolvimento Urbano da Câmara dos Deputados, a 4ª Conferência Nacional das Cidades, que teve a Violência como tema central.

O CNS discutiu, formulou e iniciou o processo de aprovação do documento Proposta de Diretrizes para a aplicação dos artigos nº 36 e nº 26 da Lei 8.080/90, que aborda as questões do planejamento e orçamento ascendente, da transparência do processo orçamentário, dos parâmetros assistenciais e dos critérios e valores de remuneração dos prestadores públicos e privados de serviços do SUS.

Em novembro de 2002 foi realizada discussão, formulação, aprovação e divulgação do documento “Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes”. E, por fim, o CNS discutiu, formulou e aprovou o documento “Contribuição do CNS na Transição de Governo e na Discussão do Orçamento MS – 2003” no Congresso Nacional.

Não menos importante que esses e muitos outros exemplos positivos, são as outras deliberações e iniciativas do CNS em número bem maior, que tiveram pequena ou nenhuma repercussão. Em parte, devido à inexperiência, limitações e aprendizado da Secretaria Executiva e do

próprio Conselho e, em parte, devido às resistências e omissões personificadas em ‘enclaves’ importantes dos gestores executivos. Estamos plenamente convencidos de que a relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na gestão do SUS experimentará um salto positivo de qualidade com o novo governo e novo gestor federal do SUS, o que não significa que sua construção já esteja dada, mas por seguramente comprometer-se, de forma mais acentuada, com a construção da gestão participativa.

Finalizando, cremos oportuno enfatizar dois importantes desafios bastante presentes e que talvez devam ser ‘encarados’ como prioridade para o funcionamento do CNS e certamente dos demais conselhos.

Superar a postura ainda predominantemente reativa do Conselho, em relação às iniciativas ou omissões do gestor executivo, tanto no controle da execução das políticas, como principalmente na formulação de estratégias e diretrizes. Essa postura pode e deve em curto prazo ser substituída pela postura pró-ativa entre o Conselho e o gestor executivo, na qual ambos os lados compartilham suas atribuições, cada um sob o seu ângulo, sem precisar esperar o que o outro faz, sem consulta e articulação prévias. Essa pró-atividade, além de potencializar a construção do SUS, muito auxiliará na agilização das homologações.

Superar a postura tímida ou passiva de grande parte dos conselheiros, de não insistir em passar para a direção da sua entidade, regularmente, os resultados dos principais debates, articulações e deliberações do Plenário do Conselho. A atuação conjunta das entidades e do Conselho muito contribuiria para maior mobilização, engajamento e efetividade das ações, das entidades e movimentos sociais na conquista dos direitos de cidadania à saúde e da construção do SUS.