



GUIA DO CONSELHEIRO

**CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Barjas Negri

SECRETÁRIO DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Gabriel Ferrato dos Santos

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTOS

Rosani Evangelista da Cunha

COORDENAÇÃO NACIONAL

Antônio Ivo de Carvalho (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenador

Ana Maria Segall Corrêa (DMPS/FCM/UNICAMP)

Antônio Alves de Souza (NESP/CEAM/UnB)

Cornelis Johannes van Stralen (NESCON/UFMG)

CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA

Ana Maria Costa

Antônio Alves de Souza

Antônio Ivo de Carvalho

Cornelis Johannes van Stralen

Eduardo Stotz

Giovanni Gurgel Aciole

Maria Helena Salgado Bagnato

Mariska Ribeiro

Virgínia Torres Schall

COLABORADORES

Adalgiza Balsemão Araújo

Adriane Pianowski

Ana Maria Segall Corrêa

Clara de Assis Vale Evangelista

Edjanece Guedes de Melo Romão

Eucilene Maia Franco

Heloisa Bearzoti Pires

João de Deus Gomes da Silva

Márcia Cristina Marques Pinheiro

Maria da Graça Silva Xavier

Maria Laura Sales Pinheiro

Maria Silvia Coutinho Carvalhal

Marília Coser Mansur Mesquita

Rafaela Cardoso Freire

Regina Celi Nunes dos Santos

Regina Helena Lemos Pereira Barbosa

Ricardo Ceccim

Rosângela Maria Sobrinho Sousa

Vanderléa Laodete Pulga Daron

Yara de Oliveira Corrêa



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTOS

GUIA DO CONSELHEIRO

**CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

BRASÍLIA – DF

2002

© 2002 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 50.000 exemplares

CONTRATO 031/2001 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Consórcio Executor do Projeto de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde e Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal no âmbito do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS, do Ministério da Saúde, por meio do Projeto REFORSUS, a partir de financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID:

Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública – FENSPTEC

Fundação Universitária de Brasília – FUBRA

Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP

**INSTITUIÇÕES PARTÍCIPES DA CONCEPÇÃO E OFERECIMENTO DO CURSO DE
CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE:**

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade de Brasília

Núcleo de Estudos em Saúde Pública / CEAM

Universidade Estadual de Campinas

Depto. Medicina Preventiva e Social / FCM

Universidade Federal de Minas Gerais

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva / FM

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Departamento de Gerenciamento de Investimentos

Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS – PAFCS

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 1º andar, sala 110

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 3464

Fax: (61) 315 2774

E-mail: controle.social@saude.gov.br

CAPA E ILUSTRAÇÕES

Miguel Paiva

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Diego Paiva

REVISOR

Jorge Moutinho

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL

CATALOGAÇÃO NA FONTE – EDITORA MS

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

165 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0576-6

1. Conselhos de Planejamento em Saúde. 2. Capacitação. 3. Saúde Pública. 4. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. III. Título. IV. Série.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
CAPÍTULO 1 OS CONSELHEIROS DE SAÚDE E SUAS REALIDADES	9
CAPÍTULO 2 OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	21
CAPÍTULO 3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL	33
CAPÍTULO 4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	47
CAPÍTULO 5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: AGENDA, PLANO DE SAÚDE E QUADRO DE METAS	61
CAPÍTULO 6 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS	73
CAPÍTULO 7 O CONTROLE DAS POLÍTICAS E AÇÕES DO SUS: MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO	91
CAPÍTULO 8 AGENDA DOS CONSELHOS DE SAÚDE	103
GLOSSÁRIO	123
LEGISLAÇÃO BÁSICA	135
BIBLIOGRAFIA	163

APRESENTAÇÃO

O Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde é mais uma das iniciativas do Ministério da Saúde, por meio do Projeto REFORSUS, para o aprimoramento da gestão e de políticas de saúde no País. Com ele, pretende-se aumentar a participação de importantes segmentos da sociedade no controle social do SUS.

Para tanto, o Programa conta com dois subprojetos. O primeiro é voltado à capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. E, o segundo, à formação de membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário.

A capacitação dos Conselheiros de Saúde será implantada nacionalmente. Recursos de educação serão usados com base em problemas e em vivências do cotidiano dos conselhos de saúde e de seus membros – os conselheiros. Este treinamento acrescentará conteúdos técnicos ao saber e à experiência de cada conselheiro, respeitando as diferenças e as especificidades próprias de cada região brasileira.

A formação em Direito Sanitário, para os integrantes do Ministério Público e membros da Magistratura Federal, está sendo oferecida em cursos de especialização e de extensão a distância. Temas da saúde serão abordados a partir do conhecimento das demandas e necessidades dos usuários, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores do SUS. A proposta representa um avanço para a atuação desses servidores públicos que poderão, com maior propriedade, zelar pela saúde no País.

No Ministério da Saúde, o Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde vincula-se ao Departamento de Gerenciamento de Investimentos, sob a coordenação-geral da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério Público são parceiros desta iniciativa e permanecem acompanhando as atividades de implementação.

O consórcio, formado pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, pela Universidade de Brasília (UnB), pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), vencedor da licitação, é o responsável por ministrar os cursos em todo o País.

O Ministério da Saúde está oferecendo as ferramentas e espera que essas iniciativas de capacitação e formação auxiliem e sirvam de exemplo no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.



CAPÍTULO 1

OS CONSELHEIROS DE SAÚDE E SUAS REALIDADES

A história de Juvenal







Olha, Juvenal, as dúvidas que você tem não são só suas. A participação da comunidade na área de saúde foi uma conquista do povo brasileiro depois de muita luta e negociação. Essa luta foi conduzida pelo Movimento da Reforma Sanitária e atingiu seu ponto máximo de mobilização por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, da qual participaram mais de 4.000 pessoas de todos os estados do Brasil, e durante o Processo Constituinte, em 1987 e 1988.

O direito da sociedade de participar do controle social na saúde foi resultado daquela grande mobilização e está assegurado na Constituição Federal de 1988, tendo sido regulamentado pela Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990. Foi esta lei que criou os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde - SUS - em cada esfera de governo (art. 1º). Essas instâncias foram criadas para representar um espaço na qual as vozes de diferentes setores da sociedade fossem ouvidas e respeitadas. A participação nesses Conselhos e Conferências é também um direito e um dever de cidadania.

Voltaremos a tratar com detalhes dos Conselhos e Conferências no Capítulo 4 – **Participação Social e Controle Social** – deste Guia, quando estaremos conversando sobre isso com o Luís Alfredo, Conselheiro de Saúde, representante das pessoas portadoras de deficiência no Conselho Municipal de Saúde de sua cidade.

- ❖ O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (art. 1º, §2º, da Lei 8.142/90);
- ❖ A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, e é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (art. 1º, §1º, da Lei 8.142/90).

A mesma Lei 8.142/90 define também que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde é paritária em relação ao conjunto dos

demaís segmentos, ou seja, os usuários são a metade dos Conselheiros em todo Conselho de Saúde e a metade dos participantes em toda Conferência de Saúde. Detalhando este tema, conforme deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde, a Resolução CNS nº 33/92 disciplina como composição de Conselhos e Conferências de Saúde o que segue:

- ❖ 50% de usuários;
- ❖ 25% de trabalhadores de saúde; e
- ❖ 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Os Conselhos de Saúde reúnem pessoas que representam posições e propostas ora semelhantes, ora diferentes e às vezes antagônicas, devendo todos e todas estar a serviço do SUS e de seus princípios e diretrizes. Neste sentido, cabe aos Conselheiros negociar soluções, ou seja, discutir e buscar acordos uns com os outros, visando encontrar as melhores saídas para os problemas que afligem a população.

Se você observar, Juvenal, vai perceber que a maior parte dos Conselheiros de Saúde – quaisquer que sejam os interesses que eles representem – também tem dúvidas e também gostaria de exercer melhor sua função.

Para isso, a primeira coisa que todos devem fazer é procurar conhecer quais as necessidades dos segmentos que representam nos Conselhos, a realidade do seu bairro, município ou estado, relacionando os problemas que existem e que influem na saúde da população. Todos os municípios do Brasil, desde os maiores até os menores, assim como todos os estados por mais ricos ou mais pobres que sejam, apresentam sempre problemas graves que prejudicam a qualidade de vida de seus habitantes. Cabe a um Conselheiro, que queira atuar com responsabilidade e representar bem aqueles que o elegeram, conhecer os problemas, observar seus efeitos, procurar suas causas, discuti-los com as suas representações e, juntos, pensarem em maneiras de eliminá-los ou torná-los menos nocivos à população.

Segundo a Constituição Federal/88, em seu artigo 196, “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Complementarmente, para a Lei 8.080/90, art. 3º, “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Uma forma de garantir o acesso a esses bens e serviços é mediante a implementação, pelos governantes federais, estaduais e municipais, de políticas públicas que assegurem esses direitos. As políticas públicas são um conjunto de medidas que compõem um programa de governo destinado a atender aos interesses da sociedade. Conquistar tudo isso é tarefa de todos os cidadãos e cidadãs, de todas as representações. Como Conselheiro de Saúde, Juvenal, você não está só nessa luta.

Lembre-se de que você não é Conselheiro de si só, mas representa uma parcela significativa da sociedade e o interesse das pessoas que o elegeram. A legitimidade de sua representação consiste em ser porta-voz das idéias e anseios de uma coletividade.

Conselheiros atentos, como você, precisam saber sempre mais sobre como as pessoas de sua comunidade vivem, adoecem e morrem, além de conhecer um pouco mais sobre as doenças, suas causas e como evitá-las. É importante conhecer as doenças que o indivíduo adquire em função do meio ambiente e das condições precárias de vida ou de trabalho e aquelas que levam à incapacidade ou à morte e são provocadas por causas externas como homicídios, atropelamentos, acidentes de trabalho e suicídios.

Precisam saber se há registro confiável desses dados nos órgãos de saúde da Prefeitura ou do Estado. Precisam conhecer, também, as unidades de saúde responsáveis pelos diversos tipos de atendimento, desde aquelas que atendem os casos mais simples (centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família), até aquelas que fazem atendimentos de casos mais complexos (hospitais, prontos-socorros, maternidades, policlínicas, ambulatórios de especialidades, bancos de sangue, centros de controle de zoonoses, centros de vigilância sanitária e epidemiológica, unidades de atendimento especializado em saúde mental, centros de captação de órgãos para transplantes, centrais de hemodiálise, laboratórios, centrais de exames radiológicos, dentre outras). Sobretudo, necessitam conhecer as medidas que devem ser implementadas para evitar que as pessoas do seu município ou estado venham a adoecer ou morrer quando expostas a condições desfavoráveis e geradoras de riscos à sua saúde.

A importância de conhecer os problemas do seu município, do campo e da cidade é que assim você poderá estabelecer uma escala de prioridades pelas quais você e a comunidade que representa irão lutar no Conselho e em outras instâncias para que se transformem em políticas efetivas. Logo, logo, você vai compreender quais são as políticas públicas responsáveis pela resolução dessas questões mais importantes. A partir daí, sua função será apresentar propostas, fiscalizar ações, despesas, cobrar providências, enfim, exercer o Controle Social do SUS em seu município ou estado.

Mãos à obra, Juvenal, e boa sorte!

❖ OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 *O Conselho de Saúde lá do município já tem uns dois anos que foi criado, porque diz que se não tiver (Conselho) não recebe verba do federal, sei lá, do Ministério. Me pegaram pra ser Conselheira porque precisava de gente para fazer número, e como minha irmã é funcionária da Prefeitura e eu trabalho numa farmácia, disseram a ela pra arranjar de eu ser Conselheira. No princípio eu fiquei brava, porque pensei que ia ganhar alguma coisa e vi que lá a gente não ganha nem “muito obrigado”. Ainda tenho de agüentar a cara feia do dono da farmácia, quando eu digo que tem reunião. O Conselho só se reúne umas três vezes por ano, que eu me lembre, parece que é pra aprovar as contas do prefeito. Eu sou sincera, não entendo nada disso, mas já que me botaram nessa, era bom aprender alguma coisa e fazer tudo direito. Diz que até pode melhorar a saúde aqui, nessa cidade, porque até hoje nenhum dos grandões lá do alto olhou para ela.*

Depoimento de E., 32 anos, caixa de uma farmácia em um município de 15.000 habitantes.

PARA PENSAR

- ❖ Você acha que essa Conselheira foi escolhida da maneira correta? Por quê?
- ❖ Você acha que um Conselho de Saúde atuante pode melhorar a vida da população? Por quê?
- ❖ Como são feitas as escolhas dos Conselheiros de Saúde no seu município?
- ❖ No seu município, como o Conselho de Saúde funciona?

2 *Mucunã é uma pequena cidade do interior, com metade da sua população morando na periferia. Não há rede de esgotos e o abastecimento de água não chega aos bairros pobres. Aqui, a paisagem é dominada por lixões e valões abertos. A água é apanhada em fontes públicas e fica armazenada em potes, baldes e galões. Há uma associação que tenta organizar as demandas dos moradores. A cidade dispõe, apenas, de um Centro Municipal de Saúde. Não há hospitais.*

Há alguns anos, Mucunã convive com a dengue, doença viral aguda que, geralmente, tem evolução benigna, mas que pode ser muito grave quando se apresenta na forma hemorrágica. No último verão, o número de casos foi muito maior e mais grave que nos anteriores, preocupando os moradores e alguns profissionais. O prefeito e o secretário de Saúde negaram a gravidade da situação para evitar o pânico. Mas, depois que uma pessoa morreu, o pânico instalou-se na cidade e alguns profissionais de saúde aliaram-se à associação de moradores para pressionar as autoridades, que terminaram por admitir o descontrole da situação.

O combate ao mosquito requer investimentos em saneamento básico, a participação ativa da população e mudança de hábitos, além do controle químico. Isso leva tempo e

exige a adoção de medidas por parte de todas as esferas de governo.

Em Mucunã, a primeira constatação foi a ausência de infra-estrutura municipal para referenciar os casos mais graves. A vizinha cidade de Cajul dispõe de um hospital com serviço de referência para os casos mais graves de dengue. Mas o prefeito daquela cidade já declarou que não tem condições financeiras para arcar com a demanda de Mucunã. Sugeriu que seja articulada com a Secretaria Estadual de Saúde a elaboração de um plano regional de controle da dengue com a participação de todos os municípios vizinhos.

PARA PENSAR

- ❖ No seu município, costumam ocorrer epidemias? Quais? Você conhece o motivo dessas ocorrências? Que medidas de controle foram adotadas?
- ❖ O Conselho de Saúde do seu município costuma colocar em pauta o debate das doenças mais frequentes e o modo de evitá-las?
- ❖ Você sabe como é o atendimento das doenças mais comuns no seu município?
- ❖ Você acha que os serviços de saúde públicos e contratados dão conta de cuidar dessas doenças?

3 *Um jornal de larga circulação, num município de grande porte, noticiou recentemente um quadro pouco animador da saúde pública naquele município. Queixas constantes da população e de profissionais de saúde quanto ao atendimento precário em hospitais e postos de saúde já haviam chegado à Câmara dos Vereadores e ao Ministério Público. Um ex-diretor do maior hospital, destinado a atender a emergências, relatou que, no ano passado, ocorreram 384 casos de morte por tuberculose, o que deu ao município um triste recorde nesse tipo de óbito. Disse, também, que dos 8.000 médicos em exercício no município, cerca de 2.900 estão nas zonas onde se concentram os segmentos mais abastados da população, enquanto apenas 800 atendem nas zonas onde vivem as populações mais pobres.*

Além disso, de cada 10 pessoas que procuram o serviço de emergência do hospital, 7 deveriam ser atendidas em Postos de Saúde, perto de suas casas, onde deveriam existir profissionais para fazer acompanhamento ambulatorial das doenças.

A falta de decisão política colaborou para que 48.200 moradores morressem de doenças como derrame, câncer e aids, no ano de 2000. Engrossam as estatísticas ainda 1.637 crianças mortas antes de completarem um ano de vida e outras 1.093 antes de completarem um mês de vida. Sem deixar de lembrar as 48 mães que morreram de parto.

Retirado de um jornal diário em uma cidade de grande porte, na última semana de outubro de 2001.

PARA PENSAR

- ❖ No seu município, existem o registro dos óbitos e a notificação dos casos de doenças? A Secretaria de Saúde do município tem esses dados? Você acha que os dados existentes são confiáveis ou não?
- ❖ O número de profissionais de saúde é suficiente para atender à população usuária, no seu município?
- ❖ Você acha que as más condições de atendimento são responsáveis por mortes ou pelo aumento de doenças graves no seu município?

❖ AGORA VOCÊ JÁ SABE

A participação da comunidade nos serviços e nas ações de saúde foi assegurada pela Constituição de 1988. Os Conselhos de Saúde foram criados pela Lei 8.142, de 28/12/1990, são compostos por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços e representam, na prática, uma das instâncias do controle social.

O Conselho de Saúde é um órgão permanente de fiscalização do Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho é composto por representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde, do governo e dos prestadores de serviço, e sua existência no município, no estado e na União é exigência legal para que os recursos financeiros sejam repassados aos seus respectivos órgãos de saúde.

❖ COISAS QUE VOCÊ PRECISA SABER

1 Saúde e doença são expressões diferentes das condições de vida e do modo como as pessoas vivem. Isso significa que existem condições e modos mais ou menos favoráveis à saúde e, portanto, ao desenvolvimento de doenças.

A Organização Mundial da Saúde

definiu, em 1946, a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos”. Saúde, assim, não se caracteriza unicamente pela ausência de doença. Esta noção tem sido criticada pelo seu idealismo e amplitude. Apesar dessas limitações, deve-se ressaltar que as neces-

sidades de saúde das pessoas são vistas como um direito humano. Nos termos da definição da OMS, todo indivíduo, independentemente de cor, situação socioeconômica, religião, credo político, deve ter saúde e, para tanto, a sociedade tem a obrigação de mobilizar os seus recursos para promovê-la e preservá-la. Decorre daí que uma pessoa não pode ser considerada saudável se é afetada por pobreza ou discriminação.

Quando se trata de doença, de modo geral, estabelecemos uma relação direta entre as nossas limitações para o desempenho de atividades cotidianas e um estado de mal-estar físico e/ou emocional. Conseqüentemente, as nossas concepções sobre saúde assumem uma forte conotação de “ausência de doença” e daqueles traços que lhe são característicos, como o sofrimento, a dor e a morte, entre outros. A doença pode, então, figurar como fruto do acaso, como algo natural ou como traço característico do destino de cada um.

E está implícita a associação entre doença e falta de cuidados individuais, que pode ser identificada em larga variedade de situações, como a falta de higiene pessoal nas verminoses; sedentarismo e doenças do coração; tabagismo e câncer do pulmão, entre outras. Obviamente, o esclarecimento e o sentido de autoproteção configuram elementos fundamentais à preservação da saúde. Entretanto, o sentimento de responsabilidade individual deve ser relativizado em função das condições que se impõem na vida cotidiana e profissional, exacerbando características constitutivas ou hereditárias.

Existe uma ampla variedade de doenças nas quais as condições socioeconômicas e modificações ambientais exercem forte influência (como na malária, doença de Chagas, leishmaniose e hepatite); ou, ainda, as que obedecem a fatores imunogenéticos (como na diabete, na hemofilia e no lúpus). As doenças também aparecem deflagradas por razões de ordem emocional e existencial.

Mesmo que consideremos a importância de fatores ligados aos indivíduos no

processo saúde-doença, cada vez mais se torna evidente o papel desempenhado pela estrutura social e, mais ainda, pela ação (ou sua falta) dos governos.

Alguns estudos concluem que nas doenças, entre os principais fatores de risco, os mais significativos são desnutrição, má qualidade da água, do saneamento e higiene, sexo não-seguro, álcool, tabaco e ocupação.

Percebe-se, no cotidiano, que, além de influências sociais, econômicas e culturais inerentes ao adoecer dos indivíduos, o próprio acesso aos tratamentos e aos recursos tecnológicos é desigual. Frequentemente, os grandes hospitais públicos das capitais brasileiras, com toda a precariedade dos seus equipamentos, dos medicamentos e de pessoal, estão se vendo obrigados a selecionar pacientes que receberão os cuidados necessários aos seus problemas de saúde, determinando, a priori, aqueles que serão abandonados à própria sorte, sem chance de tratamento. Algo semelhante ocorre nos hospitais privados, nos quais pacientes chegam a ser retirados de mesas cirúrgicas ou de UTI, por motivo de atraso nos pagamentos de planos de saúde. São nítidas, portanto, as associações que ocorrem entre as complicações e os desconfortos das doenças e as condições sociais e econômicas dos indivíduos, bem como a influência das políticas de saúde sobre o controle delas. No caso das doenças transmissíveis, suas relações com variáveis sociais e econômicas são muito claras para todos. Por isso, apesar dos avanços da medicina em explicar a origem de cada enfermidade e de suas conquistas em termos de diagnóstico e terapêutica, o ato de adoecer continua a ser um fenômeno social.

É por essa dimensão que se deve enfocar o processo saúde-doença. O processo saúde-doença é um conceito que evidencia como é que o bem-estar físico, o bem-estar mental e o bem-estar social são estados de equilíbrio instável, que se definem na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas. Ou seja, é impossível falar de completo bem-estar, porque essas

três dimensões (física, mental e social) são difíceis de se manifestar ao mesmo tempo, pela própria característica da vida das pessoas, em sociedades mutáveis.

Dentro dessa visão dinâmica do processo saúde-doença, é bom entender a importância que assumem, em decorrência de processos mais abrangentes na sociedade, o aumento da expectativa de vida, a diminuição da mortalidade, a diminuição da fecundidade e o processo migratório. Em boa medida, essas mudanças no padrão demográfico e no perfil epidemiológico da população decorrem

diretamente das transformações na estrutura da sociedade, mas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essas transformações são associadas às de políticas específicas como saneamento, higiene dos alimentos, melhoria das condições de moradia e de trabalho.

Resumido e adaptado do texto de autoria de Oviromar Flores e outros, no Módulo I da publicação Formulação das Políticas Públicas no Brasil – Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP, 1998.

2 O IBGE publicou, em 2001, a “Síntese de Indicadores Sociais 2000”, na qual aparecem registradas, entre outras, as seguintes conclusões:

“Durante a década de 90, foram relevantes as transformações que ocorreram nos padrões de saúde da população brasileira. A mortalidade vem mantendo a tendência histórica de queda, particularmente a mortalidade infantil e de menores de cinco anos. Perdem importância, nos óbitos destes dois grupos, as causas relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias e às doenças respiratórias, passando a ser predominantes as afecções perinatais relacionadas a problemas congênitos e, também, aqueles derivados da oferta e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente o atendimento pré-natal.

A mortalidade infantil tem sido historicamente utilizada como um bom indicador de avaliação das condições de saúde e de vida das populações. Durante o período de 1992 a 1999, a mortalidade infantil no Brasil passa de 43 por mil nascidos vivos para 34,6 por mil nascidos vivos, ou seja, um decréscimo de aproximadamente 20%. Importante ressaltar que o valor da mortalidade infantil estimado para 1999 está próximo da meta de 33 por mil nascidos vivos, estipulado pela Cúpula Mundial das Nações Unidas pela Criança para o ano 2000.

Apesar dos avanços alcançados no indicador, persistem, ainda, profundos contrastes entre os estados. Por um lado, os estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste se destacam com os menores níveis de mortalidade infantil (valores levemente superiores a 20 por mil nascidos vivos), em oposição à Região Nordeste, onde o indicador é estimado em 53 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos para o ano de 1999. Cabe frisar que, durante o período de 1992/99, a Região Nordeste apresentou os maiores declínios na mortalidade infantil. Entre os estados, Alagoas, em 1999, continua apresentando os maiores índices de mortalidade infantil (66,1 por mil nascidos vivos), em oposição ao Rio Grande do Sul, que detém o menor valor (18,4 por mil nascidos vivos).

As desigualdades sociais ainda têm um papel importante na manutenção dos diferenciais de mortalidade na infância entre a população brasileira. O nível de instrução das mães é um indicador que condensa vários fatores relacionados ao bem-estar das crianças e da família. Entre 1992 e 1999, o declínio da mortalidade infantil foi, razoavelmente, expressivo no grupo com menor instrução; todavia, seu valor ainda é um pouco mais de 3 vezes superior ao observado no grupo de crianças com mães mais instruídas. A situação continua sendo crítica na Região Nordeste, onde, em 1999, o valor encontra-

do situava-se em torno de 125 por mil nascidos vivos (entre os filhos de mães com menos instrução).

A mortalidade de menores de 1 ano relacionada às doenças infecto-contagiosas e parasitárias – embora venha perdendo importância relativa no País como um todo – ainda apresenta relevância na maioria dos estados da Região Nordeste, sendo que as reduções foram insignificantes durante o período analisado para o conjunto da região (17,6% em 1992 para 16,3% em 1998). Este é um indicativo importante das precárias condições do saneamento básico na região, uma vez que cerca de 50% de seus domicílios não dispõem de esgotamento sanitário adequado, expondo as crianças a contatos com dejetos. De modo geral, são as crianças pobres as que mais sofrem pela ausência de saneamento adequado, visto que suas famílias carecem não apenas dos meios necessários para conseguir as instalações básicas como também de informações sobre a maneira de como minimizar os efeitos nocivos das condições insalubres em que vivem.

Um outro fato que vem ocorrendo no Brasil é o peso crescente das causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito etc.) sobre a estrutura da mortalidade por idade.

Esse aumento tem sido sistemático a partir dos anos 80, afetando, principalmente, os adolescentes e jovens brasileiros do sexo masculino. Entre 1992 e 1998, a proporção de óbitos devidos a causas externas, na faixa etária compreendida entre 15 e 19 anos, subiu de 63% para 68%, no conjunto nacional. Essas cifras alcançam seu valor máximo na Região Sudeste, onde 73% dos óbitos dessa faixa etária são relacionados a causas violentas. Em todas as outras regiões, com exceção da Região Norte (57,9%), a mortalidade por causas externas nessas idades representa mais de 60% do total de óbitos. Dentre os estados brasileiros que, em 1998, apresentaram maiores proporções destacam-se São Paulo (77,4%), Pernambuco (74,7%), Distrito Federal (74,0%), Rio de Janeiro

(73,7%) e Espírito Santo (73,3%).

Essa é uma causa considerada evitável e, como tal, passível de ser eliminada. Seu impacto na redução da esperança de vida ao nascer, principalmente para o sexo masculino, vem sendo comprovado em pesquisas, tendo um efeito contrário ao que se observa no caso da mortalidade infantil e na infância, cuja queda tem resultado no aumento do número de anos de vida da população. Neste sentido, os ganhos obtidos pela redução da mortalidade na infância são parcialmente anulados pelo efeito das causas externas.

Por outro lado, observa-se que, nas faixas etárias acima de 60 anos, vem aumentando a importância das causas de morte relacionadas às neoplasias, às doenças respiratórias e, principalmente, às doenças circulatórias, as quais, no Brasil, chegam a representar 37,5% dos óbitos da população com mais de 60 anos.

O avanço da medicina e a disseminação da informação no controle dessas causas têm sido um fator relevante na prevenção e no diagnóstico precoce dessas doenças, especialmente das neoplasias e das circulatórias. A redução da incidência das mortes relacionadas ao aparelho circulatório, nas áreas mais dinâmicas do País, tem, de certo modo, muito a ver com isso. Ou seja, nessas regiões, de acordo com a Pesquisa Assistência Médico Sanitária–AMS de 1999, estão concentradas as principais unidades de saúde com tecnologia médica mais sofisticada, a exemplo dos tomógrafos, mamógrafos, eletrocardiógrafos, equipamentos para hemodiálise e outros.

Em síntese, as informações apresentadas mostram que, durante a década de 90, ocorreram avanços importantes nos principais indicadores de saúde, a exemplo da mortalidade infantil e na infância. Entretanto, as desigualdades econômicas e sociais existentes ainda exercem um papel restritivo à melhoria nos padrões de saúde no Brasil.”

Extraído e resumido da *Síntese de Indicadores Sociais 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.



O PESSOAL DA ASSOCIAÇÃO
FALOU QUE ERA PRA EU
CONTROLAR O QUE A
PREFEITURA FAZ
PELA SAÚDE DOS
MORADORES DAQUI



CAPÍTULO 2

OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A história de Dona Vanja





O POVO DAQUI VIVE DOENTE POR CAUSA DOS AGROTÓXICOS USADOS NA LAVOURA.

SÓ TEM 2 POSTOS DE SAÚDE NA CIDADE. UM DOS MÉDICOS ESTÁ DE LICENÇA HÁ 3 MESES.

QUEM FICA DOENTE TEM QUE IR DE CARONA PARA A SANTA CASA EM OUTRA CIDADE.



O PREFEITO É HONESTO, TRABALHADOR, MAS NÃO EXPLICA NADA PRO CONSELHO. ÀS VEZES A GENTE SE REÚNE E VAI FALAR COM ELE. PEDIR EXPLICAÇÕES.



Pelo visto, Dona Vanja, você é o tipo de Conselheira de Saúde que conhece bem os problemas de seu município e se preocupa com eles. Isso já é meio caminho andado para ser uma ótima Conselheira e contribuir, efetivamente, para modificar as situações inadequadas que acabam sendo nocivas à saúde da população.

Os Conselhos de Saúde foram criados para identificar, fiscalizar e cobrar solução para os problemas que a população encontra nessa área, bem como deliberar sobre as políticas públicas para a saúde. As políticas públicas são o conjunto de medidas que compõem um programa de governo destinado a atender os interesses da sociedade.

Se o primeiro passo é justamente conhecer bem essas situações, outra tarefa, de igual importância, é compreender por que elas acontecem e quem ou que circunstâncias são responsáveis por elas. A partir dessa descoberta, ficará mais fácil decidir o que pode ser feito para eliminá-las ou reduzi-las.

No seu município, Dona Vanja, você já pôde perceber que o serviço público de saúde é insuficiente para lidar com o grande número de usuários e com a gravidade de muitos casos de doença. Você já percebeu, também, que as más condições de vida e de trabalho, e a falta de medidas preventivas, como vacinação ou o controle da utilização de agrotóxicos na lavoura, são responsáveis por muitas doenças da população. E, além disso, já viu que não bastam apenas as boas intenções do prefeito para resolver todas essas situações.

É necessário, portanto, compreender como se dá o processo político e administrativo que conduz à busca de soluções, para que a população possa ser atendida nas questões relativas à saúde. E é importante, também, perceber como os Conselheiros de Saúde podem influir nesse processo.

A Constituição de 1988, na Seção II, “Da Saúde”, artigo 196, estabelece que:

“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

É obedecendo a este dispositivo constitucional e às leis que o regulamentam que os governos federal, estaduais e municipais devem elaborar e implementar políticas públicas para atender aos problemas de saúde que afetam a respectiva comunidade e que devem ser seguidas nas diferentes áreas da administração pública. Assim, em cada mandato dos governantes, devem ser elaboradas políticas econômicas, de educação, saúde, meio ambiente, trabalho, dentre outras, para enfrentar os diferentes problemas em cada área.

A formulação dessas políticas, no regime democrático de governo, não depende só da vontade das autoridades constituídas –, no caso presidente da República, ministros de Estado, deputados e senadores, no plano nacional; governadores, secretários, deputados estaduais, no plano estadual; e prefeito, secretários e vereadores, no plano municipal.

A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, e a Lei 8.142/90 asseguram a participação popular e o controle social na saúde por meio dos Conselhos de Saúde em todas as esferas do governo (nacional, estadual e municipal). É nesse espaço que os representantes de vários segmentos da população exercitam o direito de incorporar nas políticas públicas as reivindicações e os interesses daqueles que representam.

Justamente porque a saúde é um dos aspectos mais importantes da vida de todos nós, muitos são os responsáveis por ela, incumbidos de promover o atendimento à população através de programas que ampliem a abrangência e a eficácia desse atendimento. A esse conjunto de intenções, que aparecem sob a forma de programas, normas, portarias, planos e outros documentos, assumidos pelos governos, e que devem contar com a participação da sociedade civil através de suas formas de organização popular e dos Conselhos, é que se dá o nome de política pública de saúde.

A política pública de saúde depende de outras políticas públicas: econômica, habitação, meio ambiente, educação e outras. De qualquer maneira, é muito importante saber o que a política de saúde determina e como ela é formulada. Mais que isso, é preciso saber de quem é a responsabilidade de formulá-la, implantá-la e de fazer cumprir essa política.

Muitas vezes, pensamos que o prefeito é o único responsável por tudo que anda certo ou errado no município. Ele próprio, às vezes, parece que pensa assim e vai dando suas ordens, sem ouvir ninguém. Você mesmo, Dona Vanja, já percebeu isso, em sua cidade, onde o prefeito não se comunica com o Conselho de Saúde, que é composto por representantes dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços.

O prefeito é, sim, o responsável pelo bom funcionamento de todas as áreas do governo municipal. Para isso foi eleito pelo povo, mas, como é óbvio, não pode fazer tudo sozinho. E então escolhe os secretários, que ficam responsáveis pela implantação das políticas, nos vários órgãos da administração pública municipal.

É ao secretário de Saúde que cabe colocar em prática a política de saúde traçada para o período de sua gestão. Isto quer dizer: tomar medidas administrativas para que elas se tornem realidade.

O Brasil é um país de grande extensão territorial, com mais de 170 milhões de habitantes que vivem em diferentes regiões, com condições econômicas, geográficas, climáticas, demográficas muito diversificadas, o que determina condições de vida também muito diferentes e demandas desiguais, além das demandas condicionadas pela diferença de gênero, raça, etnia, classe social e idade.

Imaginar um modelo de saúde que atenda todo o País não é fácil, mas ele já existe e já foi definido na Constituição de 1988: é o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do qual a população brasileira, na sua totalidade, deve ter garantidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Definir políticas em nível local não é tarefa fácil, porém, mais difícil é colocá-las em prática e torná-las eficazes na resolução dos problemas. Em muitas regiões do País, os índices de mortalidade infantil são alarmantes e não se pode contar só com políticas voltadas para a melhoria do acesso ao pré-natal, ao parto em boas condições, ao aleitamento materno ou à criação de UTIs neonatais. É preciso que existam, paralelamente, política econômica que garanta emprego e renda, moradias com acesso a água potável e saneamento básico, bem como política educacional que garanta as crianças na escola e combata o analfabetismo.

A implementação de políticas intersetoriais é, portanto, de grande valor quando se trata de melhorar as condições de saúde no País.

As políticas federais, estaduais e municipais devem interagir no sentido de oferecer solução aos problemas. Na realidade, isso não acontece na maioria das vezes por questões ligadas ao montante dos recursos que cada esfera de governo coloca disponível para cada política e, principalmente, por questões de ordem política, uma vez que ministros, governadores e prefeitos muitas vezes não privilegiam os mesmos interesses e nem encaminham as mesmas ações, em seus mandatos.

Quando se trata de resolver um assunto como a erradicação da dengue, por exemplo, doença que prolifera em todo o País, as prefeituras têm limites no que podem fazer. É necessário que os governos federal e estaduais garantam a execução de políticas de saneamento básico, que são também de sua responsabilidade. Como acabar, no nível municipal, com doenças transmitidas por insetos, ratos, caramujos e por outros tipos de transmissores de doenças, que se originam em focos ambientais que demandam políticas de saneamento, sem o interesse ou a vontade política estadual ou federal? Essa vontade política, em um regime democrático, se expressa por atos e ações que determinam destinação de recursos financeiros, técnicos e humanos para que se alcancem determinados fins. As verbas municipais, estaduais e federais estão definidas em orçamentos aprovados pelos órgãos legislativos competentes (Congresso Nacional, Assembléias Legislativas, Câmara de Vereadores). Mas, dependendo de vontades políticas, podem ser remanejadas ou flexibilizadas de modo a atender tanto a compromissos como a prioridades. As ambições políticas e individuais, as promessas de campanha e os compromissos partidários, que tantas vezes são diferentes nos três níveis de decisão governamentais (federal, estadual e municipal), criam dificuldades que só podem ser superadas através da ação vigilante da sociedade civil, que usa, para esse fim, suas organizações, dentre elas os Conselhos.

Os Conselhos de Saúde, como outros tipos de Conselhos, no regime democrático, foram criados justamente para perceber esses mecanismos que, embora pareçam inevitáveis, em função da própria democracia, devem ser revelados e enfrentados, a partir de pontos de vista menos comprometidos partidariamente. Por mais que um

Conselheiro, em sua vida pessoal, apóie o partido político com que se identifica ideologicamente, ele representa os interesses do segmento que o escolheu.

Por isso é tão importante a ação dos Conselheiros de Saúde, quando se trata de escolher e indicar as prioridades que devem ser objeto de políticas em cada período de governo, participando ativamente da negociação desses assuntos com os poderes constituídos.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde são definidas, no governo federal, pelo Ministério da Saúde com a participação do Conselho Nacional e das Conferências Nacionais de Saúde. No âmbito estadual, elas são definidas considerando a realidade de cada estado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a participação do Conselho Estadual e das Conferências Estaduais de Saúde. Aos municípios cabe conhecer as diretrizes estaduais e defini-las conforme as realidades locais. Essa escolha é feita pelos secretários municipais com a participação dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e vão se transformar nas políticas municipais de saúde. E aí é só tratar de colocá-las em prática, transformando-as em ações concretas que tragam reais benefícios à população.

Portanto, Dona Vanja, o prefeito tem por obrigação discutir propostas, por intermédio do secretário de Saúde, com o Conselho de Saúde, acatando suas decisões, quando elas forem consensuais, ou quando forem resultado de votação da maioria dos Conselheiros.

As políticas públicas de saúde de cada município são de responsabilidade do prefeito, do secretário de Saúde e também da população, através de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde. Formular políticas e implantá-las requer decisões e atos burocráticos das Secretarias de Saúde, assim como requer também propostas, fiscalização e controle por parte dos Conselhos de Saúde. A Câmara de Vereadores, o Ministério Público, o Tribunal de Contas e os órgãos públicos também podem ter, direta ou indiretamente, participação nas políticas de saúde do município. Por isso, os Conselheiros de Saúde, muitas vezes, podem contar com esses órgãos como aliados em suas reivindicações. Esse processo, embora seja mais complexo, exige negociação política e pode ajudar na resolução dos impasses.

Como pode ver, Dona Vanja, você tem muita luta pela frente, no exercício do seu mandato de Conselheira de Saúde que o Movimento das Mulheres Trabalhadoras do Alto Serro lhe conferiu. Ainda bem que, como boa cidadã que é, e já habituada à luta diária no cultivo da terra, sujeita ao sol a pino, a chuvas e trovoadas, você não tem medo de desafios. E como você, existe muita gente nos Conselhos de Saúde.

É de pessoas como vocês, lutadoras, que os Conselhos Municipais de Saúde precisam, Dona Vanja.



OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 POLÍTICAS QUE RESOLVEM

Uma revista feminina de grande circulação em município de grande porte conferiu o prêmio de Mulher do Ano à prefeita, em função das políticas públicas que foram adotadas pela prefeitura do município de uma pequena cidade do Nordeste brasileiro.

Aí está parte da notícia:

Com 28 mil habitantes, uma pequena cidade, a 211 quilômetros da capital de um estado da Região Nordeste, foi considerada pela Organização das Nações Unidas, em 1991, o município mais pobre do Brasil, com Índice do Desenvolvimento Humano só comparável ao dos países mais pobres da África. Ao assumir a prefeitura, em 1996, a prefeita tomou como desafio pessoal eliminar da cidade o título de vergonha nacional. Partiu atrás de recursos e, por meio de parcerias com a Igreja, a Pastoral da Criança, a ONG Visão Mundial e o governo federal, aumentou o número de escolas de 40 para 74, contratou mais 300 professores, somando 400, e instalou na

comunidade vários projetos, entre eles: fábrica de multimistura (à base de folhas e grãos, o alimento é indicado a crianças e gestantes); banco de sementes (pequenas associações que distribuem 20 quilos de feijão e milho a cada família, que se compromete a devolver 40 quilos na safra seguinte); farmácia viva (funcionários aprenderam a fabricar produtos como xaropes e vermífugos com ervas e frutos da região).

Conseguiu, assim, diminuir a taxa de mortalidade de 147 óbitos por mil nascidos vivos para 60 óbitos por mil nascidos vivos e reduzir a percentagem de analfabetismo de 70,5% para 30%.

PARA PENSAR:

- ❖ No seu município, já ocorreu alguma situação semelhante em que fossem acionadas atuações de vários setores para enfrentar um problema de saúde?
- ❖ Você acha que alguma coisa desse tipo poderia fazer parte do Planejamento em Saúde do seu município? Como você sugeriria esse tipo de ação?

2 IMPASSES NA IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS

Notícia retirada de um jornal diário de larga circulação em município de grande porte:

O Pits (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), do Ministério da Saúde, prometeu aos 300 médicos e 300 enfermeiros aprovados em concurso nacional moradia individual mobiliada, auxiliares de enfermagem e laboratórios para exames. A realidade encontrada nos 150 municípios de rincões de 16 estados, para onde foram enviados os participantes, é outra.

Muitos acabam morando de favor na casa de funcionários públicos ou em pensões sem banheiro no quarto. Nos postos de saúde, faltam remédios, auxiliares, condições de atendimento e transporte para os pacientes. Tantos problemas levaram o Ministério Público Federal a iniciar investigação no fim do mês passado,

em busca de possíveis irregularidades.

Para a coordenação nacional do Pits, o objetivo do programa, com orçamento anual superior a R\$ 30 milhões, é melhorar a situação de saúde dos 150 municípios mais pobres do País, que recebem uma injeção de recursos para medicamentos.

As prefeituras são responsáveis pela moradia, uma das principais fontes de reclamações. Raras são as “moradias individuais e em condições de conforto e higiene, com mobiliário básico”, previstas pelos idealizadores do programa, que podem ser encontradas nesse tipo de município.

PARA PENSAR:

- ❖ No seu município, está sendo colocada em prática alguma política formulada na esfera federal?
- ❖ Quando são formuladas as políticas públicas, que importância é atribuída à realidade do local onde elas devem ser implantadas?
- ❖ Você acha que esse programa é suficiente para melhorar as condições de saúde da população?

3 POLÍTICAS PARA CASOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

João é portador de insuficiência renal crônica, doença progressiva que pode ter uma sobrevida com qualidade se o paciente tiver acesso à hemodiálise e, nos casos mais avançados, ao transplante renal.

Os rins funcionam como filtros que retiram do sangue as impurezas resultantes da alimentação de cada célula do corpo. Essas impurezas são excretadas pela urina. Quando

os rins não funcionam bem, como na insuficiência renal, as impurezas ficam retidas, causando uma espécie de “intoxicação” do organismo, que pode levar à morte. O corpo fica inchado e a pele amarelada. São comuns a anemia e a hipertensão arterial.

A hemodiálise é um tratamento em que se instala uma circulação extracorpórea: todo o sangue passa por uma máquina para ser filtrado, retornando depois ao corpo. Nesse processo, a limpeza da água que alimenta as máquinas é fundamental, sem o que podem ocorrer até casos fatais, como em Caruaru (Pernambuco). O controle da qualidade da água, por outro lado, é uma responsabilidade da companhia fornecedora, na maior parte uma empresa estatal organizada no âmbito estadual. O problema pode ser de ordem federal, quando a água ofertada é oriunda de uma bacia hidrográfica que atravessa vários estados.

Atualmente, João tem que se submeter à hemodiálise duas vezes por semana. Sua dieta é rigorosa. Apesar de estar aposentado por invalidez, tem que continuar trabalhando para manter os filhos na escola.

A vida de João tem mudado muito, obrigando-o a limitar seus planos e resignar-se com a situação. Mas também tem aprendido coisas novas. Participa do grupo de apoio mútuo, formado pelos usuários da hemodiálise no hospital.

A primeira coisa que João aprendeu é que seu tratamento não depende apenas da Secretaria Municipal, porque a sua doença requer serviços especializados e recursos financeiros estaduais e federais.

João participa também do Conselho de Saúde do seu município, como representante de usuários. Reivindica aumento do número de leitos para a hemodiálise e melhores condições de atendimento. O diretor do hospital privado alega que depende de financiamento do SUS. Mesmo sem respostas satisfatórias, João não desiste de uma rigorosa fiscalização no serviço, principalmente com as condições de higiene e assepsia, cuja deficiência pode ser fatal.

Atualmente, João está inscrito em uma lista do SUS para transplante renal, num hospital da capital do estado. Ele não sabe se chegará a tempo a sua vez.

PARA PENSAR:

- ❖ Você sabe como são encaminhadas as pessoas que requerem assistência especializada no seu município?
- ❖ Você entende bem o processo pelo qual muitas políticas públicas têm que ser resolvidas pelas diferentes esferas de governo?
- ❖ No seu município, como é que se dá a compra de serviços do setor privado pelo poder público? Você sabe como foi feita essa compra de serviços?



AGORA VOCÊ JÁ SABE

A Constituição de 1988 instituiu o SUS e todas as suas ações devem ser voltadas para cumprir o direito garantido na Constituição Federal de que “a saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado”.

A partir da criação do SUS, a política nacional de saúde é formulada pelo Ministério da Saúde com a participação do Conselho Nacional de Saúde.

A política nacional de saúde é adequada a cada estado da Federação para atender às suas realidades. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, junto com seus Conselhos Estaduais de Saúde, realizar essa adaptação, acolhendo as prioridades e o interesse da população de cada estado.

A política estadual de saúde serve de referência para definir as prioridades locais. Quem define as políticas municipais são as Secretarias Municipais de Saúde, com a participação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde.

É papel do Conselheiro de Saúde participar na formulação das políticas de saúde, acompanhar a implantação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implantação definitiva dessas políticas.

Os atos administrativos e burocráticos necessários à implantação das políticas de saúde municipais ou estaduais são obrigação das prefeituras ou governos estaduais, através de suas Secretarias de Saúde, e devem ser fiscalizados pelos Conselhos de Saúde.



CAPÍTULO 3

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL

A história de Lucimar



QUANDO ENTREI PARA O SERVIÇO DE SAÚDE, HÁ QUINZE ANOS, SABIA QUE NÃO IA SER FÁCIL.



MEUS COLEGAS TÊM QUE TRABALHAR EM MUITOS LUGARES PARA COMPLETAR O SALÁRIO.



EU ENFRENTO TUDO ISSO E, AGORA, AINDA FAÇO PARTE DO CONSELHO DE SAÚDE. SEI QUE OS CONSELHOS PODEM AJUDAR O SUS A FUNCIONAR MELHOR.



REPRESENTO NO CONSELHO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. ELES ME ELEGERAM, EU ACEITEI.



MEU NOME É LUCIMAR DE MELO, TENHO 28 ANOS E SOU ENFERMEIRA CONCURSADA DA PREFEITURA.

Lucimar, você é um exemplo de entusiasmo e disposição para o exercício de sua profissão. E tem razão, porque apesar de difícil ela é, sem dúvida, de enorme importância para a melhoria das condições de vida da população brasileira. E você está certa quando acredita que as coisas vão melhorar.

A verdade é que as coisas já foram muito piores e só melhoraram pela união de pessoas como você, que acreditaram que era possível criar uma solução alternativa para a saúde no Brasil.

Você era uma adolescente, ainda, quando a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, discutiu as bases que norteariam a reestruturação completa da saúde no Brasil. Aquela Conferência foi a culminância de um longo processo de lutas e de organização populares de caráter democrático. Dentre os grupos, movimentos e instituições que participaram desse processo podemos citar o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os movimentos dos moradores da Zona Leste de São Paulo, a organização de sistemas públicos e democráticos de saúde nos municípios de Lages, Ronda Alta, Montes Claros, Londrina e Niterói, o Movimento de Reintegração dos Hansenianos (MORHAN), as Plenárias de Saúde Mental, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), as escolas e departamentos de medicina social de saúde pública e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). A participação conjunta de profissionais de saúde, dirigentes sindicais e de órgãos públicos, intelectuais, parlamentares e de representantes de diversos movimentos sociais levou à formulação da proposta da “Reforma Sanitária”, que foi resultado de um grande movimento social denominado “Movimento Sanitário”. Essa proposta constituiu a base de um novo sistema de saúde debatido pelo Congresso Constituinte de 1987/1988 e representava o fim de um sistema que estava em vigor e que havia sido posto em prática durante os longos 21 anos que durou o regime militar em nosso país. Esta proposta foi incorporada na Constituição Federal como Sistema Único de Saúde.

Até então, as políticas encaravam a saúde mais como um negócio, para proporcionar lucros aos que viviam à custa dela, do que como um instrumento para melhorar a vida da população. É o sanitarista Eleutério Rodrigues Neto que nos conta o que aconteceu na 8ª Conferência: “Com uma ampla participação de cerca de 4.000 pessoas, entre técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares, além de dirigentes institucionais, a 8ª Conferência discutiu a situação da saúde no País e aprovou um relatório que passou a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.”

A Reforma Sanitária é, portanto, a proposta de democratização da saúde no Brasil e foi a partir dela que se introduziu, na Constituição Brasileira de 1988, a determinação de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”.

O Movimento da Reforma Sanitária foi, também, responsável pela construção da ideia do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um novo Sistema de Saúde

com o propósito de ser o instrumento para garantir o cumprimento do “dever do Estado” e de proporcionar saúde e bem-estar a todos os brasileiros.

Esse novo modelo de saúde foi inscrito na Constituição Federal no Título VIII - Da Ordem Social, Seção II - Da Saúde, artigos 196, 197, 198, 199 e 200, e regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Representa a união de todas as ações e serviços públicos de saúde com vistas a garantir a todos os brasileiros o acesso à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à assistência integral da saúde. Os serviços privados de saúde, quando contratados pelos governos para complementar as ações dos serviços estatais, também integram o SUS.

A construção do Sistema Único de Saúde deve observar os princípios e as diretrizes constitucionalmente definidos que norteiam a formulação da Política Nacional de Saúde.

O primeiro dos princípios do SUS assegura a todo e qualquer brasileiro o **acesso universal** às ações e aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Antes da Constituição de 1988, só os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e que possuíam carteira do Instituto Nacional da Previdência Social-INPS tinham direito à assistência à saúde com mais facilidade porque contribuíam para o INPS. O atendimento aos contribuintes era uma responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. Os demais brasileiros passavam pelo vexame de se submeterem a uma seleção econômica para terem acesso a tratamentos de saúde.

O princípio do acesso universal aos serviços e às ações de saúde, por si só, já determina uma verdadeira revolução na maneira de se lidar com os direitos dos cidadãos brasileiros, pois assegura a todos o que se assegurava apenas como direito de alguns.

Outro princípio do SUS é o da garantia da **integralidade** da assistência à saúde. Por integralidade na atenção à saúde entende-se o compromisso público de responder às necessidades de saúde das pessoas e das coletividades de modo completo. Segundo este princípio, o SUS garante as ações e os serviços para promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde.

O princípio da **equidade**, enunciado como os outros, significa que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sexo, etnia, religião, idade ou situação de emprego, têm direito à mesma assistência à saúde para uma mesma necessidade. Significa, ainda, que em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos para a saúde deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados. Este princípio tem relação estreita com a questão da justiça social e da redistribuição da renda, não sendo admitidas discriminações ou privilégios, reservando-se prioridades, apenas, aos casos em que se configuram situações de risco.

Deve ser ressaltada, nos termos do artigo 43 da Lei nº 8.080/90, a **gratuidade** das ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS como um princípio difuso, decorrente do acesso universal e de equidade no atendimento às necessidades de saúde. Isso significa que estão garantidas como gratuitas todas as ações e serviços prestados

pelo poder público ou por entidades privadas contratadas, sendo proibida e ilegal a cobrança de qualquer taxa ou contribuição dos usuários do SUS.

O princípio da **descentralização** refere-se ao processo de ampliação das responsabilidades nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), pela formulação das políticas de saúde, seu planejamento, operacionalização e controle social. **Trata-se, portanto, de reconhecer poder de decisão nessas esferas e transferir os recursos necessários para que as ações possam ser desenvolvidas.** Na saúde, a descentralização tem como grande objetivo a municipalização das ações e dos serviços de saúde. Por esse princípio, parte-se do pressuposto de que, quanto mais próximas da população usuária estiver a gestão dos serviços e as ações de saúde, mais adequada se tornará para a resolução dos problemas específicos de cada região, estado ou município, bem como para o exercício do controle social sobre esses serviços.

Além de atender à maior proximidade dos usuários, os serviços devem ser organizados de modo a atender a níveis diferentes de complexidade dos problemas de saúde que se apresentam.

Existem problemas de saúde que requerem ações intersetoriais no campo da política pública, a exemplo da dengue. Vigilância ambiental, saneamento básico e educação constituem algumas das principais ações para enfrentar essa endemia. Casos de dengue requerem, por outro lado, assistência ambulatorial, hospitalar e exames laboratoriais. O sistema para dar conta desses problemas de saúde organiza-se em dois níveis de atenção – básica e especializada. O conjunto de ações e procedimentos oferecidos pelos Serviços de Atenção Básica (Saúde da Família, centros e postos de saúde) deve ser garantido na esfera local ou de forma regionalizada, de acordo com um plano diretor.

A atenção básica em saúde inclui um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, voltado para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Esses princípios, da **descentralização** e **hierarquização**, levam à orientação estratégica da municipalização e da regionalização como formas de gestão capazes de acelerar a efetiva implantação do SUS.

Através do processo de municipalização, propõe-se que os municípios assumam a responsabilidade de comandar as ações de saúde, sejam elas realizadas por serviços públicos ou privados contratados para fins específicos. Quando a municipalização acontece de maneira completa, o município estará funcionando em sistema de gestão plena.

O processo de descentralização e organização do SUS, após a aprovação da Constituição e da Lei Orgânica, foi regulamentado por diversos instrumentos legais. Atualmente, estão em vigência as disposições de Norma Operacional Básica 01/96 (NOB-SUS 01/96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 (NOAS-SUS 01/02).

É importante que os Conselheiros de Saúde conheçam bem o sistema de funcionamento do SUS, no seu município, para saber a quem cabe a responsabilidade pelas

ações que deverão fiscalizar e, conseqüentemente, de que instâncias governamentais devem ser cobradas providências.

A implementação do SUS exige dos gestores, nas diferentes esferas de governo, a busca permanente da eficácia com relação à aplicação dos recursos financeiros, tecnológicos, humanos e materiais. Isto significa que cabe ao gestor aplicar os recursos disponíveis visando obter mais e melhores resultados para os usuários dos serviços e ações de saúde com a menor quantidade de recursos possíveis e viáveis, sem comprometer a qualidade desses serviços e ações.

A Constituição de 1988 definiu que a saúde é parte da seguridade social, formada pelas três áreas: saúde, previdência social e assistência social. A seguridade social, conforme definida no texto constitucional, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. A organização da seguridade social é de competência do poder público conforme estabelecer a lei, com base nos seguintes objetivos:

- ❖ universalidade da cobertura e do atendimento;
- ❖ uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- ❖ seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- ❖ irredutibilidade do valor dos benefícios;
- ❖ eqüidade na forma de participação no custeio;
- ❖ diversidade da base de financiamento;
- ❖ caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

A seguridade social é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- 1.** do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - ❖ a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe presta serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - ❖ a receita ou o faturamento;
 - ❖ o lucro.

2. do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social.
3. sobre a receita de concursos de prognóstico (loterias).

Os recursos da seguridade social destinados à área da saúde são depositados no Fundo Nacional de Saúde e, posteriormente, transferidos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Os Fundos Estaduais e Municipais, por sua vez, já devem acumular recursos próprios, provenientes de outras fontes arrecadadas diretamente nesses níveis de governo (impostos e taxas estaduais e municipais, por exemplo).

Essas e outras diretrizes, que apontam a necessidade de **eficácia** no atendimento e na resolução de todas as situações que podem provocar doença, constituem o conjunto principal de fundamentos em que se apóia a política de normatização do SUS, para todo o território nacional.

Como seria bom, Lucimar, se tudo funcionasse assim tão bem, de acordo com o que foi e vem sendo cuidadosamente planejado. Mas você, que trabalha no SUS e luta por ele, sabe que não é bem assim.

Apesar de todas as boas intenções expressas em leis, a realidade pode se manifestar de maneira bem diferente, quando se trata de colocar em prática essas leis.

A imensa extensão territorial do Brasil e as profundas desigualdades socioeconômicas e culturais que caracterizam as suas regiões geográficas impõem uma construção contínua e de longo prazo. O SUS deve ser visto como estando em processo de implementação, o que demanda a participação de toda a população, além das obrigações das instâncias de governo.

A universalidade do acesso deve garantir o atendimento a todos. A população de usuários do SUS cresceu, consideravelmente, nas últimas décadas. Em 1998, 70% da população já utilizavam os serviços do SUS, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios–PNAD, do IBGE.

Muitas vezes, os salários oferecidos aos profissionais de saúde são baixos ou discrepantes entre si, dependendo do vínculo empregatício de cada profissional. As diferenças salariais acarretam insatisfação para os que recebem menos por funções semelhantes. A consequência disso é a desmotivação, alta rotatividade e queda de qualidade no atendimento.

O setor privado exerce uma forte pressão sobre o setor público de saúde no sentido de aumentar a contratação de serviços privados para o atendimento do SUS, e a consequência disso é que os recursos financeiros que poderiam estar sendo usados para a melhoria de unidades públicas de saúde acabam favorecendo os grupos privados.

As diferenças entre regiões, estados e municípios dificultam os processos de municipalização e regionalização, que não conseguem níveis semelhantes de implan-

tação em todos os lugares. Em alguns ela já existe razoavelmente, enquanto em outros o estágio é ainda muito precário.

Na tentativa de vencer as dificuldades do acesso, o Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de novas estratégias como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esses programas têm propiciado a ampliação da abrangência do atendimento, no que diz respeito à Atenção Básica em Saúde. Mas, da forma que vêm sendo implantados, corre-se o risco de limitar suas ações ao atendimento em nível primário. Outro fator que vem dificultando uma ação mais efetiva e resolutiva do PSF é a falta de garantia, de serviços de saúde para atender os casos mais complexos, que vão além do nível da atenção básica.

Conhecer bem esse processo, Lucimar, e ter consciência de seus avanços e impasses, é indispensável a vocês, profissionais de saúde em exercício em unidades do SUS, e a todos os Conselheiros de Saúde, a quem cabe participar na implantação do Sistema.

Talvez você já disponha da maioria desses conhecimentos teóricos, que estudou para seu concurso, e práticos, adquiridos no dia-a-dia de trabalho. Mas sua função de Conselheira de Saúde exige que você associe esses dois saberes para poder assumir uma atitude crítica diante do que puder constatar, ou para oferecer sugestões de solução aos problemas que vier a identificar.

Esse é o papel de uma Conselheira de Saúde que atua dentro do sistema e tem tanto interesse em aprimorá-lo. É também o papel de todos os Conselheiros de Saúde de todos os municípios e estados do Brasil que, a partir de diferentes pontos de vista, propõem-se a representar usuários, gestores, prestadores de serviços e, como você, profissionais de saúde.

Todos vocês, Conselheiros, têm que se lembrar de que os Conselhos de Saúde são parte integrante do SUS e devem estar a seu serviço, como instrumentos importantes para tornar viável a efetiva implantação desse sistema em todo o País.

É contando com profissionais e Conselheiros como você, Lucimar, que isso vai ser possível a curto prazo, como espera, ansioso, todo o povo brasileiro.

OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 *No período de racionamento de energia elétrica, a Secretaria Municipal de Saúde, visando à economia de energia, decide fechar uma das duas farmácias municipais do SUS, localizadas fora da Unidade Básica de Saúde. Essa decisão foi tomada pela SMS, sem consulta ao Conselho Municipal de Saúde, gerando grandes dificuldades para os usuários, uma vez que a referida farmácia é de fácil acesso para a população e atende grande parte da demanda do município.*

Numa reunião subsequente do Conselho Municipal de Saúde, essa decisão foi incluída na pauta. Apesar disso, a situação não se modificou.

Ocorrido em município de pequeno porte.

PARA PENSAR

- ❖ Na sua opinião, como e por que essa questão foi incluída na pauta da reunião do CMS?
- ❖ Como considerar uma decisão que contraria interesses legítimos da população, sem que o CMS seja ouvido?
- ❖ Quais as possibilidades de reversão de uma decisão tomada dessa maneira?
- ❖ O que o Conselho pode fazer para impedir o fechamento da farmácia, caso a Secretaria de Saúde mantenha a decisão?

2 *Como a SMS do município não dispõe de serviços para atendimento a dependentes químicos, políticos do município têm interesse que ela estabeleça convênio com uma entidade que trata dessa demanda e cujo atendimento é prestado em sua maior parte por voluntários.*

Para que se viabilize o convênio, a referida entidade deve se enquadrar nas normas do SUS, para que receba pelos serviços prestados.

Exaustivamente discutido no Conselho, o convênio foi finalmente aprovado. Após seis meses, a primeira avaliação constatou que o atendimento não obedecia aos critérios estabelecidos pelos SUS.

Ocorrido em município de médio porte.

PARA PENSAR

- ❖ Que interesses teriam prevalecido por ocasião da aprovação do convênio?

- ❖ Que posicionamento se pode esperar dos Conselheiros diante dessa situação?

3 *Santa Custódia do Catamarã é um município de 45.000 habitantes numa região litorânea. A quase totalidade dos moradores vive de pesca, de comércio pequeno e usa os serviços do SUS. Lá existem 3 postos de saúde razoavelmente aparelhados e um hospital-maternidade que não faz cirurgias gerais, porque não dispõe de centro cirúrgico aparelhado, nem de cirurgias gerais em seus quadros.*

O diretor do hospital-maternidade, que faz parte do Conselho como representante dos gestores, recentemente deu uma entrevista a um jornal, reclamando de falta de verbas:

“A gente quer fazer tudo 100%. Por meu gosto, o SUS aqui já estaria implantado efetivamente. Mas três postos de saúde e esse hospital que só faz curativos e parto é muito pouco. O Ministério da Saúde podia mandar mais verbas, mais medicamentos. E não dá para o povo levar duas horas pra ir operar apendicite num outro hospital da região. Ainda se houvesse ambulâncias para isso...”

Acho que isso tem que ser pensado melhor. É muito sacrifício. Às vezes, discuto essas coisas no Conselho Municipal. Mas só algumas coisas, porque outras eles não vão entender bem e só vai aumentar a aflição de quem já está aflito. Enfim, a gente faz o que pode.”

PARA PENSAR

- ❖ Você acha que o Conselheiro representante dos gestores deve omitir os fatos do Conselho, mesmo que acredite estar agindo em favor da Secretaria de Saúde?
- ❖ Você já ouviu falar de Plano Diretor de Regionalização? O seu Conselho de Saúde já discutiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS 01/01?
- ❖ No seu município, existem ações de saúde que são fruto da regionalização?
- ❖ Você conhece as fontes de onde provêm as verbas que financiam o SUS no seu município? Quais são?



AGORA VOCÊ JÁ SABE

O Sistema Único de Saúde, criado a partir da proposta da Reforma Sanitária, é produto de um movimento social que apresentou essa proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e segue lutando pela sua implantação.

SÃO PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO SUS:

Universalidade – Todos têm direito a atendimento nos serviços de saúde do SUS.

Equidade – Todos têm direito a atendimento, sem discriminação ou privilégios, de acordo com as suas necessidades, oferecendo mais a quem precisa mais, reduzindo a desigualdade.

Integralidade – Todos os brasileiros têm direito a atendimento preventivo e curativo sem distinção a todas as suas demandas.

Descentralização – A responsabilidade pelo atendimento cabe às três esferas governamentais (federal, estadual e municipal).

Hierarquização – Organização das ações de saúde das diferentes esferas de governo para o atendimento de níveis diferentes de complexidade e incidência.

A Reforma Sanitária consiste na democratização do acesso a todas as ações e todos os serviços de saúde.

SÃO ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PELO SUS:

Municipalização – Consiste em atribuir aos municípios o papel de gestor do Sistema Municipal de Saúde, com garantia de repasse de recursos financeiros em quantidades suficientes.

Regionalização – Propõe ações em rede entre municípios próximos para tornar a resolubilidade do Sistema mais acessível para cada usuário.

Atenção Básica em Saúde é o conjunto de ações destinadas à prevenção e ao atendimento das demandas mais comuns e imediatas.

COISAS QUE VOCÊ PRECISA SABER

MINISTÉRIO PÚBLICO E CONTROLE SOCIAL DO SUS

O constituinte de 88, assumindo a idéia de que a dignidade humana depende do acesso universal à saúde, definiu esta última como direito de todo o cidadão e dever do Estado Brasileiro. Ao imprimir universalidade a este direito fundamental, estabeleceu a igualdade de todos perante às ações e aos serviços de saúde, optando nesse campo por uma política de inclusão social.

Segundo o texto constitucional, as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, o que lhes garante prioridade em relação aos demais serviços geridos pela administração. Dentre outras consequências práticas, não pode o Estado-gestor alegar falta de recursos para a área de saúde sempre que possuir recursos para financiar outros serviços públicos menos relevantes.

Garantidos os recursos orçamentários, a efetividade do direito à saúde fica na dependência do respeito a estes princípios constitucionais por parte dos gestores, de um lado, e da atuação dos mecanismos de controle social, de outro. Sempre que o Estado-gestor desrespeitar a relevância pública dos serviços e ações de saúde, priorizando áreas menos importantes, cumpre aos mecanismos de controle a devida atuação.

Mas o que vêm a ser estes mecanismos de controle social e como atuam?

De um modo geral, a democracia pressupõe o controle social das políticas públicas, ou seja, mecanismos de controle do Estado pela sociedade civil. O controle social é exercido: 1) individualmente pelo cidadão através do voto; 2) coletivamente,

pela organização política da sociedade civil; 3) por atuação de instituições públicas representativas dos interesses sociais. O Ministério Público e os Conselhos de Saúde são exemplos de instituições públicas que exercem, cada qual nos limites de suas atribuições, o controle social das políticas públicas de saúde. A atuação destes mecanismos de controle pode se dar tanto no âmbito político-administrativo como no âmbito judicial.

Eis o ponto de convergência da atuação do Ministério Público, através de suas promotorias especializadas na área da saúde, e dos Conselhos de Saúde: ambos são mecanismos de controle social das políticas públicas de saúde. Os Conselhos atuam especificamente no controle político-administrativo. O Ministério Público, além da atuação político-administrativa, seja no acompanhamento das políticas de saúde, na mediação de conflitos através de termos de ajustamento de condutas, ou mesmo na fiscalização do sistema de saúde, dispõe ainda de mecanismos judiciais de atuação, tais como as ações civis públicas e as ações de improbidade administrativa.

A atuação articulada destas instituições públicas fortalece-as individualmente ao potencializar a eficácia de suas funções de controle como um todo. A atuação em conjunto, pode-se dizer, é meta a ser permanentemente perseguida na luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde.

Jairo Bisol

Promotor de Justiça da PROSUS - MPDFT



CAPÍTULO 4

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A história de Luís Alfredo

SOU PARAPLÉGICO DESDE OS CINCO ANOS DE IDADE. APÓS UM ACIDENTE DE CARRO, UMA LESÃO ME IMPEDIU DE VOLTAR A ANDAR.



NÃO DESISTI DE VIVER POR CAUSA DISSO.



AO CONTRÁRIO, ACHO QUE ME HABITUEI A FAZER UM ESFORÇO DOBRADO PARA SUPERAR MINHA CONDIÇÃO.



ESTUDEI EM ESCOLA PÚBLICA, TIVE BONS PROFESSORES E TRATAMENTO CARINHOSO. HAVIA RAMPAS DE ACESSO E SANITÁRIOS ADAPTADOS. EMBORA ISSO SEJA DIREITO DE CIDADANIA, NÃO ESTÁ ASSEGURADO PARA TODOS.



AGORA É A MINHA VEZ DE FAZER PELOS OUTROS O QUE FIZERAM POR MIM.



POR ISSO, QUIS SER CONSELHEIRO DE SAÚDE. NA ELEIÇÃO DO CONSELHO, CONCORRI À VAGA DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA E FUI ELEITO. NO MANDATO ANTERIOR, A VAGA FOI PREENCHIDA POR UMA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA VISUAL.



MAS TAMBÉM QUERO LUTAR PELA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA TODOS OS MORADORES DA CIDADE. SE NÃO FOR ASSIM, NÃO CONSIGO NEGOCIAR APOIO PARA O MEU GRUPO.



MEU NOME É LUIS ALFREDO, SOU REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA NO CONSELHO DE SAÚDE DA MINHA CIDADE.



Parece que você compreendeu bem, Luís Alfredo. Os Conselhos de Saúde foram criados para defender os interesses de todos os usuários, sejam eles portadores de deficiência ou não, na prática das políticas de saúde. Participar desses colegiados é uma oportunidade de fazer ouvir a voz dos usuários do SUS. Mas é preciso compreender o funcionamento dos Conselhos para atuar de maneira mais eficaz e produtiva.

Olha, Luís Alfredo, da mesma forma que estamos conversando com você sobre participação social e controle social, já conversamos com outros Conselheiros neste Guia sobre outros temas de seu interesse também. No Capítulo 1, dissemos para o Juvenal, e agora vamos repetir para você com detalhes, que o direito da sociedade de participar na saúde está assegurado na Constituição Federal de 1988. Esse direito foi posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990, que estabelece em seu artigo 1º, parágrafos 1º e 2º, o seguinte:

“Art. 1º O Sistema Único de Saúde–SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, e é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.”

Essa lei determinou, também, que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Isso permitiu ao Conselho Nacional de Saúde aprovar a Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, reafirmando que as vagas de Conselheiro de Saúde sejam preenchidas de forma paritária, ficando reservadas para os usuários 50% das vagas, e recomendando que os outros 50% sejam distribuídos entre trabalhadores de saúde – que deverão ocupar 25% delas – e entre gestores e prestadores de serviços públicos e privados – aos quais caberão os 25% restantes.

Dessa maneira, está garantida a paridade entre os que se utilizam dos serviços e os que prestam esses mesmos serviços.

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta uma nova periodicidade para a realização de Conferências, normatizando essa questão. No nível municipal, elas devem acontecer, no máximo, de 2 em 2 anos. No nível estadual, de 2 em 2 anos. No nível nacional, de 4 em 4 anos.

Como anunciado no tema 1, os Conselhos devem proporcionar a convivência democrática de propostas, às vezes conflitantes. No consenso a ser buscado, devem prevalecer os princípios e diretrizes do SUS. E para desempenhar esse importante papel político, de forma autônoma, o Conselheiro precisa participar de um processo contínuo de ampliação de conhecimentos.

Antes de tudo, cabe aos Conselheiros definir entre as prioridades da Política de Saúde previamente determinadas aquelas que deverão ser implementadas. Para isso, eles têm que conhecer as prioridades e estar informados sobre os recursos financeiros, técnicos e humanos disponíveis.

Como você sabe, Luís Alfredo, os problemas de saúde que afligem uma comunidade não são todos iguais. Alguns afetam a comunidade como um todo, como a falta de saneamento básico e de outras medidas preventivas, como vacinação e preservação ambiental. Outros exigem tratamentos longos e dispendiosos, outros implicam risco de vida e demandam urgência. Você conhece bem esse processo, pois representa questões que exigem soluções de alta complexidade. Os usuários se fazem representar através de suas organizações, mas é preciso que todos os Conselheiros estejam bem informados sobre essas situações, para que as escolhas recomendem as medidas mais adequadas para enfrentá-las e resolvê-las.

Nos Conselhos, é fundamental que o tempo não seja um fator impeditivo para a realização de reuniões, ou para visitas de acompanhamento, ou para a leitura de documentos. Em geral, os Conselheiros têm suplentes. Isso aumenta a possibilidade de distribuição de tarefas quando o Conselheiro titular estiver impedido, por motivo alheio a sua vontade.

Para cumprir todas as suas funções, o Conselheiro de Saúde tem que estar bem informado, disposto a discussões e polêmicas e disponível para participações fora das reuniões ordinárias, comissões e outras atividades imprescindíveis.

O ideal é que o regimento interno de cada Conselho determine os passos de sua rotina.

Uma questão que sempre provoca dúvidas entre os Conselheiros é a relação de autonomia que os Conselhos têm ou não com as Secretarias de Saúde.

Não são poucos os casos em que as Secretarias procuram criar Conselhos fáceis de manipular, de modo a escapar do Controle Social. Isso só acontece em lugares onde a organização popular não é forte o bastante para fazer cumprir a lei. Em geral, o que se espera dos Conselheiros é a insubmissão e o exercício do livre poder de decisão no que diz respeito a suas atribuições. Assim, o Conselheiro não pode se intimidar diante de

conflitos com o poder público, porque sua atuação é garantida por lei. Quando a decisão do Conselho for desrespeitada pelo governo, como acontece várias vezes em tantas situações, cabe apelação a instâncias como o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e, principalmente, o Ministério Público, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e os órgãos de defesa do consumidor. Em último caso, pode apelar para a imprensa, se encontrar nela receptividade a suas denúncias, sempre que perceber o interesse público desrespeitado.

Quando somos escolhidos para participar de um Conselho, nosso primeiro compromisso é com o segmento que estamos representando. Isso não nos exime de opinar e participar de outras questões que não digam respeito diretamente ao nosso grupo. O Conselho de Saúde é um colegiado que tem sua organização e atuação garantidas por lei, mas só será legítimo e representativo se atuar com autonomia.

As denúncias que são apresentadas aos Conselheiros devem ser encaminhadas ao Conselho para discussão e deliberação, cabendo a este repassá-las, por intermédio de seu presidente, aos órgãos competentes quando for o caso. Se o presidente não o fizer por qualquer razão, os Conselheiros deverão discutir e encontrar um meio de fazê-lo como Plenário do Conselho.

Por isso é preciso que o Conselheiro conheça bem esses órgãos, sejam eles do Poder Executivo, Legislativo, Judiciário ou o Ministério Público. Não é função dos Conselheiros, embora alguns ainda façam esse tipo de confusão, o encaminhamento individual de demandas aos serviços de saúde ou a tentativa de resolvê-las.

O Conselheiro não tem função executiva. Ele participa da formulação da política de saúde, acompanha e fiscaliza a sua implantação, incluindo-se aí o encaminhamento das denúncias. Ele não é um executivo na realização de ações que visem implantar a política de saúde ou agilizá-la.

Quando o Conselheiro tenta entrar por esses caminhos, ele corre o risco de envolver o Conselho em atitudes clientelistas, que beneficiam apenas alguns ou que atendem a interesses partidários ou a ambições políticas pessoais do próprio Conselheiro. O clientelismo é uma prática política antiga, infelizmente comum ainda, que tem que ser combatida com todo o rigor em nome da construção de uma democracia nova. O mesmo terá que ser feito quando houver privilégio a atitudes políticas com o objetivo de fortalecer partidos políticos, em detrimento de grupos que a eles se opõem.

O Conselheiro, como um cidadão consciente e participante ativo na vida política de sua cidade, pode ter suas simpatias ou até mesmo laços de filiação em relação a algum partido. Mas essa condição não pode se sobrepor à sua função de Conselheiro, quando o que estiver em jogo for o legítimo interesse de toda uma população de usuários.

O mesmo raciocínio aplica-se ao corporativismo, que pode levar uma parcela dos Conselheiros a privilegiar os interesses de sua classe profissional em detrimento de objetivos mais gerais.

Veja, Luís Alfredo, quantas coisas podemos fazer para ajudar na consolidação do SUS. Vamos recordar alguns conceitos e princípios do SUS:

- ❖ O Conselho de Saúde é instrumento de legitimação do SUS e não do presidente da República, ministro de Estado, governador, prefeito ou secretário de Saúde, a quem cabe cumprir o dever constitucional de garantir a saúde de todos os brasileiros.
- ❖ O Conselho de Saúde representa uma forma nova de pensar e de contribuir para implementar as políticas de saúde, porque expressa a convivência e a busca de consenso entre diferentes pontos de vista. Não se pode esquecer que a mediação entre esses pontos de vista tem que obedecer aos princípios e diretrizes do SUS.
- ❖ O Conselho de Saúde é um instrumento de construção da democracia e do exercício da cidadania.

Você, Luís Alfredo, é uma pessoa que, para sobreviver dignamente, precisou, desde muito cedo, entender as batalhas difíceis que a vida coloca diante de todos. Deve estar habituado a prestar atenção à sua volta, a questões que, às vezes, passam despercebidas para a maioria das pessoas. E deve ter facilidade para encontrar soluções criativas, diante de situações que, aos outros, parecem insolúveis.

Sem dúvida, você, Luís Alfredo, vai ajudar muito seu Conselho a se tornar uma realidade percebida e reconhecida por todos os habitantes do seu município.



OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 *Sempre achei que os Conselhos de Saúde preconizavam a defesa do SUS. Agora, a prática disso às vezes é meio complicada. E ficou bem caracterizada na época em que o Conselho Estadual, junto com o Ministério Público, se manifestou contra a privatização dos hospitais públicos. Mas o governador decidiu e fez. O Conselho foi contra porque achava que o setor de saúde é importante, que não pode ficar na mão de cooperativas. Ele tem que ter seu corpo de funcionários para atender a população... mas não adiantou. O governador fingiu que não ouviu. Também já vi o outro lado, de ter (o Conselho) que aprovar uma política municipal de nutrição e os Conselheiros demorarem tanto para dar sua opinião que a gente perdeu o prazo. E aquela era uma política importante em benefício da população do município.*

Depoimento de ex-Conselheira Estadual e atual Conselheira Municipal, representante de grupo de patologias especiais em município de grande porte.

PARA PENSAR

- ❖ No seu município ou estado, as decisões do Conselho de Saúde são respeitadas pelas prefeituras e governos?
- ❖ O que o Conselho de Saúde deve fazer quando isso não acontece?
- ❖ Na sua opinião, o que leva o Conselho a retardar a discussão de temas de interesse da população?
- ❖ Qual é a estrutura de funcionamento do seu Conselho e o que precisa melhorar?
- ❖ O seu Conselho de Saúde discutiu o Programa Bolsa-Alimentação, do governo federal, antes de ser implantado no município?
- ❖ Você conhece o Regimento Interno do seu Conselho de Saúde? Ele prevê comissões, dotação orçamentária do Conselho?

2 *O Conselheiro Alberico Araújo é um antigo militante nas lutas das associações de Moradores, especialmente na questão da saúde. Participou de várias Conferências de Saúde (municipais, estaduais e nacionais). Hoje trabalha na Câmara dos Vereadores, como auxiliar administrativo. Sujeito alegre e bonachão, Alberico conhece muita gente e é querido por todo mundo. Tem amigos nos postos de saúde e no hospital e é raro o dia em que não vai a esses lugares, levando um protegido que precisa de uma internação ou de uma antecipação de consulta. Já ganhou o apelido de “Ambulância”, por isso. Alberico nem sempre vai às reuniões do Conselho. Só quando tem que votar a indicação de alguém para um cargo, ou função. Há pouco tempo*

declarou: “Prefiro trabalhar sozinho. Assim ganho tempo, ajudo as pessoas que precisam e vou em frente. Ainda acabo sendo eleito vereador.”

PARA PENSAR

- ❖ O seu Conselho vota a indicação de alguém para cargo público ou função de confiança?
- ❖ Você acha que é atribuição do Conselho de Saúde deliberar sobre a nomeação de servidor público?
- ❖ Você acha que Alberico está desempenhando seu papel de maneira correta?
- ❖ As ambições político-partidárias fazem parte do regime democrático. Para realizá-las, são comuns as práticas clientelistas. Você acha que é papel do Conselheiro de Saúde utilizá-las?
- ❖ Os Conselheiros devem agir independentemente dos Conselhos?

❖ AGORA VOCÊ JÁ SABE

Os Conselhos de Saúde foram definidos pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 como órgãos de Controle Social do SUS, junto com as Conferências de Saúde, nas três esferas: federal, estadual e municipal.

A composição dos Conselhos é paritária, cabendo aos usuários 50% das vagas para representação. Os profissionais de saúde, com 25%, e os gestores e prestadores de serviços contratados ou conveniados, com os 25% restantes, completam o colegiado.

Os Conselheiros de Saúde precisam participar de todas as etapas do Planejamento de Saúde de seu estado ou município, de modo a poder influir nelas, criticá-las e acompanhar sua execução.

Por lei, os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos de formulação, acompanhamento e fiscalização da execução da política de saúde.

Não cabe ao Conselho de Saúde responsabilizar-se pessoalmente por atos que impliquem a implantação da política de saúde ou a solução dos impasses.

As denúncias recebidas pelos Conselheiros devem ser encaminhadas ao Conselho de Saúde para discussão e deliberação.



COISAS QUE VOCÊ PRECISA SABER

Como vimos no Capítulo 1, o movimento social do País conquistou, no texto constitucional de 1988, o Sistema Único de Saúde, o qual foi regulamentado em todo o território nacional através da Lei 8.080/90, contemplando três diretrizes fundamentais: descentralização político-administrativa, atendimento integral e participação da comunidade. A operacionalização desta última diretriz está disciplinada na Lei 8.142/90, que institui os Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias colegiadas do Sistema.

Dentre as leis e textos complementares que tratam do Controle Social do SUS destaca-se, ainda, a Resolução CNS nº33/92, a qual contempla os acúmulos registrados na época acerca da constituição e reestruturação de Conselhos de Saúde, destacando-se: composição de conselhos e conferências, eleição do presidente do conselho entre seus pares e competências dos Conselhos. Todavia, por deliberação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a referida Resolução encontra-se atualmente em fase de reformulação, com vistas a contemplar os avanços significativos conquistados nos anos subseqüentes à sua publicação.

Em suma, a diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS tem evoluído significativamente, sendo, na prática, ampliada em direção ao conceito de controle social. Este expressa a participação dos segmentos sociais, especialmente os movimentos organizados, na proposição, definição, fiscalização e avaliação da política de saúde em suas diferentes esferas e de forma permanente. Assim, a democratização das políticas de saúde resulta da ação concreta dos movimentos desencadeados pela própria área.

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A partir do embasamento legal, as conferências de saúde emergem como espaço de controle social com o papel de formular diretrizes da política nas esferas federal, estadual e municipal. As conferências existem desde a década de 40, tratando inicialmente de assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização de cam-

panhas nacionais de saúde, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil.

A 3ª CNS, realizada em 1963, introduz o debate e as primeiras recomendações sobre a municipalização como caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde.

Em que pese a importância das conferências subsequentes, 4ª, 5ª e 6ª CNS (realizadas, respectivamente, em 1967, 1975 e 1977), permanece a situação característica das anteriores, funcionando prioritariamente como espaço do poder instituído. Por sua vez, a 7ª CNS, realizada em 1980, trata da ligação entre o movimento participativo e a municipalização.

A 8ª CNS, realizada em 1986, diferiu das demais por seu caráter democrático, uma vez que foi antecedida de pré-conferências municipais e estaduais, além de ter sido amplamente representativa de todos os segmentos da sociedade, pois envolveu a participação de mais de 4 mil pessoas, dentre as quais cerca de 1.000 delegados.

A 9ª CNS ocorreu em 1992, tendo como tema central “Saúde: municipalização é o caminho”. Esta Conferência reafirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado e a necessidade de avançar na implementação do Controle Social do sistema. Uma de suas recomendações fundamentais refere-se à composição das instâncias colegiadas do SUS, conforme detalhamento a seguir:

- 50% de usuários;
- 25% de trabalhadores em saúde;
- 25% de prestadores de serviço (público e privado).

Em setembro de 1996 aconteceu em

Brasília a 10ª CNS, antecedida de 3.000 conferências municipais, tendo sido garantida participação paritária dos delegados com 50% de usuários e 50% de trabalhadores em saúde, gestores e prestadores de serviços. Seu tema central foi “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Reafirmou também, em suas recomendações, o caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde.

A 11ª CNS foi realizada no ano de 2000, com o tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Os delegados, em torno de 2.500, reconheceram que a cultura política brasileira, ainda marcada pelo autoritarismo, clientelismo e exclusão social, representa limites à implantação do SUS. Apesar disso, acrescentaram, foram constatados avanços significativos no controle social do SUS, o que contribuiu para melhorar o acesso, a qualidade e a humanização da atenção à saúde.

O desafio hoje apresentado para o conjunto dos movimentos sociais é a implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, nas diferentes regiões do País, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população.

CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde têm caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Estão distribuídos nas três esferas de governo e exercem as mesmas funções em cada uma delas. No âmbito da União temos o Conselho Nacional de Saúde, nos estados temos o Conselho Estadual de Saúde e nos municípios temos o Conselho Municipal de Saúde. Todos os Conselhos devem ser constituídos e formalizados através de leis, oriundas do Poder Executivo – presidente da República, governador ou prefeito e aprovadas pelo Poder Legislativo correspondente.

A organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde devem estar especificados no seu Regimento Interno, que é elaborado pelos Conselheiros e aprovado em reunião plenária do Conselho. Qualquer alteração deve seguir o mesmo procedimento.

O acúmulo histórico do controle social no SUS indica que as principais questões que devem estar previstas no Regimento Interno, dentre outras, são:

- a) Periodicidade das reuniões – o plenário tem sua reunião ordinária pelo

menos uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário.

b) *Comissões Permanentes* – é imprescindível a organização das comissões para o funcionamento dos Conselhos. Essas comissões não têm poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho, os quais se aprovados pelo plenário poderão ser transformados em Resoluções. São exemplos dessa comissões as de fiscalização, acompanhamento ao processo orçamentário, controle e avaliação, mobilização e articulação e acompanhamento do plano municipal de saúde. Destacam-se também as comissões temáticas como saúde do trabalhador, saúde mental e saúde indígena, dentre outras.

c) *Local de funcionamento* – é necessário, para o funcionamento do Conselho, um local específico e adequado para suas reuniões, contando, sempre que possível, com telefone, computador com acesso à internet etc.

d) *Dotação orçamentária* – considerando-se que o Conselho delibera sobre a proposta orçamentária da Secretaria de Saúde correspondente, deve-se estar atento para que a referida proposta inclua dotação orçamentária específica para o Conselho, incluindo, por exemplo, previsão de gastos com deslocamento e manutenção de Conselheiros, quando em representação do Conselho em eventos fora do seu município, assim como em eventos regionais e nacionais. Precisa ser transparente no Conselho a forma de utilização das verbas, assim como deve ser sempre apresentada a prestação de contas ao plenário. É importante que todo Conselheiro verifique se na lei de “seu” Conselho consta essa previsão e que trabalhe para tornar realidade o que está previsto na lei.

e) *Equipe técnica* – é recomendável que o Conselho de Saúde conte com assessoria de uma equipe técnica, a qual não substitui o papel, nem a função do Conselheiro

nem das comissões. Ela é composta por técnicos que estão a serviço do conselho.

f) *Coordenação do Conselho* – não há padronização na forma de operacionalizar esse ponto. Uns elegem o núcleo de coordenação; outros, mesa diretora. Todos os fóruns, no entanto, definem-se favoráveis à eleição da presidência do Conselho em plenário, conforme estabelece a Resolução CNS nº 33/92. Ressalte-se, ainda, que há um consenso quanto à importância da participação do gestor tanto no plenário quanto na coordenação. Uma das divergências presentes nos fóruns de discussão consiste no fato de o gestor assumir a função de presidente do Conselho. Os que são favoráveis a esta questão argumentam que, em eleição democrática, todos os segmentos podem exercer o direito de votar e ser votados. Os que se posicionam contrários sustentam que há conflito quando o gestor é presidente do Conselho porque nesta função ele está fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão, assim como assinando as Resoluções do Conselho, na qualidade de presidente, e ao mesmo tempo, homologando-as como gestor.

g) *A Secretaria Executiva* deve estar a serviço do Conselho de Saúde. É importante na organização e administração de suas rotinas, tais como elaboração de atas e manutenção de arquivos. É, também, responsável para atender às deliberações do plenário quanto às convocações e encaminhamentos de demandas.

h) *Composição do Conselho* – o movimento social em saúde considera mais democrático o processo de eleição do Conselho que ocorre nas Conferências de Saúde correspondentes. Alguns Conselhos têm sua composição estabelecida na lei que os criou. Convém lembrar que a composição dos Conselhos só pode ser alterada após discussão e deliberação no Plenário do Conselho de Saúde ou na Conferência de Saúde correspondente.

i) *Comunicação* – destaque-se a importância da comunicação do Conselho com a população. Neste sentido, é recomendável que os Conselhos, a exemplo de muitos que já o fazem, possuam boletim informativo e outros materiais para divulgação de suas atividades e dos direitos do cidadão.

Ressaltem-se, também, outros pontos decisivos a serem considerados:

a) *Relação entre Conselhos e Comissões Intergestoras* - os Conselheiros devem estar atentos para o importante papel exercido pelas Comissões Intergestoras no processo de consolidação do SUS. Convém, entretanto, não esquecer que somente os Conselhos têm caráter deliberativo.

b) *Plenária de Conselhos* – durante a realização do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 1995, foi deliberado que os Conselhos de Saúde deveriam ter um fórum de articulação específico. Nasce-

ram, assim, as Plenárias, sendo que, em 2001, foi realizada a 10ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. A coordenação dessas Plenárias compõe-se de 4 representantes do Conselho Nacional de Saúde e mais 2 Conselheiros eleitos por cada região do País, à exceção da Região Nordeste, que conta com 3 representantes. Informe-se sobre esta questão e contribua no processo de organização e funcionamento da Plenária em seu estado.

c) *Conselhos Gestores* – considerando-se a importância de tais Conselhos, estimula-se sua organização e efetivo funcionamento em todos os serviços do SUS, não esquecendo que o Conselho Gestor é parte do Conselho de Saúde correspondente e que sua composição deve respeitar a paridade em relação ao segmento usuário.

Ref: Texto elaborado por Rosângela Maria Sobrinho Sousa/PI, Adalgiza Balsemão Araújo/RS e Ana Maria Segall Corrêa/SP.



CAPÍTULO 5

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE:
AGENDA, PLANO DE SAÚDE
E QUADRO DE METAS**

A história de Roseneide



PEDI AJUDA AOS COLEGAS DO CONSELHO. PAULINHO É FISIOTERAPEUTA E REPRESENTA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. ARACY REPRESENTA OS GESTORES. ELES TÊM MAIS EXPERIÊNCIA NO ASSUNTO.



A QUESTÃO É QUE SE EU NÃO ENTENDER DIREITO O QUE A SECRETARIA VAI FAZER E QUANTO VAI GASTAR, NÃO VOU PODER FISCALIZAR A EXECUÇÃO DO PLANO.



ESSA É UMA DAS FUNÇÕES PRINCIPAIS DO CONSELHO DE SAÚDE E A FORMA QUE ELE TEM DE AGIR PARA AJUDAR NA IMPLANTAÇÃO DO SUS. PORTANTO, ME SEGUREM QUE LÁ VOU EU!

Pode ter certeza, Roseneide, de que você não é a única que se atrapalha diante de documentos produzidos por técnicos da administração pública. Isto porque a linguagem dos administradores, assim como a dos profissionais de saúde, é muito diferente daquela que se usa correntemente e obedece a princípios gerais da administração. Isso exige um conhecimento específico.

Dito isso, você não precisa se assustar. Assim como as lutas políticas de alguns anos pela saúde fizeram você aprender, rapidamente, os termos que são aí utilizados – mortalidade, morbidade, epidemiologia, universalidade, equidade e outros –, não será difícil para você entender a linguagem dos técnicos-administradores.

Logo, logo você poderá “traduzir” um Planejamento em Saúde, em suas várias etapas. Basta compreender bem o que ele pretende alcançar e de que meios dispõe para esse fim.

Para começar, pense na sua vida pessoal e observe como qualquer mudança que queira introduzir nela exige um planejamento. Mudança de emprego, de estado, de local de moradia, uma viagem, um curso superior, uma festa comemorativa de qualquer data, a compra de um imóvel, entre muitos outros, são fatos novos na nossa existência, que exigem planejamento cuidadoso, para o que a gente avalia as condições já existentes, as que se podem obter e aquelas que serão necessárias buscar para se alcançar nossa **meta**.

Assim como nada em nossa vida, excluindo-se as fatalidades ou os fatos inesperados, acontece sem planejamento, também nas administrações públicas, que visam atingir determinados fins, é preciso planejar as ações necessárias para a implantação de políticas, num determinado período.

O Plano de Saúde, que deve ser apresentado no início da gestão de cada prefeito, governador e presidente da República, começa pela elaboração de uma Agenda de Saúde, que, define as ações consideradas prioritárias para serem implementadas pelo governo, no exercício daquela gestão.

As formulações das Agendas de Saúde Estadual e Municipal observam as prioridades preestabelecidas em Portaria do Ministério da Saúde, a exemplo do que ocorreu com a Agenda Nacional de Saúde de 2001, aprovada pela Portaria nº 393, do ministro da Saúde, e publicada em 29 de março de 2001.

A Agenda Nacional de Saúde, definida pelo Ministério da Saúde com a participação do Conselho Nacional de Saúde, é adaptada à realidade de cada estado, que, com a participação do Conselho Estadual de Saúde, define as prioridades da Agenda Estadual de Saúde, e o município, por sua vez, adapta as prioridades nacionais e estadu-

ais à realidade municipal, com a participação do Conselho Municipal de Saúde, construindo assim a Agenda Municipal de Saúde. É nela que o Conselho Municipal e a Secretaria Municipal devem se basear para escolher as ações de interesse do município que deverão ser realizadas.

Assim, quando se define a Agenda Municipal de Saúde, está-se levando em conta problemas de ordem nacional e estadual, que deverão ser enfrentados segundo as possibilidades municipais, dentro das características que esses problemas assumem nas realidades desses municípios.

Na preparação dessa Agenda, Roseneide, a ação dos Conselheiros é de grande relevância, porque eles, melhor do que ninguém, conhecem os problemas mais aflictivos da população, a partir da especificidade dos segmentos que representam, e terão condições de escolher os que devem merecer prioridade no enfrentamento.

Mas a gente sabe também, Roseneide, que, na prática, infelizmente não é sempre isso que acontece. Dificuldades ligadas a prazos de aprovação, impedimento de reuniões em tempo hábil, atropelamentos burocráticos nas Secretarias e nos próprios Conselhos fazem com que as Agendas, às vezes, cheguem prontas aos Conselhos “para serem aprovadas” ou cheguem “embutidas” nos “Planos de Saúde”. O pior é que, na maioria dos casos, não há Agenda, a qual, na realidade, deveria constituir a primeira etapa do planejamento.

Muitas Secretarias de Saúde não fazem o seu planejamento e encomendam os seus Planos de Saúde a consultores especializados no assunto, somente para cumprirem exigência legal. Esses Planos são elaborados com base em dados oficiais, sem qualquer discussão com a sociedade e que leve em consideração a realidade existente naquele momento.

É preciso que os Conselheiros estejam atentos para não permitir que isso aconteça, para evitar que fique invalidada a participação popular no Planejamento em Saúde.

É função do Conselho reivindicar, para si, o direito de participar da formulação da Agenda de Saúde. O processo de escolha de prioridades e a definição de metas refletem a realidade socioeconômica e cultural de um lugar ou de um país em um determinado momento de sua história, e isto configura uma tomada de decisão política, pois política quer dizer a relação entre pessoas e poderes.

Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas e obedecem às prioridades definidas na Agenda de Saúde. São elaborados por técnicos do Ministério e das Secretarias de Saúde e são discutidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Embora no ano 2001 as Agendas tenham sido determinadas por uma portaria, sua importância não se prende exclusivamente ao seu caráter legal e nem a uma vinculação hierárquica. A Agenda Nacional deve ser entendida como uma referência a ser utilizada por estados e municípios, de acordo com as prioridades definidas, os eixos da gestão e as condições para a operacionalização destes.

Os Planos de Saúde de um município, estado ou da União devem conter uma descrição detalhada da situação de saúde da população, incluindo as situações vivenciais que podem contribuir para promover a saúde da população, bem como aquelas que podem contribuir para o adoecimento das pessoas, como as más condições de vida, a falta de saneamento básico, ausência de coleta de lixo, falta de água tratada e de moradia para as famílias, desemprego, transporte de má qualidade, falta de infra-estrutura e de lazer, condições de trabalho inadequadas, alimentação insuficiente, inadequada ou inexistente e desestruturação dos serviços de saúde e educação. É baseado nessas informações que se faz o levantamento do que já existe e do que se precisará ter para assegurar a atenção adequada à saúde da comunidade. A partir daí é que são definidas as ações e os recursos necessários para implementar a política de saúde para o município, estado ou para a União.

É o diagnóstico situacional que ajuda a definir as metas a serem alcançadas em determinado período, em função de operações planejadas para enfrentar as prioridades da saúde.

O enfrentamento da mortalidade infantil, que infelizmente ainda é um problema grave de saúde pública em nosso país, é um exemplo de questão que exige intervenções dos níveis federal, estadual e municipal.

O planejamento é expressão, no nível técnico-político, de escolhas que a sociedade faz a cada momento. Cabe aos gestores considerar as demandas da população e o conjunto dos serviços compreendidos como um sistema. Diminuir a mortalidade infantil e materna, acolher os usuários, remunerar adequadamente e valorizar os profissionais, aumentar o orçamento público em saúde, gastando mais em ações coletivas e intersetoriais, submeter o desempenho dos gestores à opinião dos usuários e garantir o direito à informação – estes são alguns eixos norteadores do planejamento em saúde.

Reduzir ou acabar com as mortes no primeiro ano de vida é uma meta que deve fazer parte de todos os Planos de Saúde de qualquer governo comprometido com as causas sociais.

Essa parte do Plano de Saúde, em que se estabelecem as situações que serão enfrentadas, relacionadas às metas que se quer atingir e às ações que serão necessárias a esses fins, é que constitui o Quadro de Metas, que é, junto com o Orçamento, a parte essencial do Plano. O Orçamento é outra parte do Plano onde aparecem os recursos necessários à execução de cada operação programada para cumprir as metas. O Quadro de Metas e o Orçamento devem guardar extrema coerência, para evitar que se programe alguma ação que não seja possível executar por falta de verbas. O tema “Orçamento”, Roseneide, será mais bem discutido no Capítulo 6 deste Guia.

A partir de tudo isso, Roseneide, fica mais fácil você compreender o que é o Planejamento em Saúde, do qual você, na qualidade de Conselheira, vai poder participar, influir na construção da Agenda com base na sua experiência pessoal, avaliar e aprovar o Plano de Saúde e acompanhar a sua execução para garantir que ele seja implementado de acordo com o que foi planejado em conjunto. Lembre-se de que a

sua função não se esgota na avaliação e aprovação do Plano. Se você compreender bem tudo aquilo que ali está proposto, vai poder acompanhar de perto a execução desse Plano e fiscalizar o cumprimento das metas e dos gastos previstos no Orçamento. Assim, você saberá por onde se guiar para realizar o Controle Social das políticas que deverão ser implementadas no município, para um funcionamento mais efetivo do SUS.

Parece muito boa a sua idéia de apoiar-se em colegas mais experientes nas questões técnicas, para ampliar seu conhecimento sobre o Planejamento em Saúde. O Orçamento, por exemplo, é uma questão que tem que ser aprofundada, porque requer conhecimentos especiais sobre as fontes de obtenção de recursos e sobre a forma de utilizá-los, embora o Conselho possa buscar ajuda para entender melhor o orçamento em outros grupos da sociedade (organizações não-governamentais, sindicatos, etc.), nas assessorias técnicas das Secretarias de Saúde etc.

Outro instrumento que faz parte do Planejamento em Saúde não faz parte do Plano de Saúde, mas diz respeito diretamente a ele: é o Relatório de Gestão, que deve ser elaborado pela Secretaria de Saúde e submetido à apreciação do Conselho de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartites ao final de cada exercício ou ano fiscal.

O Relatório de Gestão é a avaliação do cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo. Cabe aos Conselheiros analisá-lo e aprová-lo ou não. Voltaremos a falar mais sobre Relatório de Gestão no Capítulo 7 deste Guia.

Para entender melhor todo esse processo, Roseneide, você pode resumir as etapas necessárias pelas quais terá que passar o Planejamento em Saúde:

- ❖ Diagnóstico Situacional de Saúde (levantamento dos problemas, recursos materiais, financeiros e tecnológicos).
- ❖ Definição de Prioridades (Agenda de Saúde).
- ❖ Formulação do Plano (Plano de Saúde).
- ❖ Resumo do Plano de Saúde (Quadro de Metas).
- ❖ Recursos necessários (Orçamento, recursos materiais, humanos e políticos).
- ❖ Avaliação e Monitoramento do Plano de Saúde (Relatório de Gestão).

Como você vê, Roseneide, depois de decifrados, esses documentos não parecem tão assustadores. Até porque o que importa é compreender a lógica que eles mantêm entre si. E quanto aos termos técnicos, que desafiam você e todo mundo, basta tirar as dúvidas com quem os usou ou está habituado a lidar com eles. Mas há ainda outros obstáculos a superar, e estes costumam ser mais difíceis.

Todas as etapas do Planejamento em Saúde têm prazos para acontecer, e demoras em sua produção costumam servir de desculpa para descartar, ou pelo menos abre-

viar, a ação dos Conselhos de Saúde. Os documentos são enviados na última hora, em número de cópias insuficientes para todos e com recomendações para serem devolvidos “anteontem, se possível”. Espera-se que os Conselhos façam “milagres” ou dêem um “jeitinho”.

Os Conselheiros não devem permitir que isso aconteça. Só com conhecimento pleno de todas as etapas programadas nesse Planejamento eles podem, como é seu compromisso, participar ativamente desse processo, acompanhando-o de perto. Esse conhecimento não se adquire com leituras rápidas e pouco atenciosas, mais preocupadas na observância de datas do que na importância de uma opinião crítica e fundamentada.

Você já está no caminho, Roseneide. Vá em frente, para o bem do seu Conselho e, sobretudo, para o progresso de seu município.

❖ OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 *No meu Conselho, tem um percentual de Conselheiros, acho que talvez 50%, que até garante o quorum, que participa. É sempre o mesmo grupo, praticamente, que frequenta, mas eu vou sempre e, desde que estou lá, nunca houve uma discussão pra se elaborar uma Agenda de Saúde. É uma coisa até que já se questionou. Uns Conselheiros já levantaram esta questão. Mas acho que o Conselho acaba se perdendo muito em questões burocráticas, como análise de processos de compra de material, equipamentos, que é uma função do setor técnico da Secretaria etc. O fundamental, que era partir pra esse trabalho de controle social mesmo, de levantamento das necessidades, das demandas, de traçar uma diretriz... isso aí não existe. E, por outro lado, eu acho que o fato do secretário ser uma pessoa benquista, uma pessoa que é um bom secretário, acho que cria um certo melindre. As pessoas ficam, assim, um pouco incomodadas de ficar questionando muito. Eu sinto isso. O plenário, de certa forma, acoberta um pouco, pra não entrar em choque direto com o secretário.*

Depoimento de representante de usuários em Conselho Estadual.

PARA PENSAR

- ❖ No seu município, como Conselheiro você participou do processo de elaboração e aprovação da Agenda?
- ❖ Você acha que o seu Conselho tem autonomia para se impor perante a Secretaria como parceiro na formulação da Agenda?

- ❖ Que funções você acha que os Conselheiros devem ter no Planejamento em Saúde? Por quê?
- ❖ O que é preciso fazer para que os Conselheiros participem ativamente do planejamento em saúde?

2 *Agora, no município, a gente ainda não conseguiu elaborar essa Agenda – tem, assim, a pretensão de sugestões –, mas a gente ainda não conseguiu formalmente elaborar uma Agenda porque ainda se tem muita confusão do que realmente é uma Agenda, do que é necessário dentro de uma Agenda. Ainda não existe essa consciência, nem para mim nem para diversos dos representantes dos usuários. A gente sabe do que a gente precisa dentro da nossa regiãozinha, mas formalmente como se elaborar uma Agenda, isso a gente não teve competência legal.*

...A informação que a gente tem é sempre assim: no início do ano, ou então em troca de prefeitos, o secretário sempre coloca à disposição o seguinte: tem uma página na internet que todo cidadão tem acesso e lá dentro você encontra todas as informações. Quem puder e quiser ter acesso pode. Mas eles não dão esse acesso. A gente não tem oportunidade de acesso. Existe o acesso verbalmente, ninguém é impedido de conseguir, só que o impedimento é a dificuldade que a vida impõe à gente. Nenhum Conselho, que eu conheço, tem estrutura de computador, de internet, de linha telefônica. Então esse acesso é um acesso entre aspas. Acaba sendo um acesso individual de cada Conselheiro. E quando a pessoa tem possibilidade. Porque todo documento que é mandado para o Conselho é mandado em uma cópia. Se o Conselho puder tirar cópia para os membros do Conselho, para os Conselheiros, se ele tiver essa estrutura, ele até pode. Mas, geralmente, nenhum Conselho tem máquina de xerox. A única coisa que a gente tem é uma cota de papel. Mas para você ter acesso a uma máquina xerox é uma burocracia, porque você depende da coordenação da área, que é um departamento da Secretaria Municipal. Então tudo isso é uma dificuldade muito grande porque, geralmente, em um Conselho você tem mais de 20 membros. Como é que um Conselho vai ter estrutura de tirar cópia de 200 páginas, ou mais, pra essa gente toda ter acesso?

Depoimento de representante dos usuários em município de grande porte.

PARA PENSAR

- ❖ Como é que os documentos produzidos pela Secretaria de Saúde chegam às mãos dos Conselheiros, no seu município?
- ❖ Qual é a importância da opinião dos usuários e a experiência dos Conselheiros no processo de formulação da Agenda?
- ❖ No seu município, os Conselheiros têm acesso às informações através da internet?

3 *No início, me lembro que, na primeira gestão, veio já um Plano de Saúde pronto da Secretaria. Um planejamento já pronto pro ano seguinte, o que era prioridade deles e o orçamento. Inclusive, eu lembro muito bem disso porque não tinha garantia de nada na área de deficientes. Aí eu já fiz constar em ata que estava recebendo o planejamento e que as prioridades do segmento que eu representava não estavam sendo atendidas, como tinha sido proposto. Pelo Plano, a Secretaria criava várias gerências desmembradas, tipo terapia ocupacional, fisioterapia e reabilitação, e o que nós queríamos era uma gerência única de **Política de Saúde para as pessoas portadoras de deficiência**, porque abria caminho para a construção de políticas intersetoriais que são tão importantes nesse caso.*

Depoimento de representante dos portadores de deficiência em município de médio porte.

PARA PENSAR

- ❖ Você considera que esse Conselheiro está desempenhando adequadamente seu papel?
- ❖ Você sente falta de informações que ajudem a melhorar seu desempenho como Conselheiro? Quais?
- ❖ Como seu Conselho se posiciona diante de prazos impostos pela Secretaria de Saúde?

4 *O Conselho daqui não se reúne todo mês, porque todo mundo trabalha e não pode faltar, que periga perder o emprego. Então a gente aqui faz o que pode, o que dá tempo e o que é mais importante, porque a Prefeitura tem prazos. Eu até queria saber melhor como é que a gente controla as coisas que a Secretaria põe no papel, mas pra falar a verdade mal tenho tempo, nem pra dar conta direito da minha vida. Essas coisas, planos, relatórios, isso tem prazo. Não quero atrasar a vida de ninguém.*

Depoimento de representante de usuários de município de pequeno porte.

PARA PENSAR

- ❖ O seu Conselho de Saúde costuma analisar os documentos oficiais em grupo, nas sessões ordinárias ou fora delas?
- ❖ Você já experimentou pedir ajuda a outros profissionais que têm mais experiência, na hora de analisar os documentos?
- ❖ O seu Conselho já solicitou parecer técnico de pessoas convidadas para tomar posição e propor encaminhamento?

 AGORA VOCÊ JÁ SABE

O Planejamento em Saúde é o processo pelo qual as Secretarias de Saúde e seus Conselhos definem as ações que serão transformadas em políticas de saúde no período daquela gestão. Para garantir o controle social, ele deve ser participativo e democrático, revisado anualmente, o que significa que os Conselheiros devem participar, opinar e eleger as prioridades de acordo com as necessidades relacionadas e sentidas pelos respectivos segmentos que representam.

A Agenda de Saúde se constitui na definição das prioridades que deverão ser atendidas, a partir da escolha dos Conselhos em conjunto com as Secretarias de Saúde.

O Plano de Saúde define, com base nas realidades nacional, estadual e municipal, as ações e estratégias necessárias para enfrentar as prioridades definidas na Agenda de Saúde.

O Quadro de Metas é o resumo do Plano de Saúde. Nele ficam claras as metas que devem ser cumpridas, em que prazos e que operações serão necessárias.

O Orçamento é a explicitação das verbas destinadas à execução dessas operações.

O Relatório de Gestão é a avaliação do cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborado pelo gestor e submetido ao Conselho de Saúde e às Comissões Intergestores.



CAPÍTULO 6

PLANEJAMENTO EM SAÚDE:
ORÇAMENTO,
FINANCIAMENTO E
PRESTAÇÃO DE CONTAS

A história de Marconi

NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE QUE EU COORDENO, QUANDO A GENTE FALA EM DISCUTIR ORÇAMENTO TODO MUNDO QUER EMPURRAR TUDO PARA CIMA DE MIM.



ACHO QUE OS CONSELHEIROS IMAGINAM QUE, COMO FUI INDICADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA CONCORRER À ELEIÇÃO DE COORDENADOR DO CONSELHO, SEI TUDO SOBRE VERBAS. POR ISSO QUEREM DEIXAR TUDO POR MINHA CONTA.



NÃO ACHO ISSO CERTO. TENTO EXPLICAR. SEI QUE NÃO É FÁCIL PARA ELES, MAS ELES TÊM QUE TENTAR ENTENDER.





Você tem razão, Marconi, quando quer convencer os Conselheiros de Saúde a participar mais ativamente da fiscalização do Orçamento. Mas procure compreender o lado deles. Muitos estão começando a exercer essa função pública há pouco tempo, e muitos não dispõem de experiências anteriores sobre gastos de dinheiro público. Tudo isso dificulta a compreensão de um assunto que ainda aparece nos documentos oficiais, quase sempre, em linguagem difícil de entender. Você, por sua vez, tem o privilégio de lidar com isso no seu cotidiano, pois, trabalhando na Secretaria de Saúde, ouve falar o tempo todo sobre o uso do dinheiro público e tem que pensar nele todas as vezes que faz um projeto, ou planeja um programa.

De qualquer modo, seus colegas têm obrigação de procurar conhecer melhor, como você diz, “os caminhos percorridos pelo dinheiro público” e também deveriam poder escolher melhor as formas de usá-lo.

Uma alternativa que tem procurado aproximar as pessoas dessa discussão tem sido a idéia do orçamento participativo. Mas você sabe muito bem que orçamento participativo só tem sido possível em poucos lugares do Brasil. Por ser uma forma de divisão de poder, o orçamento participativo, em que a comunidade discute e decide onde, como e em que devem ser aplicados os recursos financeiros arrecadados dos impostos, não faz parte das práticas da maioria dos governos estaduais, municipais e nem do governo federal.

Há muitas coisas que os Conselheiros precisam saber sobre o financiamento da saúde no Brasil, nos estados e nos municípios e, nesse sentido, você pode ajudar, com sua experiência e seus conhecimentos.

Talvez a primeira coisa a fazer seja mostrar a eles as diferenças que existem entre orçamento doméstico, aquele com que todos nós somos obrigados a lidar no cotidiano de nossas vidas, e o orçamento público, que visa custear despesas necessárias para benefícios de toda a população.

A primeira coisa a lembrar é que “público”, como você bem chamou a atenção, é “do povo”. Não pertence aos governos nem é um dinheiro sem dono. Ele é do povo, é de todos que formam a população de um país, estado ou município.

Quando se trata do nosso orçamento pessoal ou familiar, doméstico, somos obrigados a pensar no montante de dinheiro que nos chega às mãos todos os meses – por salários, pensões, aposentadorias, investimentos e outras rendas – e nas despesas que não podem deixar de ser feitas, como moradia e alimentação, transporte e outras inadiáveis, determinadas pela nossa rotina e de acordo com as nossas possibilidades

financeiras. Quando as receitas – o dinheiro que entra – são menores que as despesas – o que tem que sair –, podemos lançar mão de uma série de estratégias, como fazer serviços extras, contrair dívidas, pedir ajuda a amigos e parentes. Quando há alguma sobra de dinheiro, podemos decidir o que fazer com ele, dependendo da nossa vontade. No orçamento público acontece a mesma coisa. Existem as fontes de receitas e as despesas inevitáveis. Se sobrar alguma coisa é que se pensa em investimentos em novos programas ou ações ou na manutenção de equipamentos, instalações físicas ou revitalização de antigos programas, construções de novas unidades de saúde, compra de veículos etc.

O que é preciso entender é que o nosso orçamento doméstico está sempre sob nosso controle e de quem mais participe dele. O mesmo não ocorre com o orçamento público que fica sob o controle dos órgãos de planejamento nas esferas federal, estadual e municipal, a quem cabe promover, dentro da disponibilidade orçamentária, a distribuição dos recursos entre as diferentes áreas da administração pública de acordo com a seleção dos programas e projetos prioritários. Da mesma maneira, os gastos só podem ser feitos quando são autorizados pelos órgãos legislativos de cada esfera de governo (Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores). O quanto cada governo destina para a saúde indica a preocupação e a priorização com a qualidade de vida da população.

Daí a necessidade da elaboração do planejamento em saúde e dos elementos que resultam desse planejamento: a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde, o Quadro de Metas, coerentes com os recursos existentes e previstos no orçamento anual.

Você não acha, Marconi, que se os Conselheiros compreenderem tudo isso ficará mais fácil para eles acompanharem e participarem do processo de elaboração do Orçamento pela Secretaria de Saúde?

A partir daí, será necessário descrever o processo orçamentário, já que, como é sabido, os orçamentos são elaborados tendo como base a possibilidade da entrada de recursos, o que dá a eles um certo caráter de ficção que só se torna real após toda a sua execução, no final de cada ano. Isso acontece porque, ao longo de um ano, ao mesmo tempo que os governos estão arrecadando impostos, contribuições e outros tributos (que compõem as receitas de governo), estes governos também já estão realizando as suas despesas.

O orçamento público de cada ano, de acordo com o modelo orçamentário da Constituição, é regulado por três documentos legais: a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). A Lei do PPA é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano de mandato de um governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governante seguinte.

A LDO é uma lei com validade de apenas um ano, que estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da lei orçamentária (LOA) do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO são uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual (PPA), mas restrita a um ano especí-

fico (não aos quatro anos como um todo). A elaboração do projeto da LDO inicia-se no Poder Executivo e o projeto é encaminhado, até 15 de abril, ao Poder Legislativo (Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores), onde deverá ser aprovado até 30 de junho de cada ano.

A LOA também é uma lei que só tem validade para um ano, ou seja, para cada exercício fiscal. No nível federal, é a LOA que define os recursos que irão compor os três orçamentos: o orçamento fiscal, o orçamento da seguridade social e o orçamento de investimento das empresas estatais. Nos orçamentos fiscal e da seguridade social estão discriminados todos os gastos da União, como, por exemplo, os destinados à manutenção da máquina pública, os desembolsos com saúde, educação, defesa, estradas, portos, benefícios previdenciários, folha de pessoal, juros da dívida etc, bem como as receitas que são esperadas para serem arrecadadas.

Esse processo de planejamento orçamentário, de criação e de aprovação de leis realizado no nível federal se repete nos estados e municípios. Essas leis têm que ser aprovadas pelos respectivos Poderes Legislativos da União, dos estados e dos municípios. No caso da Saúde, as despesas fixas, definidas nos Planos de Saúde, devem receber recursos em função dessas leis.

Os Conselheiros devem ter sempre em mente que o processo orçamentário é um processo contínuo que envolve:

- ❖ A execução do orçamento do ano em curso.
- ❖ A discussão da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), quer dizer, das regras para a elaboração e execução do orçamento para o ano seguinte.
- ❖ A elaboração da proposta orçamentária do ano seguinte com base nas LDOs.
- ❖ A discussão e aprovação, nas casas legislativas respectivas, da proposta orçamentária do ano seguinte.
- ❖ A sanção, pelo Poder Executivo, com ou sem veto, da proposta orçamentária aprovada pelo Poder Legislativo que vai se transformar na Lei Orçamentária Anual (LOA), ou seja, no orçamento do ano seguinte.

É necessário que todos compreendam que cabe aos Conselhos de Saúde acompanhar o processo orçamentário, discutir e aprovar a proposta elaborada pela Secretaria de Saúde, acompanhar a discussão e a sua aprovação pelo Poder Legislativo, fiscalizar sua execução e exigir prestação de contas na periodicidade que o Conselho achar conveniente. O Orçamento público é, portanto, a previsão de receitas e despesas no período de 1 ano.

Os Conselheiros de Saúde devem participar de tudo isso e, como você mesmo aponta, Marconi, devem ficar atentos para evitar que o dinheiro seja desviado para outro

fim que não os serviços e as ações de saúde. No momento em que os Conselheiros começarem a entender de onde vem o dinheiro público e como é financiada a saúde, poderão acompanhar melhor esse processo.

A saúde é financiada por um orçamento constituído por receitas públicas originadas de contribuições sociais e de outros tributos da União, dos estados e dos municípios. Pela Constituição de 1988, quando ficou definido que a saúde era parte da Seguridade Social, formada por previdência social, assistência social e saúde, ficou estabelecido que o financiamento dessas três áreas se daria com recursos do Orçamento da Seguridade Social.

Para que haja uma boa compreensão dos Conselheiros sobre essa questão do orçamento, Marconi, é bom lembrar que o Orçamento da Seguridade Social integra o Orçamento Geral da União - OGU. O OGU é formado por três orçamentos: o orçamento fiscal, o orçamento da seguridade social e o orçamento de investimento das empresas estatais (os quais são especificados, a cada ano, na Lei Orçamentária Anual - LOA).

De acordo com a Constituição de 88, a seguridade social é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I. do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - ❖ a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe presta serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - ❖ a receita ou o faturamento;
 - ❖ o lucro;
- II. do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;
- III. sobre a receita de concursos de prognóstico (loterias e outros jogos legais tributáveis).

Embora a Constituição de 88 tenha definido várias regras quanto ao financiamento da saúde, Marconi, é preciso que os Conselheiros entendam que a partilha, a divisão dos recursos do Orçamento da Seguridade Social entre as três áreas sociais não foi tarefa fácil. Na Constituição, não ficou muito claro o quanto caberia a cada uma, então o financiamento público da saúde ao longo da década de 1990 foi, de certa forma, instável.

Não foi definida pela Constituição de 1988 qual seria a participação da saúde no Orçamento da União, o que dependeria de aprovação de uma lei complementar posterior. A Constituição, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, artigo 55, definiu que provisoriamente deveriam ser destinados à saúde 30%, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social.

Ao longo dos anos 90, o orçamento da União para a saúde foi financiado principalmente pelas contribuições sociais:

- ❖ Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins);
- ❖ Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL);
- ❖ Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF); e
- ❖ Contribuição sobre a Folha de Salários.

Foi financiado também por outras fontes, como, por exemplo, o fundo que desvincula recursos fiscais do orçamento, chamado de Desvinculação de Recursos da União (DRU). Mas o que vem a ser essa DRU? Por meio da DRU, o governo federal separa do “bolo” do Orçamento da União 20% dos recursos arrecadados em cada imposto ou contribuição social e depois usa esse dinheiro onde julgar prioritário.

Entre as contribuições sociais que financiam a saúde, destaca-se a CPMF, criada em 1996 com o objetivo de garantir um financiamento estável para o setor da saúde, porque seria uma fonte de recurso adicional àquelas fontes já existentes. Todas as pessoas que fazem transações bancárias, que têm uma conta corrente ou poupança em um banco, por exemplo, conhecem bem a CPMF, porque ela é descontada em todas as movimentações financeiras.

A princípio, a CPMF arrecadada a cada ano seria destinada integralmente à saúde. E, com isso, acreditava-se que o problema da falta de recursos para atender às necessidades da saúde seriam resolvidas. No entanto, emendas constitucionais posteriores determinaram que houvesse uma partilha dos recursos dessa contribuição social entre a saúde e a previdência social. A partir do momento que a receita arrecadada com a CPMF não ficou integralmente para a saúde, diminuíram os recursos esperados para compor o orçamento da saúde. Além disso, acredita-se que, em vez de os recursos da CPMF terem sido adicionados aos recursos já existentes de outras contribuições sociais que financiavam a saúde, o que aconteceu foi uma substituição de recursos (diminuíram os recursos da Cofins, por exemplo, quando entraram os recursos da CPMF para a saúde).

Todos os recursos para a saúde arrecadados pela União são depositados no Fundo Nacional de Saúde e, posteriormente, transferidos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. A constituição de Fundos de Saúde, para onde serão encaminhados os recursos públicos destinados a custear as despesas de saúde, facilita o controle da população sobre esses recursos e dificulta os desvios ou sua utilização inadequada.

Os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, por sua vez, já devem acumular recursos próprios, provenientes de outras fontes arrecadadas diretamente nesses níveis de governo (por exemplo, impostos e taxas estaduais e municipais). Da mesma forma que a União arrecada impostos e contribuições do povo, “fonte para encher sua caixa-d’água” (Tesouro Nacional), também os estados e municípios arrecadam do

povo impostos, taxas e contribuições para “encher suas caixas-d'água” (Tesouros Estaduais e Municipais).

Também há tributos que a União arrecada sozinha e depois divide com estados e municípios. Dois dos principais impostos que a União arrecada, o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), são repartidos com os estados e com os municípios, ou seja, a União arrecada, fica com a metade e manda uma parte para os estados e a outra parte para os municípios. Quanto maior a população do estado e do município, maior a parte que ele recebe.

O estado, por sua vez, também arrecada o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), fica com uma parte e manda o restante para os municípios. A repartição também é baseada no tamanho da população. Já os municípios têm os seus próprios tributos, sendo os dois mais importantes o Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços (ISS), além de outras taxas. Nos artigos de números 156, 158 e 159 da Constituição Federal, estão definidos os percentuais de repartição das receitas tributárias pelos níveis federal, estadual e municipal.

Como dito anteriormente, a saúde teve o seu financiamento definido pela Constituição de 1988, mas a variação das fontes de financiamento (contribuições sociais e outras) e do volume de recursos destinado à saúde a cada ano geraram incertezas e estimularam a busca de uma melhor definição de recursos para o setor. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº29, definindo percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços para a saúde. A Emenda tem validade até 2004, ou até que seja aprovada lei complementar a respeito.

O objetivo da Emenda Constitucional nº 29 é “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. A Emenda define as formas de participação da União, dos estados e dos municípios, mas só estabelece claramente o percentual mínimo de recursos a serem aplicados por estados e municípios, deixando ainda indefinido o percentual que cabe à União.

Os estados e o Distrito Federal devem destinar, no mínimo, 12% dos impostos e outras receitas arrecadadas para o financiamento das ações e serviços de saúde. Os municípios e também o Distrito Federal devem destinar, no mínimo, 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos.

No caso da União, a EC 29 definiu que os recursos mínimos aplicados nas ações e nos serviços públicos de saúde serão equivalentes, no ano de 2000, ao montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Do ano de 2001 ao ano de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes ao valor apurado no ano anterior, corrigido anualmente pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Do total de recursos da União apurados nos termos do artigo 7º da EC 29, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. Deve-se ressaltar que o critério populacional referido na EC 29 está previsto também na Lei Orgânica 8.080/90, artigo 35, mas ainda não foi regulamentado.

O Conselho Nacional de Saúde criou uma tabela-referência progressiva para estados e municípios, mostrando os percentuais mínimos necessários de aplicação na saúde, a cada ano, de 2000 a 2004, de forma que em 2004 atinjam os percentuais definidos na EC 29:

ANOS	MUNICÍPIOS	ESTADOS E DF
2000	7,0%	7,0%
2001	8,6%	8,0%
2002	10,2%	9,0%
2003	11,8%	10,0%
2004	15,0%	12,0%

Fonte: CNS (2000)

Dessa forma, são constituídas as fontes de recursos da União, dos estados e dos municípios, a partir dos quais são elaborados os orçamentos para a saúde nessas três esferas de governo.

Todo esse processo de arrecadação e distribuição de recursos, no plano político nem sempre ocorre de maneira transparente. O Orçamento, como você bem definiu, Marconi, trata de dinheiro público e por isso é palco de disputas em todos os níveis da administração pública.

Quando o governo vai distribuir recursos no plano federal, encara a disputa acirrada das diferentes áreas governamentais, cada qual "puxando brasa para sua sardinha", como se diz vulgarmente. Todos acreditam ter direito a um pouco mais, outros invocam suas prioridades, outros fazem uso de sua força política.

Quando a União vai repassar os recursos a estados e municípios, por mais que se queira impor o princípio da descentralização e a lógica da racionalidade, novamente aparecem demandas de ordem política com apelos de mais verbas, para aplicar aqui ou ali. O mesmo processo se repete na hora da transferência de recursos do plano estadual para o municipal. Por fim, no próprio plano municipal ainda aparecem disputas entre as várias prioridades de diferentes segmentos previstas no Plano de Saúde, todos acreditando ter direito a uma destinação maior de recursos e invocando privilégios.

Essas situações todas, em todos os níveis, como se sabe, são atravessadas por interesses partidários e pessoais. Por tudo isso, é muito comum que verbas esperadas "emagreçam" e até desapareçam nos caminhos burocráticos e administrativos que têm que percorrer.

Como o dinheiro destinado à saúde no Brasil é, cada vez mais, insuficiente para atender às crescentes demandas da população, é missão dos Conselhos de Saúde de todas as esferas participar ativamente do acompanhamento e da vigilância do processo orçamentário, em todos os níveis, controlando possíveis distorções e apresentando denúncias (ao Ministério Público e ao Legislativo) quando isso se fizer necessário. Uma das funções do Conselheiro será exigir que os recursos financeiros

da saúde, nos três níveis de governo, sejam de fato colocados no Fundo de Saúde. Além disso, ele deverá exigir que o gestor do SUS em cada esfera de governo apresente, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente, uma prestação de contas contendo dados sobre os recursos recebidos e os gastos efetuados (art. 12 da Lei Federal nº 8.689, de 27 de julho de 1993).

É sua missão, Marconi, você que é um Coordenador de Conselho de Saúde comprometido com o controle social, transmitir com paciência e em tempo hábil as informações de que os Conselheiros precisam, e ajudá-los, usando sua larga experiência, a desempenhar o papel fundamental de controlar os usos e abusos do dinheiro do povo.

E lembre-se, Marconi: é com o esforço de todos que se conseguirá construir, na realidade, o Controle Social do SUS e com isso legitimar todo o trabalho dos que administram a saúde no Brasil.

❖ OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 *O Conselho de Saúde de Novo Milênio aprovou a meta de reduzir a mortalidade infantil de 71 para 51/1.000 nascidos vivos. Dentre outras medidas, o Plano Municipal de Saúde prevê a destinação orçamentária de 500 mil reais para a construção de unidades para assistência a recém-nascidos de risco. Apesar do apoio do secretário de Saúde, o orçamento anexo ao plano sofreu modificações. Nas negociações finais entre os secretários do governo e o prefeito, representando uma coalizão de diferentes partidos políticos, a proposta orçamentária encaminhada à Câmara dos Vereadores não contemplou, para a saúde, os recursos no montante previsto pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, de, no mínimo, 7% em 2001. Em decorrência desta decisão final do prefeito, não será possível construir o berçário, a menos que se comprometa boa parte dos recursos orçados para as demais ações de saúde.*

O prefeito, por sua vez, encaminhou proposta orçamentária constante do Plano à Câmara de Vereadores. Sabe-se que, uma vez examinada pelo Poder Legislativo, a proposta orçamentária pode ser alterada e emendada. Foi o que aconteceu no caso, quando a maioria dos vereadores, procurando atender aos seus interesses eleitorais, resolveu incluir no orçamento a compra de mais duas ambulâncias e de caixões fúnebres, obrigando a Secretaria de Saúde a revisar o orçamento, suprimindo os recursos destinados à aquisição de novos equipamentos para o centro cirúrgico do hospital municipal.

O secretário de Saúde, como os demais secretários, tem a possibilidade assegurada pela Lei de Diretrizes Orçamentárias de modificar até um certo percentual a destinação de recursos orçados, sem submeter essa decisão novamente à apreciação da Câmara dos Vereadores. Neste ano, o secretário decidiu adquirir um tomógrafo computadorizado para o hospital municipal, remanejando a verba destinada à compra do aparelho de raios X, do ecógrafo e de outros equipamentos para a rede de saúde sem discutir com o Conselho de Saúde. Deve-se ressaltar que a aquisição do tomógrafo não constava do Quadro de Metas a ser cumprido no corrente ano.

PARA PENSAR

- ❖ Você já participou, no seu Conselho, de alguma discussão sobre o Orçamento?
- ❖ O Conselho de Saúde pode tomar alguma medida quando a Secretaria deixa de cumprir as metas, em função de mudanças aleatórias no Orçamento? Quais?
- ❖ Quando o Orçamento vai para o Legislativo, os Conselheiros costumam acompanhar as votações?
- ❖ O que fazer quando a Câmara de Vereadores tenta alterar o orçamento aprovado pelo Conselho de Saúde?

2 *O Orçamento, aqui, até chega no Conselho, mas eles mandam com uma semana para devolver para a Câmara de Vereadores. O orçamento é cheio daqueles códigos. É muito difícil decodificar toda aquela parte. A gente não tem o auxílio individual de qualquer técnico que possa fazer isso. Eles mandam uma planilha de cálculos, só em códigos, você é que tem que se virar para entender, e sempre com a menção “você não pode fazer proposta para recursos humanos”, “você não pode fazer proposta para construção e ampliação”. Sempre tem essas ressalvas, essas indicações feitas pelo próprio secretário municipal, que diz que não tem verba e que não tem estrutura. Sempre o orçamento é menor do que no ano anterior. Então, se você se esforça e faz alguma contraproposta, porque o que eles mandam você acha uma coisa vergonhosa, é assim: daqui a uma semana tem que devolver porque tem que dar entrada na Câmara, para votação. Você não tem tempo hábil para fazer a contraproposta, e quando você faz um milagre, chega na mão do prefeito e ele diz que as propostas são inexecutáveis.*

Depoimento de representante dos usuários,
município de médio porte.

PARA PENSAR

- ❖ Você sente dificuldade para ler o Orçamento do Plano de Saúde do seu município?
- ❖ Você já apresentou alguma proposta de alteração ao Orçamento?
- ❖ Você discute com as pessoas que compõem o segmento que você representa as propostas que deverão ser incluídas no orçamento?

3 *Na periferia de um município de grande porte, uma Conselheira de Saúde contou a história seguinte: “Certa vez veio ao Brasil e foi lá no meu Conselho um grupo dos Estados Unidos, de uma ONG internacional, querendo doar uma verba para com-*

bater tuberculose. Era um dinheiro muito grande, e nós falamos da existência de muitos casos ali, nos bairros da periferia. Eles ficaram de fazer contato com a Secretaria de Saúde. Esse dinheiro nunca chegou, e a gente nunca mais ouviu falar dele. Porque essas coisas de verba, aqui, são muito nubladas, a gente nunca consegue alcançar direito. E isto me angustia muito.”

História de uma representante de usuários em município de médio porte.

PARA PENSAR

- ❖ Você acha que caberia ao Conselho de Saúde encaminhar e acompanhar os contatos entre doadores possíveis e a Secretaria?
- ❖ De que forma isso poderia ter sido articulado?
- ❖ Recursos provenientes de outras fontes, que não as governamentais, como devem ser administrados?

❖ AGORA VOCÊ JÁ SABE

O Orçamento Público é a previsão de receitas e despesas no período de um ano.

O dinheiro público é dinheiro do povo. Cabe aos governos arrecadar esse dinheiro em suas fontes e distribuí-lo de acordo com o previsto nas LDOs e LOAs.

É função dos Conselhos de Saúde acompanhar todo o processo orçamentário e apresentar contrapropostas quando julgar necessário.



COISAS QUE VOCÊ PRECISA SABER

ORÇAMENTO

A palavra **orçamento** é conhecida da maior parte da população e é muito usada no dia-a-dia das pessoas. Expressões como "orçamento do governo", "orçamento da prefeitura" e "orçamento doméstico" fazem parte, com frequência, das rodas de conversas entre membros de famílias, amigos, estudantes, dirigentes sindicais, diretores de empresas e chefes de órgãos públicos.

Para uma família adquirir um bem – comprar roupas, alimentos, remédios, bicicleta, lâmpadas – ou fazer um serviço – reformar a cozinha, construir um banheiro ou consertar o telhado – ela necessita saber quanto vai custar e se o dinheiro que ganha dá para comprar o bem ou fazer o serviço.

Com relação aos órgãos públicos – prefeitura, governo estadual, governo federal, câmara municipal, câmara legislativa, Congresso Nacional e órgãos do Poder Judiciário – acontece da mesma forma.

A isso se dá o nome de **orçamento**, que significa o levantamento da necessidade, quanto vai custar e de onde vem o dinheiro para atender a essa necessidade. Assim, todo orçamento é constituído de receitas (os recursos) e despesas (os gastos). No serviço público, chama-se **orçamento público**.

Podemos, então, definir **orçamento** como uma simulação que visa refletir a receita e a despesa relativas a uma determinada ação. Quer dizer, se ocorrerem determinadas receitas (ingressos de recursos), pode-se fazer determinadas despesas (gastos, realização de obras, contratação de pessoas, compra de remédios).

Para melhor compreensão dos Conselheiros de Saúde, será apresentado, a seguir, um quadro comparativo entre um orçamento doméstico e um orçamento público.

ORÇAMENTO DOMÉSTICO	ORÇAMENTO PÚBLICO
RECEITAS ➤ SALÁRIOS ➤ TRABALHO INFORMAL (BICO) ➤ APOSENTADORIAS ➤ EMPRÉSTIMO BANCÁRIO ➤ CHEQUE ESPECIAL ➤ ALUGUÉIS DE PATRIMÔNIO ➤ PRESTAÇÃO DE SERVIÇO (AUTÔNOMO)	RECEITAS ➤ RECEITA TRIBUTÁRIA (IMPOSTOS, TAXAS) ➤ RECEITAS PATRIMONIAIS (APLICAÇÕES) ➤ OPERAÇÕES DE CRÉDITO (EMPRÉSTIMOS) ➤ RECEITAS DE CONVÊNIOS ➤ TRANSFERÊNCIAS DO ESTADO, DA UNIÃO
DESPESAS ➤ PESSOAL (GASTOS PESSOAIS, SALÁRIO DE EMPREGADO DOMÉSTICO) ➤ CUSTEIO (MANTIMENTOS, ALUGUEL, EDUCAÇÃO, DENTISTA, CONTAS DE LUZ, ÁGUA E TELEFONE ETC) ➤ MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO (MATERIAL DE LIMPEZA, CONDOMÍNIO, VESTUÁRIO, SUBSTITUIÇÃO DE PEÇAS DE ELETRODOMÉSTICOS, LÂMPADAS) ➤ INVESTIMENTOS (COMPRA DE TELEVISÃO, GELADEIRA, FERRO DE PASSAR ROUPA, CARROÇA) ➤ DESPESAS COM AMORTIZAÇÃO DE DÍVIDAS E PAGAMENTOS DE JUROS (PRESTAÇÃO DA CASA PRÓPRIA, JUROS DE CHEQUE ESPECIAL, EMPRÉSTIMO BANCÁRIO)	DESPESAS ➤ PESSOAL (PAGAMENTO DE SALÁRIOS, ENCARGOS SOCIAIS, APOSENTADORIAS E PENSÕES DE FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS E DEPENDENTES, HORAS EXTRAS, GRATIFICAÇÕES) ➤ CUSTEIO (MATERIAL DE EXPEDIENTE, COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES, MEDICAMENTOS, FILMES PARA RX) ➤ MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO (PAGAMENTOS DE LUZ, TELEFONE, ÁGUA, LIMPEZA, SEGURANÇA) ➤ INVESTIMENTOS (OBRAS E INSTALAÇÕES, AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIO, PINÇAS, CAMAS, BERÇOS) ➤ DESPESAS COM AMORTIZAÇÃO DE DÍVIDAS E PAGAMENTOS DE JUROS (EMPRÉSTIMOS BANCÁRIOS, EMPRÉSTIMOS DE ORGANISMOS INTERNACIONAIS)

No exemplo apresentado, observa-se que há semelhança entre os dois orçamentos. Entretanto, a sua forma de construção, que é chamada de “Processo Orçamentário” e tem vários momentos de elaboração, é bem diferente.

Para exercer com qualidade e responsabilidade o controle social, é preciso que cada membro do Conselho de Saúde conheça os vários momentos do processo orçamentário no setor público, aí incluído o setor saúde. E é sobre isto que se tratará a seguir. O processo orçamentário no setor público é constituído de momentos a serem observados pelos governantes:

1º MOMENTO

Elaboração, discussão e aprovação do Plano Plurianual-PPA: a proposta de PPA é encaminhada até o dia 31 de agosto do primeiro ano de cada mandato pelo chefe do Poder Executivo (prefeito, governador e presidente da República) ao Poder Legislativo correspondente (Câmara de Vereadores, Assembleia Legislativa e Congresso Nacional). A execução do PPA inicia-se no segundo ano do mandato do prefeito, governador ou presidente da República e encerra-se no primeiro ano do mandato subsequente. O PPA define as grandes linhas de governo;

2º MOMENTO

Elaboração, discussão e aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO: a proposta de LDO é encaminhada todo ano pelo chefe do Poder Executivo ao Poder Legislativo correspondente e vale para o ano seguinte. A LDO é o detalhamento do PPA;

3º MOMENTO

Elaboração da proposta orçamentária para o ano seguinte, com base nas regras definidas na LDO: a proposta orçamentária é elaborada pelos órgãos setoriais que compõem cada governo, é consolidada pelo setor de planejamento e encaminhada pelo chefe do Poder Executivo ao respectivo Poder Legislativo;

4º MOMENTO

Discussão da proposta orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo, apresentação de emendas e aprovação pelos parlamentares, de projeto de lei orçamentária;

5º MOMENTO

Sanção, pelo chefe do Poder Executivo correspondente, da Lei Orçamentária Anual-LOA, contendo o orçamento dos órgãos públicos daquela respectiva esfera de governo para o ano seguinte. A sanção da LOA pelo chefe do Poder Executivo pode se dar sem vetos ou com vetos, sendo que, em caso de veto, cabe ao Poder Legislativo correspondente apreciá-lo, mantê-lo ou derrubá-lo;

6º MOMENTO

Execução, por parte dos órgãos públicos, do orçamento aprovado;

7º MOMENTO

Prestação de contas, por parte dos dirigentes dos órgãos públicos, da execução orçamentária sob sua responsabilidade às instâncias de controle social (Tribunal de Contas, Poder Legislativo, Conselho de Saúde, outros conselhos etc.).

Observa-se, assim, que o processo orçamentário no setor público é mais complexo, mas não menos importante, do que aquele do setor privado (empresas, famílias, sindicatos, associações, ONGs):

- ❖ Ele obedece a algumas regras que têm que ser cumpridas – aprovação do Plano Plurianual-PPA, válido por quatro anos; aprovação, todo ano, da Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO, válida para o ano seguinte; aprovação, todo ano, da Lei Orçamentária Anual-LOA, válida também para o ano seguinte; execução orçamentária de acordo com a LOA e prestação de contas da execução orçamentária às instâncias de controle social.
- ❖ Ele envolve vários atores com diferentes interesses e exige, portanto, um amplo processo de discussão e negociação.
- ❖ A participação popular e o controle social podem se dar em todos os momentos do processo orçamentário e exigirão estratégias distintas para obtenção dos resultados pretendidos.
- ❖ Nenhum ator ou órgão envolvido no processo orçamentário deve, em princípio, ser considerado mais ou menos importante que o outro; todos são importantes e defendem interesses considerados por eles legítimos na perspectiva de cada segmento social ali representado e devem ser levados em consideração no processo de negociações.

Como já se viu, o processo orçamentário do setor público é complexo, depende de leis aprovadas nas respectivas casas legislativas, envolve vários atores com interesses muitas vezes distintos, define como será a aplicação dos recursos públicos e, conseqüentemente, as prioridades em cada esfera de governo. Logo, todos os momentos de sua construção são importantes, mas dois se destacam como importantíssimos:

- ❖ A elaboração da proposta orçamentária pelos órgãos do Poder Executivo;
- ❖ A análise, a apresentação de emendas e a votação da proposta orçamentária pelo Poder Legislativo.

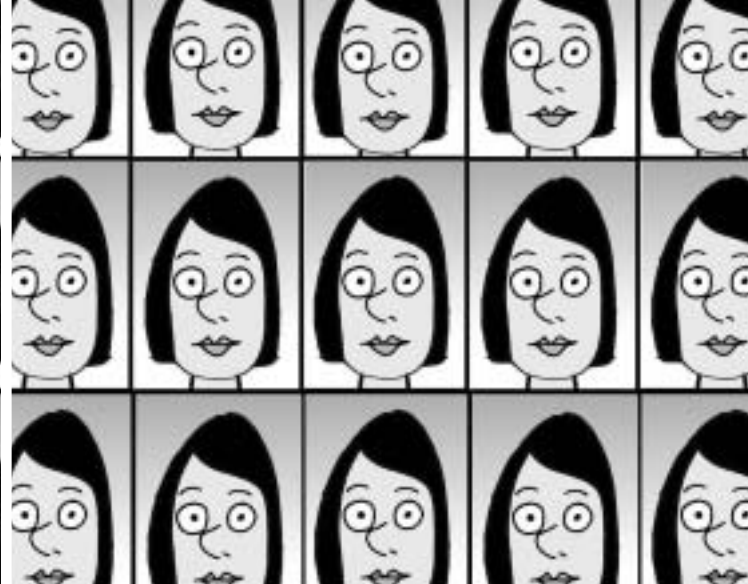
Pode-se, agora, definir **orçamento público** como um instrumento que expressa as políticas, as prioridades, os programas de operações do governo e os meios de seu financiamento, para um período de tempo definido, denominado exercício financeiro, que vai de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

Orçamento público é, assim, uma peça autorizadora, isto é, se ocorrerem determinadas receitas (ingresso de recursos, arrecadação), fica o Poder Executivo autorizado a fazer determinadas despesas (gastos, realização de obras, contratação de serviços, compra de medicamentos etc.).

Tradicionalmente, a proposta orçamentária é feita por técnicos dos órgãos que compõem os governos e são analisadas e alteradas por pequeno grupo de parlamentares. A justificativa para essa prática é sempre a mesma: "por se tratar o orçamento de uma peça técnica, ela só pode ser elaborada e analisada por técnicos altamente especializados". Essa "tradição" tem contribuído para que os orçamentos sejam desconhecidos da maioria da população e não expressem os reais interesses daqueles que deveriam ser os mais beneficiados: o povo.

Numa perspectiva mais ampla de luta pela democratização do Estado, experiências de criação de mecanismos de participação dos cidadãos na definição das políticas públicas e do orçamento vêm sendo bem-sucedidas em vários municípios e estados brasileiros. Esse movimento, que se tem chamado de "orçamento participativo", está se constituindo como uma nova forma de relação entre governo e comunidade, exige postura que privilegia a transparência nas aplicações dos recursos públicos e na capacidade de ouvir e respeitar as propostas e prioridades que atendam aos interesses e às decisões populares.

Cabe à sociedade civil organizada consolidar esses movimentos ou buscar outras formas de assegurar mais controle e transparência sobre a aplicação dos recursos públicos que, na essência, são do público e não dos governos, dos parlamentares ou de grupos privados.



CAPÍTULO 7

O CONTROLE DAS POLÍTICAS E
AÇÕES DO SUS: MECANISMOS
DE ACOMPANHAMENTO,
AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

A história de Aracy







Administrar uma Secretaria de Saúde e assegurar atendimento resolutivo, de qualidade e humanizado representa um grande desafio para qualquer gestor, principalmente quando se tem unidades complexas como um hospital-maternidade do SUS, que precisa ser organizado e funcionar observando os princípios e as diretrizes definidas na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde e que representam direitos e conquistas do povo brasileiro.

Mesmo assim você deve se sentir orgulhosa, pois sua função de gestora do SUS é de grande significado para milhares de pessoas, inclusive para mães e crianças que todos os meses freqüentam as unidades de saúde, em especial o hospital, e recebem a atenção e o carinho de todos os trabalhadores da saúde.

Acumular, ainda, a função de Conselheira de Saúde é um esforço para lá de louvável, Aracy, e os méritos desse acúmulo de tarefas você talvez nem consiga avaliar.

Um gestor – ou gestora, como é o seu caso – precisa conhecer bem as políticas de saúde que devem ser postas em prática no seu município. Precisa ter claro o papel que a Secretaria que administra desempenha na implantação do SUS e, também, conhecer muito bem o funcionamento das unidades que integram a Secretaria de Saúde, assim como a população que faz uso delas. Todos esses dados reunidos constituem a possibilidade de uma abordagem privilegiada, porque possibilita a você uma visão de vários ângulos, quando se trata de fazer propostas ou de fiscalizar a execução das ações, tarefa essa desempenhada também pelos Conselheiros representantes dos outros segmentos que compõem os Conselhos de Saúde.

Você não acha que os relatórios mensais que tem que produzir, essa “papelada” que dá tanto trabalho, acabam ajudando-a a pensar no que está acontecendo e a avaliar as ações que estão sendo desenvolvidas em nome da saúde pública municipal?

Os relatórios mensais das diversas unidades de saúde servem de base para o Relatório de Gestão que as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde são obrigadas a apresentar anualmente, para depois, se necessário, reformular o Plano de Saúde no ano seguinte.

O Relatório de Gestão é um documento produzido por técnicos das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde e referenciado pelas Comissões Intergestores (Comissão Intergestores Bipartite Estadual-CIB e Comissão Intergestores Tripartite Nacional-CIT), no qual estão sistematizadas informações sobre o cumprimento das metas definidas nos Planos de Saúde e pelo qual são divulgados a análise e os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou o não-cumprimento de determinada meta.

A responsabilidade pela elaboração anual do Relatório de Gestão é das Secretarias de Saúde. Uma vez elaborado, ele é submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde. Se aprovado, é encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde, à Comissão Intergestores bipartite e ao Ministério Público. A Secretaria Estadual de Saúde analisa e consolida os Relatórios de Gestão de todos os municípios e os encaminha ao Ministério da Saúde (de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 548, de 12 de abril de 2001).

Os prazos para que os gestores municipais, estaduais e federal elaborem os Relatórios de Gestão são, respectivamente, janeiro, fevereiro e março do ano seguinte àquele em que as ações foram implementadas.

Assim, o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, relativo às atividades do ano de 2001, deve ser elaborado e analisado pelo Conselho Municipal de Saúde até janeiro de 2002, o da Secretaria Estadual de Saúde até fevereiro de 2002 e o do Ministério da Saúde até março de 2002.

Cabe aos Conselhos verificar a execução das metas previstas no Plano de Saúde, comparando os indicadores constantes no Relatório de Gestão com os do Quadro de Metas do Plano, e o que é mais importante: avaliar se as ações desenvolvidas pela Secretaria ou pelo Ministério da Saúde estão beneficiando os cidadãos e melhoram a saúde da população. Outra coisa importante é ver se os recursos gastos foram bem aplicados ou poderiam ter sido usados de forma melhor.

Você e outros Conselheiros, Aracy, sabem que durante a execução de um Plano de Saúde podem existir interesses contrariados, quer sejam de Conselheiros de Saúde ou de pessoas dos segmentos ali representados. Isto poderá gerar conflitos, principalmente entre interesses públicos e privados, favorecimentos ou mesmo resultados de algumas ações clientelistas.

Essas questões não aparecem explicitamente nos Relatórios de Gestão, mas são elas que, na maioria das vezes, desviam os Planos de Saúde de seus rumos e contribuem para o não-cumprimento das metas. Por outro lado, também um Plano bem intencionado, mas malfeito, mostra-se inviável no momento de sua execução. O Relatório de Gestão, para ser aprovado pelo Conselho de Saúde, deve dispor de justificativas claras e bem fundamentadas que expliquem todas as situações que exigiram o afastamento da proposta original.

Para analisar o Relatório de Gestão, os Conselheiros, além de conhecerem bem o Plano de Saúde com o Quadro de Metas e o Orçamento, necessitam ter acompanhado de perto as ações que envolveram obras, aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e todas as outras que demandaram cuidados especiais.

Como você sabe, Aracy, algumas vezes o Relatório de Gestão pode ficar tão complexo que é preciso uma análise mais detalhada e emissão de pareceres feitos por um grupo técnico do Conselho de Saúde.

Pode ocorrer, também, que seja necessária a convocação de técnicos do setor de planejamento da Secretaria, que geralmente é o responsável pela elaboração do

Relatório, ou de outros setores, para prestarem esclarecimentos aos Conselheiros.

É a partir desse conjunto de procedimentos que os Conselheiros de Saúde poderão ou não aprovar o Relatório de Gestão, antes que ele seja enviado à Secretaria Municipal de Saúde, ao Ministério da Saúde, às Comissões Intergestores e ao Ministério Público, bem como ao Tribunal de Contas, neste caso junto com a Prestação de Contas.

É preciso lembrar que, embora o Relatório de Gestão contenha a prestação de contas, o acompanhamento orçamentário-financeiro é realizado por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. O SIOPS é um sistema que organiza as informações financeiras da saúde – receitas e despesas – dos três níveis de governo, permitindo maior transparência da execução orçamentária no setor.

Vale ressaltar que a Prestação de Contas encaminhada ao Tribunal de Contas reúne os comprovantes de pagamentos e despesas como notas fiscais, recibos e outras modalidades de documentos que comprovam o desembolso dos recursos financeiros.

A grande importância do Relatório de Gestão – você sabe bem disso, Aracy – é que ele estabelece a correlação entre as metas (o que fazer), os resultados alcançados e a aplicação de recursos e destina-se à divulgação correta das informações sobre saúde no município/estado e sobre a atuação dos gestores do SUS.

Quando você, Aracy, preenche e elabora seus relatórios mensais, sabe que, em última análise, o que eles atestam é a competência da gestão e a lisura com que é tratado o dinheiro público. Sabe, também, que esses requisitos serão avaliados por seus superiores imediatos.

Pode-se imaginar a sua dificuldade em controlar os gastos sempre crescentes, muitas vezes superfaturados, dos serviços prestados por terceiros (alimentação, limpeza e outros) ou na compra de equipamentos e medicamentos. Essa preocupação atesta uma gestão comprometida com o interesse público, uma vez que os conflitos provocados por situações irregulares desviam a atenção das prioridades no processo de atendimento à saúde da população.

O que se espera de você, Aracy, profissional consciente dos vários papéis que desempenha, é que possa alertar seus companheiros Conselheiros para prestarem bastante atenção no Relatório de Gestão, estudando-o a partir da visão global que devem ter adquirido na elaboração e no acompanhamento da execução do Plano de Saúde.

Dessa forma, será possível compreender a necessidade da criação de uma rotina para o acompanhamento das políticas de saúde, despindo-as de seu caráter de “obras de ficção”, e transformando em realidade a implantação do SUS, dentro dos princípios em que ele foi concebido e regulamentado.

Os Conselhos de Saúde contam com Conselheiros como você, Aracy, para abreviar e legitimar essa tarefa.

❖ OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

1 *O Conselho Municipal de Saúde de Novo Milênio aprovou o Plano de Saúde encaminhado pela Secretaria. Dentre os vários objetivos, o Conselho priorizou o de reduzir a mortalidade materna.*

Uma das metas propostas era a de contratar médicos generalistas para as equipes do Programa de Saúde da Família, ampliando com isso a oferta de consultas de pré-natal. O número de consultas deveria ser, no mínimo, seis por gestante. Com isso, tratava-se de implantar 10 equipes do PSF, cada qual com um médico. A Prefeitura lançou edital para seleção de profissionais de saúde, inclusive médicos. Não houve inscrição de nenhum médico do município no concurso. Descobriu-se que os médicos da cidade, a maioria especialistas, não se dispunham a trabalhar como generalistas. A meta foi parcialmente cumprida, com a adesão de médicos de outros municípios.

A outra meta era a de ampliar o número de leitos obstétricos, garantindo mais vagas às parturientes. O processo de licitação da obra foi encaminhado, mas a Justiça concedeu liminar a um concorrente eliminado que alegou privilégio para o vencedor. A obra não teve início e o processo está sub judice. As razões alegadas pelo concorrente, de acordo com as informações prestadas pela assessoria jurídica da Prefeitura, não tinham fundamento. O prefeito entrou com recurso contra a liminar, mas há prazos processuais que podem ser cumpridos com extrema lentidão.

Essas informações foram dadas pelo secretário, com base no indicado no Relatório de Gestão.

PARA PENSAR

- ❖ Você acredita que as justificativas da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Milênio são fortes o bastante para explicar o descumprimento das metas?
- ❖ Como você avalia os problemas que dificultaram a implementação do Plano?
- ❖ O Ministério Público poderá ser acionado para ajudar a resolver esses problemas?
- ❖ No seu município, já aconteceu algum tipo de situação em que interesses divergentes tenham impedido a realização de alguma proposta do Plano de Saúde?

2 *O Relatório de Gestão não chega com facilidade ao Conselho de Saúde todo ano, não. Ele aparece mais quando está próxima uma Conferência de Saúde, porque, para levantar propostas para a Conferência, você precisa saber o que está sendo feito ou quando é ano de eleição. A gente tem até comentado, lá no Conselho, que o*

Relatório é uma coisa que a gente não dá muita atenção, não sei se dá preguiça de ler, ou se as pessoas não acham importante. Eu acho que o Conselho devia cobrar um Relatório a cada ano, que a Secretaria de Saúde mandasse ele pro Conselho, mas a gente não faz isso, quer dizer, tem pouca gente que pensa nisso. Porque dá trabalho, lá isso dá. Agora, quando fica próximo de uma Conferência, todo mundo quer ir. Aí fica mais atento a isso, exige mais. Tem que saber o que foi feito.

Depoimento de um Conselheiro, representante de usuários, município de médio porte.

PARA PENSAR

- ❖ O seu Conselho recebe todo ano o Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde para ser avaliado e aprovado?
- ❖ Os Conselheiros costumam comentar o Relatório nas plenárias do Conselho?
- ❖ Alguma vez compareceu no Conselho algum técnico da Secretaria de Saúde para explicar melhor o conteúdo do Relatório?
- ❖ Já houve algum caso em que o Relatório foi criticado ou recusado? Que fez a SMS diante disso?

3 *Lá no município, o povo do Conselho é melhor pra descobrir os problemas de saúde do que pra acompanhar o que é que a Secretaria faz com eles. Lá na cidade, tem rádio, jornal e tem um jornal que passa todo dia na TV local. Então, muita coisa a gente até informa pra esses meios de comunicação, até consegue reportagens, mas a gente ainda não se habituou a acompanhar o que é que a Secretaria vai fazer para acabar com eles. A gente não tem muito acesso direto ao Secretário, só através da secretária-executiva do Conselho, a D. Filomena. E a gente se acostumou a só reclamar quando o caso é muito escandaloso. Os Planos e Relatórios... também tem vez que chegam. E a gente não corre atrás. Agora, quando tem que aprovar contas, aí o próprio secretário se interessa e manda coisas para o Conselho avaliar, esperando sempre que a gente diga sim. Eu acho que se a gente acompanhasse as coisas mais de perto, podíamos fiscalizar melhor. Porque esses documentos, quando aparecem, são complicados, e eu acho que podem estar mentindo à vontade, que a gente não percebe, quer dizer, não tem ninguém que grite contra. O prefeito é bom sujeito, o secretário é novo no município, e por isso, quando se trata de dinheiro, a gente não confia muito nele. Acho que os Conselheiros do meu Conselho ainda têm que aprender o que podem e o que não podem fazer.*

PARA PENSAR

- ❖ O seu Conselho sabe o que pode fazer para fiscalizar as ações da Secretaria de Saúde?

- ❖ O que você imagina que poderia ser feito para que os Conselheiros acompanhassem e fiscalizassem as ações da Secretaria de Saúde?
- ❖ Você, pessoalmente, sabe analisar um Relatório de Gestão?

❖ AGORA VOCÊ JÁ SABE

O Relatório de Gestão é um documento produzido por técnicos das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde e referendado pela Comissão Intergestores, no qual estão sistematizadas informações sobre o cumprimento das metas definidas no Plano de Saúde e pelo qual são divulgados a análise e os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou o não-cumprimento de determinada meta.

Os Conselhos de Saúde devem receber dos Gestores os Relatórios de Gestão relativos às ações implementadas no ano imediatamente anterior nos seguintes prazos: Conselho Municipal de Saúde: mês de janeiro; Conselho Estadual de Saúde: mês de fevereiro; Conselho Nacional de Saúde: mês de março.

É a análise do Relatório de Gestão que pode indicar a necessidade de reformulação anual do Plano de Saúde.

Cabe aos Conselhos Municipais de Saúde ler, analisar e aprovar ou não o Relatório de Gestão, antes que ele seja enviado à Secretaria Estadual de Saúde, ao Ministério Público e ao Tribunal de Contas.

Da mesma forma, cabe ao Conselho Estadual ler, analisar e aprovar ou não o Relatório de Gestão elaborado pelo gestor estadual, bem como consolidar os Relatórios Municipais antes de encaminhá-los todos ao Ministério da Saúde.

Prestação de Contas é a comprovação das despesas realizadas de acordo com o plano de saúde, com as metas previstas.

COISAS QUE VOCÊ PRECISA SABER

SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

O QUE É O SIOPS?

O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – é um importante instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde-SUS para municípios, estados e União.

Idealizado e implementado, desde 1999, pelo Ministério da Saúde, o SIOPS organiza e coleta informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo.

Essas informações permitem análises sobre o perfil do gasto com ações e serviços públicos de saúde nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal.

QUAL O OBJETIVO DO SIOPS?

Possibilitar, por meio da coleta permanente, o gerenciamento e a consolidação de informações padronizadas, possibilitando:

-  melhor planejamento, gestão e avaliação dos gastos públicos em saúde;
-  o fortalecimento do controle social sobre financiamento e gastos em saúde;
-  o dimensionamento da participação das diferentes esferas de governo no financiamento da saúde;
-  o acompanhamento da implantação dos dispositivos da Emenda Constitucional nº 29/2000 e o seu cumprimento por parte de cada esfera de governo;
-  a elaboração das Contas Nacionais de Saúde.

COMO FUNCIONA O SIOPS?

Para preenchimento dos dados, deve-se acessar o site do Datasus – www.datasus.gov.br – e clicar em “Produtos e Serviços” e “SIOPS”. O sistema e seu manual estão disponíveis para *download*. O sistema de coleta de dados é informatizado, permanentemente atualizado e aperfeiçoado para possibilitar maior agilidade no preenchimento dos formulários, transmissão dos dados e no cálculo de indicadores gerados após as verificações automáticas das informações.

QUAIS OS INDICADORES FORNECIDOS PELO SIOPS?

Entre os indicadores fornecidos pelo Sistema estão:

- ❖ gasto com saúde *per capita*;
- ❖ receita aplicada em saúde;
- ❖ relação entre recursos transferidos e recursos próprios aplicados em saúde;
- ❖ gastos com custeio, investimento e pessoal na área de saúde.



CAPÍTULO 8

**AGENDA DOS CONSELHOS
DE SAÚDE**





**POR UM ATENDIMENTO
MELHOR NO SUS**



TODOS OS CONSELHEIROS DE SAÚDE TÊM
MUITO O QUE FAZER PELA MELHORIA DA
SAÚDE E PELA CONSTRUÇÃO DO SUS EM
TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

Até aqui, foram ouvidas as palavras de vários Conselheiros, representantes de diferentes segmentos da população e apresentados vários assuntos. É chegada a hora de cada Conselheiro refletir sobre o Conselho de Saúde de que faz parte. A partir da experiência de vida de cada um e de tudo que foi dito neste Guia, espera-se ter contribuído para que você continue atuando no seu Conselho, tornando-o mais visível, mais atuante e mais eficaz como instrumento de controle social.

Deve ter ficado claro para todos que não há como exercer a função de Conselheiro de Saúde se não houver conhecimento da realidade de cada município ou estado, e dos problemas que colocam em risco a saúde da população ou dos serviços que não atendem de forma adequada essa mesma população. Esse conhecimento tem que ser mantido, ampliado e realimentado, no contato permanente com as bases que o Conselheiro representa e na interlocução permanente com os demais Conselheiros, representantes de segmentos diferentes e, portanto, porta-vozes de outras demandas.

O Conselheiro já terá compreendido, também, o processo pelo qual se constroem políticas públicas, em especial a política de saúde, em resposta às prioridades detectadas e apontadas pela própria população. Terá percebido também que várias situações que podem determinar que uma pessoa tenha mais ou menos saúde não são resolvidas pela política de saúde, o que o conduzirá à luta pela busca de outras políticas públicas intersetoriais, formuladas nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), agora com a compreensão de que ter saúde não é somente a ausência de doenças, mas, principalmente, a garantia da satisfação de necessidades básicas indispensáveis à vida como alimentação, emprego e renda, moradia digna, educação de qualidade, pública e gratuita, lazer, cultura, saneamento básico, meio ambiente saudável, transporte adequado e barato, condições de trabalho livres de riscos de acidentes e doenças e acesso a serviços de saúde de qualidade e humanizados.

Influir na formulação dessas políticas e acompanhar de perto sua implantação, fiscalizando ações, obras e gastos, são tarefas do Conselheiro de Saúde e do cidadão consciente e preparado para exercer suas funções deliberativa, fiscalizadora e avaliadora.

O Conselheiro já sabe que, por conta desses papéis que deverá desempenhar, impõe-se a necessidade da participação no processo de planejamento em saúde, interferindo propositivamente na construção da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, Quadro de Metas e na elaboração do Orçamento da saúde, além de analisar e avaliar o Relatório de Gestão e acompanhar a execução das ações definidas no Plano de Saúde.

Como esses documentos explicitam o que a administração pública pretende realizar ou realizou no sentido de atender aos problemas relacionados na Agenda, assim

como os recursos de que dispõe para esses fins, eles constituem instrumentos para serem utilizados pelos Conselheiros no exercício do controle social.

A análise do Relatório de Gestão, como a Prestação de Contas, é igualmente importante, porque dá conta do que foi realizado, do que não foi e por que não foi. Dá ao Conselheiro a oportunidade de avaliar justificativas e de participar do processo de acompanhamento da execução do Plano de Saúde aprovado.

Familiarizar-se com esses documentos é parte das habilidades técnicas que o Conselheiro precisa adquirir, para o exercício de sua função.

Ser Conselheiro de Saúde é, antes de tudo, uma função política, e isso o Conselheiro já deve ter percebido. Ele não pode deixar de prestar atenção aos conflitos que se armam e que acompanham todas as etapas da sua tarefa, obrigando-o a agir com habilidade, paciência e perseverança, para desmontar armadilhas políticas e burocráticas e perseguir negociações, em nome da obtenção de resultados consensuais, que tornarão os Conselhos mais produtivos. Para isso, é forçoso que, muitas vezes, sejam deixados de lado interesses pessoais, interferências partidárias e outras, ainda que legítimas no jogo das forças democráticas. Isso tudo em favor de uma atitude que privilegie o bem-estar da população, que ali está representada. É a esse bem-estar, especialmente no que diz respeito às demandas do segmento de que é representante, que o Conselheiro deve visar, no desempenho rotineiro de sua função.

O Conselheiro não pode ignorar que terá que lutar muito para dar conta de todas as suas obrigações e necessidades. Mais uma vez, aí há de prevalecer o bom senso e o espírito de negociação, permitindo uma partilha de atividades (de acompanhamentos, visitas ou palestras técnicas). Essa partilha deve obedecer às possibilidades de cada Conselheiro de acordo com sua situação pessoal momentânea e ele deve se lembrar de recorrer ao suplente em caso de absoluto impedimento.

Alguns Conselheiros, por estarem aposentados ou porque dispõem de carro próprio, ou por qualquer outra razão, talvez apresentem melhores condições para deslocamentos pelo município. Nada impede que, se desejarem, sejam incumbidos dessa parte, desde que os demais os orientem, discutindo antes cada assunto. A garantia das condições mínimas como passagens, gasolina ou refeição para atuação do Conselheiro é responsabilidade das Secretarias de Saúde, que devem ser cobradas no sentido de assumi-las. Mas, enquanto isso não acontece, os Conselheiros não devem abrir mão de realizar tarefas mais imediatas. Da mesma forma, existem Conselheiros que têm mais facilidade com o manuseio de certos documentos oficiais, cabendo a eles assumir a função de estudá-los e socializar seus conhecimentos com os outros, em reuniões extraordinárias, e até exigir a presença de técnicos da Secretaria de Saúde, para tirar dúvidas, quando isso se fizer necessário.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado no contato com outros órgãos ou com os meios de comunicação para denúncias ou para apuração de notícias. Alguns Conselheiros, com mais facilidade de comunicação, serão os melhores porta-vozes do Conselho e devem se responsabilizar pela tarefa, desde que designados para isso pelo Plenário do Conselho.

O Conselho é, antes de tudo, um colegiado, ou seja, um grupo de pessoas com poderes iguais, mas com características diferentes. É justamente a interlocução entre os Conselheiros e a união de suas forças que podem tornar os Conselhos de Saúde mais visíveis – portanto mais respeitados, mais operantes, mais atuantes e mais resolutivos.

É preciso, também, que haja interlocução entre os diversos Conselhos Municipais, entre estes e os Conselhos Estaduais e até com o Conselho Nacional de Saúde, já que o SUS, como política pública de saúde, é um modelo de atenção à saúde para todo o Brasil, respeitadas as peculiaridades locais e regionais, mas observando sempre os princípios e as diretrizes definidas na Constituição Federal e nas leis regulamentadoras. As Plenárias de Conselhos e as Conferências de Saúde já constituem momentos importantes dessa articulação. Outras formas poderão ser buscadas.

Assim, cabe aos Conselheiros que tiveram a oportunidade de participar do Curso de Capacitação refletir sobre o que sabiam, o que aprenderam e ainda o que precisarão aprender para ajudá-los a desempenhar melhor as suas funções de Conselheiro. Cabe, também, aos que se capacitaram, discutir e definir estratégias que estendam àqueles que não puderam participar do curso a oportunidade de fazê-lo, nos seus respectivos municípios e estados.

A construção de um projeto de educação continuada para possibilitar o aprendizado de novos temas, o aprofundamento de outros e a socialização do aprendizado com os outros Conselheiros titulares, Conselheiros suplentes e com os membros dos Conselhos Locais, Conselhos Gestores, Conselhos Distritais e Conselhos Regionais, constitui mais um desafio para todos na perspectiva do fortalecimento do controle social do SUS.

Para viabilizar tudo isso, é preciso que os Conselhos planejem suas ações através da construção de uma Agenda de Temas Básicos que inclua, além do tema da educação permanente, ou seja, como os Conselheiros poderão atualizar sempre os seus conhecimentos e socializá-los, temas básicos para serem discutidos pelos Conselheiros de Saúde, contemplando assuntos de importância nacional e local e estratégias para instrumentalização e atualização dos Conselheiros.

As recomendações aprovadas no II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado em Brasília, no período de 2 a 4 de junho de 1998, e que fazem parte do Relatório Final, a seguir expostas, mostram a importância da Agenda para os Conselhos de Saúde:

- I A atuação dos Conselhos de Saúde normalmente não inclui uma Agenda de Temas Básicos, o que dificulta sua atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde;
- II Os Conselhos de Saúde devem aprovar uma Agenda de Temas Básicos, levando em conta a pertinência (discussões sobre temas que são atribuições do Conselho), a relevância (temas prioritários e importantes para o Conselho), a tempestividade (é necessário e oportuno discutir o tema neste momento) e a precedência (preservar a ordem das solicitações para discutir o tema);

- III A Agenda de Temas Básicos de discussão deve contemplar um componente nacional uniforme, com assuntos de interesse geral, e um componente local, com assuntos de interesse local definidos pelos próprios Conselheiros de Saúde;
- IV O componente nacional da Agenda de Temas Básicos dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, a exemplo da Agenda de Temas Básicos do Conselho Nacional de Saúde, deve contemplar o acompanhamento, a avaliação e elaboração de propostas sobre:
 - organização da atenção e da gestão na saúde, conforme os princípios do SUS;
 - o financiamento da saúde (as fontes de recursos, os critérios de distribuição, a proposta e a execução orçamentária);
 - as políticas e os programas prioritários do SUS;
 - o cumprimento da legislação na área de saúde;
 - as estruturas do SUS, suas prerrogativas e o controle social;
 - a política de recursos humanos;
 - as estratégias de comunicação com a sociedade;
 - a intersetorialidade da saúde;
 - o envolvimento com outras instâncias de controle social sobre o Estado;
 - as decisões do Conselho de Saúde;
- V O componente local da Agenda de Temas Básicos deve incluir questões a respeito das particularidades de cada estado ou município;
- VI A Agenda dos Conselhos de Saúde deve contemplar, conforme a realidade e a necessidade de cada Conselho de Saúde ou da população local, temas como:
 - organização e funcionamento dos Conselhos;
 - atenção e gestão da saúde;
 - financiamento;
 - recursos humanos;

- e estratégias de informação, educação e comunicação em saúde.

Pode-se citar, para melhor compreensão dos Conselheiros de Saúde, o exemplo da Agenda do Conselho Nacional de Saúde para o ano de 2001, aprovada pelo Plenário daquele Conselho:

TEMAS CENTRAIS PARA AGENDA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – 2001

Pela importância da Conferência Nacional de Saúde como fórum máximo de deliberação política do conjunto dos atores responsáveis pela construção e desenvolvimento do SUS, o CNS considera como norteadoras as Resoluções da XI Conferência, para estabelecer sua Agenda Básica para 2001.

É necessário ressaltar o momento privilegiado do Sistema de Saúde Brasileiro, reconhecendo seus avanços políticos, de gestão, assistencial e de controle social, construindo-se num importante "Processo de reforma setorial impulsionado por um movimento composto de vários atores sociais", e que, este momento, exige do Conselho Nacional de Saúde uma atuação competente, ampla e permanente, capaz de formular a orientação e o acompanhamento do SUS.

Nesse sentido, destaca-se a ausência de um Plano Nacional de Saúde e a necessidade urgente de elaborá-lo para explicitação de sua política, com metas objetivas permitindo o Controle Social.

Por outro lado, destaca-se a necessidade de uma agenda básica composta por áreas temáticas indutoras de avanços e que se constitua no referencial programático e estratégico de implementação e desenvolvimento da política de saúde.

Nesse sentido, propõem-se seis eixos temáticos e alguns subtemas para 2001.

- I Promoção da Saúde – Políticas públicas intersetoriais efetivas no âmbito do Sistema Único de Saúde, com destaque para a questão de segurança alimentar, saneamento, água e ecossistema e risco sanitário de projetos de desenvolvimento, Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena.
- II Modelo de Atenção e de Gestão – Atenção básica como estruturante do modelo (integralidade, universalidade, equidade); Regionalização (Acompanhamento da NOAS-SUS); insumos básicos (tecnologia e medicamentos); instrumentos de gestão (sistemas de informação, Cartão SUS), reafirmação, qualificação e otimização da gestão pública do SUS; Relação e alianças objetivas com os espaços do controle social.
- III Política de Recursos Humanos – Aprimoramento das Diretrizes para a NOB-RH-SUS e sua aplicação pelos Gestores Públicos e pelo Setor Privado Complementar do SUS; diretrizes curriculares e capacitação permanente (programa de interiorização, PROFAE e pólos de capacitação); dinamizar a "Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS" e estimular as Mesas Estaduais

e Municipais; analisar os vínculos profissionais de formas de contratação e remuneração – carreira.

- IV Financiamento do SUS – Acompanhamento da aplicação da Emenda Constitucional 29, como referência mínima para financiamento do SUS; repasses intergovernamentais; remuneração de serviços e de pessoal; reversão da lógica do pagamento por procedimentos e sua substituição por repasses globais perante o cumprimento de metas segundo as realidades e necessidades loco-regionais. Acompanhamento e controle dos valores da atual tabela de pagamento por procedimentos; controle social e legislação vigente. Repercussão da Lei da Responsabilidade Fiscal no financiamento do SUS pelas Unidades Federadas e Municípios. Participação ativa nas articulações, visando à elaboração e aprovação da Lei Complementar indicada pela EC 29.
- V Regulamentação das Operadoras de Planos e Seguros de Saúde e a prática do controle social – Comissão permanente do CNS para acompanhamento da Saúde Suplementar; ressarcimentos; redução das exclusões, divulgação permanente.
- VI Desenvolvimento e aprimoramento orgânico e funcional da Rede de Conselhos de Saúde – Efetivação legal e legítima dos Conselhos; programa nacional de capacitação de Conselheiros; convocação das futuras conferências e plenárias de saúde; revisão da Resolução 33/92; ação solidária e mediadora de superação de impasses no funcionamento dos Conselhos de Saúde, incluindo recentralização dos recursos repassados onde perdurar distorções legais e do Controle Social pelo Conselho de Saúde; apoio para a realização de Conferências Nacionais Específicas.

Considera-se que, em todos os temas propostos, a natureza da intervenção do CNS é de acompanhamento e controle social, avaliando, orientando e reorientando diretrizes para o desenvolvimento de estratégias capazes de "assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos da cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal eqüitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, de grupos populacionais expostos a riscos específicos, e de cada indivíduo".

Dessa maneira, os Conselhos estarão se preparando mais para garantir o Controle Social indispensável ao fortalecimento do SUS.

E, com essa disposição, ficará, certamente, mais estimulante a construção da história dos Conselheiros e dos Conselhos de Saúde, no Brasil.



OUTRAS VOZES, OUTRAS HISTÓRIAS

*Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso, aprendemos sempre.*

Paulo Freire

Se não fossem a bexiga, o tifo, a malária, o analfabetismo, a lepra, a doença de Chagas, a xistossomose, outras tantas meritórias pragas soltas no campo, como manter e ampliar os limites das fazendas do tamanho de países, como cultivar o medo, impor o respeito e explorar o povo devidamente? Sem a disenteria, o crupe, o tétano, a fome propriamente dita, já se imaginou o mundo de crianças a crescer, a virar adultos, alugados, trabalhadores, meeiros, imensos batalhões de cangaceiros – não esses ralos bandos de jagunços se acabando nas estradas ao som das buzinas dos caminhões – a tomar as terras e a dividi-las? Pestes necessárias e beneméritas, sem elas seria impossível a indústria das secas, tão rendosa; sem elas, como manter a sociedade constituída e conter o povo, de todas as pragas a pior? Imagine, meu velho, essa gente com saúde e sabendo ler, que perigo medonho!

Jorge Amado (in Teresa Batista, Cansada de Guerra. Rio de Janeiro: Record, 1978)



COISAS QUE VOCÊ PRECISA SABER

1. REGIMENTO DO CONSELHO DE SAÚDE

O Regimento de um Conselho de Saúde é o instrumento elaborado pelo próprio Conselho e, como todo ato administrativo, não pode exceder os limites da lei. Ele deve contemplar todos os mecanismos que garantam o pleno funcionamento do Conselho. Não é necessária sua publicação no Diário Oficial, desde que seja divulgado para aqueles que devem cumpri-lo.

O Regimento de um Conselho de Saúde deve tratar:

- ❖ da natureza e finalidade;
- ❖ das competências;
- ❖ da organização do colegiado;
- ❖ da composição;
- ❖ do funcionamento;
- ❖ das comissões e dos grupos de trabalho;

- ❖ das atribuições dos representantes do colegiado;
- ❖ da organização administrativa;
- ❖ das disposições gerais.

2. DELIBERAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

As deliberações de um Conselho de Saúde, observado o quórum estabelecido no seu Regimento Interno, serão tomadas mediante:

- ❖ resoluções homologadas pela autoridade que a lei que criou o Conselho definir, sempre que se reportarem a responsabilidades legais do Conselho;
- ❖ recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigido a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;
- ❖ moções que expressem o juízo do Conselho sobre fatos ou situações com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

As deliberações serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente.

Exemplo: as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde serão homologadas pelo ministro da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U), no prazo máximo de trinta dias, após a aprovação pelo Plenário.

Na hipótese de não-homologação pelo ministro da Saúde, a matéria deverá retornar ao Conselho Nacional de Saúde na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência. O resultado da deliberação do Plenário será novamente encaminhado ao ministro para homologação e publicação no D.O.U, no prazo de máximo de trinta dias, a contar da aprovação plenária.

A não-homologação, nem manifestação pelo ministro até trinta dias após o recebimento da decisão, demandará solicitação de audiência especial do ministro para comissão de Conselheiros especialmente designada pelo Plenário.

Analizadas e/ou revistas as Resoluções, seu texto final será novamente encaminhado para homologação e publicação, devendo ser observado o prazo previsto anteriormente de trinta dias.

Permanecendo o impasse, o Conselho Nacional de Saúde, com aprovação de 2/3 de seus membros, poderá fazer representação ao Ministério Público Federal, se a matéria constituir, de alguma forma, desrespeito aos direitos constitucionais do cidadão.

3. COMO REDIGIR UMA ATA

As atas de uma reunião – notas curtas que detalham os trabalhos – são feitas pelo secretário da reunião como registro escrito do que foi discutido e deliberado. Elas devem ser precisas e claras. A ordem das atas deve seguir a ordem da pauta. As atas devem ser concisas e podem ser escritas em letra de forma.

A pessoa que secretaria a reunião deve esclarecer com o coordenador da reunião qualquer item que esteja obscuro.

As atas devem ser compreensíveis também para os ausentes. Elas devem conter o registro da data, hora e do local da reunião, os nomes dos participantes (onde for cabível), todos os tópicos apresentados (mas não necessariamente detalhes da discussão) e todas as decisões aprovadas.

Durante o evento, tome notas que serão usadas para redigir a ata completa mais tarde. Assegure que elas sejam imparciais, exatas e escritas com estilo claro e conciso. Exatidão é crucial, pois as atas podem ser usadas como evidência em possíveis conflitos posteriores. Numere cada item para deixar óbvio onde um ponto começa e outro termina. Se as atas forem longas, faça um índice para facilitar a consulta.

Terminada as atas, elas devem ser distribuídas rapidamente para todas as pessoas envolvidas. Escrever atas não faz sentido se as decisões da reunião não se transformarem em ações. As atas devem indicar os prazos determinados para a implementação dos projetos ou das ações e quem é o responsável pela sua execução.

3.1. AINDA SOBRE ATAS

De uma ata devem constar (modelo de ata do Conselho Nacional de Saúde):

- ❖ relação dos participantes seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa;
- ❖ resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;
- ❖ relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do(s) responsável(eis) pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por Conselheiro(s);
- ❖ as deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior aos temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte, registrando o número de votos contra, a favor e abstenções, incluindo votação nominal quando solicitada.

A pauta da reunião ordinária constará de:

- ❖ discussão e aprovação da ata da reunião anterior;
- ❖ expediente constando de informes da mesa e dos Conselheiros;
- ❖ ordem do dia constando dos temas previamente definidos e preparados, sendo obrigatório um tema da agenda básica anual aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde;
- ❖ deliberações;
- ❖ definição da pauta da reunião seguinte;
- ❖ encerramento.

3.2. MODELO DE ATA

MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA

ABERTURA

Aos nove e dez dias de maio, de dois mil e um, na sala de reunião “Conselheiro Omilton Visconde”, do Conselho Nacional de Saúde, teve início a centésima oitava reunião ordinária, do CNS.

APROVAÇÃO DA ATA

A ata foi aprovada com destaques para modificações feitas pelos Conselheiros.

INFORMES

INFORMES EXTRA PAUTA

ITEM 02

Calendário das conferências de saúde.

ITEM 03

Avaliação do programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde sua inserção na construção do SUS.

ITEM 04

Avaliação das atividades de regulação dos planos e seguros privados de saúde pela ANS e CONSU e sua participação na construção do SUS.

ITEM 05

Referencial para acompanhamento do Projeto Bolsa-Alimentação.

ITEM 06

Proposta de diretrizes para a plenária nacional de Conselhos de Saúde.

ITEM 07

Relato da Comissão Intergestores Tripartite.

ITEM 08

Relato da Rede Interagencial de Informações para a Saúde –RIPSA.

ITEM 09

Atualização da Resolução 33/92 – proposta preliminar para discussão nos CES e CMS.

ITEM 10

Agenda Básica do CNS 2001: o Conselheiro Augusto Alves de Amorim procedeu a apresentação da proposta da agenda básica contendo os seguintes eixos temáticos:

- ❖ promoção da saúde;
- ❖ modelo de atenção e de gestão;
- ❖ política de recursos humanos;
- ❖ financiamento do SUS;
- ❖ regulamentação das operadoras de planos e seguros de saúde e a prática do controle social;
- ❖ desenvolvimento e aprimoramentos orgânicos e funcional da rede de Conselhos de Saúde. O documento foi aprovado, sendo que as sugestões dadas seriam inseridas pelo GT na agenda básica do CNS – 2001.

ITEM 11

Relato do GT/CNS da pendência CES do Pará.

ITEM 12

Relato da comissão de orçamento e financiamento/CNS.

ITEM 13

Apresentação do material de pesquisa hospitalar.

EXTRAPAUTA

Lançamento do relatório oficial da 11ª Conferência Nacional de Saúde

ITEM 14**SUGESTÕES DE PAUTA PARA A 109ª REUNIÃO ORDINÁRIA E ENCERRAMENTO.**

Além da presença do Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos, participaram da reunião os seguintes Conselheiros: Augusto Alves de Amorim, Cláudio Duarte da Fonseca, Climério da Silva Rangel Júnior, Gilson Cantarino O'Dwyer, Gysélle Saddi Tannous, José Carvalho de Noronha, Lindomar Tomé Lopes, Sérgio Francisco Piola, Maria Leda de Resende Dantas, Maria Natividade Santana, Mozart de Abreu Lima, Neilton Araújo de Oliveira, Sérgio Luís Magarão, Vera Lúcia Marques de Vita, Zenite da Graça B. Freitas, Zilda Arns Neumman, Clair Castilhos Coelho, Carmen Maria Bruder da Fonseca, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Diógenes Sandim Martins, Julia Maria dos Santos Roland, Mário César Scheffer, Ana Maria Lima Barbosa, Artur Custódio M. de Sousa, Paulo Romano, José Carlos Passos, Edson de Oliveira Andrade, Isabel Maria Loureiro Maior, Sólon M. Vianna e Edmundo Ferreira Fontes.

4. PAUTAS DA REUNIÃO

A seleção de temas para compor a pauta de reunião do Conselho obedecerá os seguintes critérios:

- pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho);
- relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho);
- tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil);
- precedência (ordem da entrada da solicitação).

5. MODELO DE RESOLUÇÃO

RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 86ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de maio de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

RESOLVE:

Aprovar o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde em sua versão final, após parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde.

Ministro da Saúde
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 291 de 06 de maio de 1998, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Ministro de Estado da Saúde

6. MODELO DE MOÇÃO

MOÇÃO Nº 002 DE 08 DE MARÇO DE 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. O Projeto de Lei 4.147/2001, tramitando na Câmara Federal, em caráter de urgência constitucional, institui diretrizes nacionais para a prestação dos serviços na relevante e complexa área de saneamento básico, questão estratégica e fundamental para a saúde pública;
2. O prazo exíguo de 45 (quarenta e cinco) dias corridos para a tramitação do referido Projeto de Lei na Câmara dos Deputados. Independentemente do aprofundamento dos debates, o Projeto de Lei deverá ser votado no próximo dia 07 de abril, implicando prejuízo da imprescindível discussão no Congresso Nacional e com a sociedade;

3. O arcabouço constitucional e legal que determina que o Sistema Único de Saúde participe na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
4. A Resolução nº 308 aprovada, por unanimidade, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, sobre o Projeto de Lei nº 4.147/2001.

DECIDE:

1. Solicitar a retirada da Urgência Constitucional do Projeto de Lei 4.147/2001 em tramitação na Câmara dos Deputados, com a redefinição de um prazo de, pelo menos, 90 (noventa) dias para o esclarecimento técnico, político e público das implicações para a sociedade brasileira das diretrizes sugeridas pelo referido Projeto de Lei;
2. Solicitar o apoio do Ministro da Saúde na sensibilização do Excelentíssimo Senhor Presidente da República e das lideranças no Congresso Nacional sobre a prudência política e responsabilidade pública e social que a retirada da urgência constitucional do referido Projeto de Lei representa;
3. Manifestar a preocupação do Plenário do Conselho Nacional de Saúde em face da precariedade dos debates, sobre o Projeto de Lei 4.147/2001, nos âmbitos do Congresso Nacional, do Sistema Único de Saúde e no conjunto da sociedade brasileira;
4. Informar ao Ministério Público das medidas adotadas pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde referentes ao Projeto de Lei 4.147/2001, observando, ainda, os preceitos constitucionais e legais que fundamentam o Sistema Único de Saúde; e
5. Convocar a sociedade para um amplo debate sobre a relevância pública das políticas de saneamento para a saúde da população brasileira.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde,
em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária.

7. MODELO DE RECOMENDAÇÃO

RECOMENDAÇÃO Nº 001, DE 07 DE MARÇO DE 2002

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada no dias 06 e 07 de março de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerando:

1. A realização do “Seminário Saúde do Trabalhador”, em 25 e 26 de setembro de 2001, sob os auspícios da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, com a cooperação do Conselho Nacional de Saúde, que teve como objetivo reunir subsídios para o aperfeiçoamento do Projeto de Lei nº 1.377, de 1995, com vistas a propor uma política harmônica e integrada das ações de proteção à saúde dos trabalhadores.
2. O significado histórico deste Seminário que após a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, trouxe reflexões, debates e proposições importantes sobre a política nacional de proteção à saúde dos trabalhadores no que diz respeito aos riscos e agravos decorrentes do trabalho, incluindo uma proposta de regulamentação que define competências e responsabilidades do setor saúde e demais setores, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RECOMENDA:

A Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde adotar medidas administrativas necessárias para a produção dos Anais do referido Seminário, levando em consideração a Relatoria realizada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, deste Conselho, como forma de preservar a memória do processo de conquista ao direito à saúde pelos trabalhadores, com relação à proteção aos riscos e agravos decorrentes dos ambientes, condições e processos de trabalho.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde,
em sua Centésima Décima Sétima Reunião Ordinária.

8. MODELO DE DELIBERAÇÃO

DELIBERAÇÃO Nº 002, DE 07 DE FEVEREIRO DE 2002

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Décima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de fevereiro de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando a proposta dos Conselheiros Maria Leda R. Dantas e Edmundo Ferreira Fontes.

DELIBERA:

Aprovar a incorporação do Conselheiro Edmundo Ferreira Fontes na Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA/CNS, e a sua investidura na Coordenação dessa Comissão, em substituição à Conselheira Maria Leda R. Dantas.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde,
em sua Centésima Décima Sexta Reunião
Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de
fevereiro de 2002.



GLOSSÁRIO

A

AFECÇÕES PERINATAIS

Doenças que acometem crianças e são adquiridas no período que precede ou que se segue imediatamente ao nascimento. Na maior parte do Brasil, as doenças perinatais são as principais causas de morte infantil. Por exemplo: malformação congênita, infecção pós-parto, problemas respiratórios, peso baixo ao nascimento etc.

ALOCÇÃO (DE RECURSOS FINANCEIROS)

É o ato de destinar recursos financeiros especificamente para uma função, um programa, um subprograma, um projeto ou uma atividade da administração pública.

ANTAGÔNICO

oposto, contrário.

APLICAÇÃO FINANCEIRA

É o uso do recurso na atividade a ela destinada, por lei, no orçamento. Também significa aplicar o excedente de caixa no mercado financeiro, com o fim de obter rendimento pela utilização do dinheiro.

ARRECADAÇÃO

Cobrança de impostos e outras taxas, cuja reunião vai constituir as receitas do orçamento.

ATOMIZAÇÃO

Divisão em pequenas partes. Pode significar também dispersão com perda de eficácia.

AUTÔNOMA

Pessoa com capacidade de resolver problemas por si mesma, sem necessidade de ajuda externa. Livre para tomar decisões por conta própria.

B

BUROCRACIA

Processo administrativo pelo qual os órgãos públicos registram o encaminhamento, a avaliação técnica e a autorização ou a negativa para a realização de propostas.

C

CIDADANIA

Exercício de direitos e deveres de todo cidadão, que garante a ele possibilidade de expressar-se livremente, defender seus interesses e escolher seus representantes, dentro dos princípios da democracia.

CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

Mecanismo de circulação do sangue que usa uma máquina, situada fora do corpo,

para bombear o sangue em substituição ao coração. Em geral, é um recurso usado em cirurgias cardíacas.

CLIENTELISMO

Prática política equivocada e ilegítima, pela qual uma pessoa ou grupo troca votos ou apoios por benefícios financeiros, sociais ou outra vantagem qualquer.

COMISSÃO INTERGESTORES

Comissão formada por Gestores Municipais e Estaduais (Comissão Intergestores Bipartite) ou Comissão formada por Gestores Municipais, Estaduais e Nacionais (Comissão Intergestores Tripartite).

COMPLEXIDADE

Característica da situação que apresenta mais dificuldade e exige mais esforço, tecnologia e recursos para sua solução.

CONGÊNITO

Problema de saúde da criança que tem origem durante a gestação. Por exemplo: o bebê que nasce com catarata porque a mãe teve rubéola durante a gestação. Neste caso, o bebê é portador de catarata congênita.

CONSENSO

Unidade de opinião, ou seja, quando, numa reunião, as pessoas chegam a um acordo, aprovando e participando todos de uma determinada deliberação.

CONSENSUAL

Obtido através de acordo e contemplando a vontade de cada participante. Exemplo: "Foi consenso entre os participantes da plenária do Conselho Municipal de Saúde as propostas da Secretaria Municipal de Saúde, para controle da dengue, e que envolviam grande mobilização da população."

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

É a lei maior de um país, que define sua organização, seus direitos e deveres, assim como os dos cidadãos. Nenhuma lei, federal, estadual ou municipal, pode contrariar os princípios estabelecidos na Constituição Federal, que foi sancionada em 05 de outubro de 1988.

CORPORATIVISMO

Prática política equivocada que privilegia os interesses de uma determinada classe de trabalhadores (corporação), em detrimento dos interesses de outros grupos, trabalhadores ou não.

D

DELIBERAR

Tomar decisão após discussão. O Conselho de Saúde tem poder deliberativo (pode decidir) sobre questões de saúde.

DEMANDAS

Necessidades, exigências, reivindicações.

DEMOCRACIA

Regime político que se fundamenta na soberania popular, na liberdade eleitoral, na divisão de poderes e no controle da autoridade, reconquistado pelo povo brasileiro em 1985, após 21 anos de ditadura militar.

DENSIDADE DEMOGRÁFICA

Número de habitantes por km.

DESEMBOLSO

Liberação de recursos financeiros de acordo com previsão.

DIAGNÓSTICO

Conhecimento ou determinação de uma determinada situação.

DIVERGENTES

Em desacordo, contraditórios.

DOCUMENTOS CONTÁBEIS

Documentos que servem à contabilidade, ou seja, ao cálculo das receitas, despesas e saldos.

DOENÇA CIRCULATÓRIA

Doença que afeta os órgãos ou estruturas por onde circula o sangue (pressão alta, insuficiência cardíaca, infarto, trombose etc).

DOENÇA VIRAL

Doença provocada por vírus (por exemplo: sarampo, gripe, catapora, aids etc.).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Quantidade de recursos destinada a um programa, uma atividade, um projeto, uma categoria econômica ou um objeto de despesa.

E

EFICÁCIA

Resultado positivo de uma ação de saúde. " ...todos os usuários do SUS terão direito a atendimento eficiente, humanizado e capaz de conduzir à melhor solução para suas necessidades e problemas." A melhor solução é a eficácia do SUS.

ENFERMIDADE

Doença ou agravo que afeta a saúde.

ESFERAS OU INSTÂNCIAS GOVERNAMENTAIS

Âmbitos de atuação do Poder Executivo nos planos nacional (federal), estadual e municipal. Às vezes referidas como "Nível de Governo".

ESGOTAMENTO SANITÁRIO

Sistema de retirada de dejetos por meio de rede de esgoto.

ESTRATÉGIA

Ação prevista, planejada com antecedência, para atingir um fim previamente determinado.

ETÁRIO

Referente à idade das pessoas ou grupo. A mortalidade por câncer é maior na faixa etária acima dos 45 anos.

EXERCÍCIO FISCAL

Tempo de duração de um ano fiscal, que vai de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

EXPECTATIVA DE VIDA

Tempo médio de duração da vida, entre os habitantes de determinada região. Quanto menor for o risco de morrer em idades mais jovens, maior é a expectativa de vida.

F

FATORES IMUNOGENÉTICOS

Predisposição a doenças que a pessoa já apresenta quando nasce e que tem a ver com a capacidade, maior ou menor, de defesa do organismo.

FLUXO DE CAIXA

Movimento de entrada e saída de dinheiro.

FUNDO DE SAÚDE

É uma conta especial, criada por lei, na qual são depositados os recursos destinados à área de saúde.

G

GESTÃO

Atribuição de direção e administração de uma instituição, órgão ou serviço. Na área da saúde, a direção e administração do sistema é de responsabilidade dos gestores: federal, estadual e municipal.

H

HEMODIÁLISE

Processo de filtragem do sangue do corpo humano por meio de equipamentos para eliminar substâncias tóxicas, quando o próprio organismo não consegue fazê-lo (por exemplo: em situação de insuficiência renal).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Doença circulatória que leva ao aumento da pressão sanguínea dentro das artérias e causa vários problemas, como infarto, derrame e outros.

HOMOLOGAÇÃO

Ato de confirmação de uma decisão tomada. Por exemplo: o presidente da República homologou a Lei de Responsabilidade Fiscal votada no Congresso Brasileiro.

I

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, órgão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, encarregado de registrar mudanças demográficas, assim como alterações nos resultados das principais políticas do País em cada área, através dos indicadores sociais. O IBGE é responsável pela realização do Censo Demográfico Brasileiro, a cada 10 anos, por pesquisas periódicas de Situação de Emprego no País e outras.

IMPLANTAÇÃO

Colocação em prática de políticas; execução de ações que transformam em realidade o que está escrito em papéis oficiais e documentos.

IMPLANTAR

Colocar em prática de forma efetiva.

IN LOCO

No próprio local, naquele local.

INACESSÍVEL

Impossível de ser alcançado em um determinado tempo ou com um determinado recurso.

INAMPS

Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social.

INDICADOR SOCIAL

Medida que demonstra os avanços, a estagnação ou os retrocessos que ocorrem nas diferentes áreas sociais. Exemplos de indicadores sociais são os índices de desemprego, de analfabetismo e a renda familiar.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

São valores numéricos que mostram quem, como, onde e por que adoecem ou morrem as pessoas em uma localidade. São importantes para o planejamento de saúde.

INEXEQUÍVEL

Que não pode ser executado em determinado tempo ou com um determinado recurso.

INTERAÇÃO

Ação conjunta que deve ser desenvolvida por vários atores para ter resultado mais eficaz. Por exemplo: se houver interação entre as Secretarias de Meio Ambiente, da Educação e do Planejamento com a Secretaria de Saúde, a epidemia de dengue poderá ser controlada, ou seja, as medidas de controle planejadas serão mais eficazes.

L**LDOs**

Leis de Diretrizes Orçamentárias.

LEGITIMIDADE

Atributo conferido a alguns ou a determinado grupo, por conta de atuações anteriores e por estar de acordo com a lei.

LISURA

Clareza ou honradez.

LOAs

Leis Orçamentárias Anuais.

M**META**

Quantificação do objetivo a ser alcançado. "A meta nacional é vacinar, no ano de 2003, contra sarampo, 95% das crianças menores de 1 ano."

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Mortes provocadas por situação que não é caracterizada como doença (por exemplo: morte por envenenamento, acidente de trânsito, por homicídio e por afogamento).

N**NEGOCIAÇÃO**

Capacidade de encontrar a melhor solução para determinado assunto, por meio de concessões mútuas das partes interessadas.

NEONATAL

Doença, morte ou outro evento que acontece entre o nascimento e os primeiros 28 dias de vida. A doença e a morte neonatal estão relacionadas às condições da gestação, do parto, do pós-parto ou puerpério, e são também muito influenciadas pela qualidade da assistência.

NEOPLASIA

Tumor, benigno ou maligno.

O

OMS

Organização Mundial da Saúde, órgão das Nações Unidas (ONU) que estabelece as recomendações internacionais sobre saúde, a partir de resolução dos países membros, reunidos anualmente nas "Assembléias Mundiais de Saúde". Em maio de 2002 ocorreu a 55ª Assembléia Mundial de Saúde.

ORÇAMENTO PARTICIPATIVO

Orçamento elaborado com a participação da comunidade que discute e aprova a quantidade de recursos e a forma de sua distribuição, conforme as necessidades que a comunidade apresentou.

ORÇAMENTO PÚBLICO

É a previsão de receitas e despesas no período de um ano.

P

PARIDADE

Divisão igualitária (meio a meio). Ver também "paritário".

PARITÁRIO

Situação em que proporções iguais de representantes de diferentes segmentos são reunidas para tomar decisão sobre assunto de interesse comum. Os Conselhos de Saúde são órgãos paritários por serem formados por 50% de representantes de usuários e 50% de trabalhadores em saúde, gestores e prestadores de serviço.

PATOLOGIAS

Doenças.

PERIODICIDADE

Intervalos regulares de tempo, combinados previamente.

PLANILHA

Plano resumido de metas ou de finanças, específico para orientar a execução de um plano ou projeto.

POLÍTICA INTERSETORIAL

Política que envolve dois ou mais setores do governo (saúde, educação, saneamento etc.). Os problemas de saúde são resultado de vários fatores, como condições orgânicas das pessoas, do ambiente em que moram, da sua renda e escolaridade. Para resolver esses problemas, as políticas de saúde sozinhas não dão conta.

POLÍTICA PÚBLICA

Conjunto de medidas que compõem um programa de governo destinado a atender aos interesses da sociedade.

PÓLO DE REFERÊNCIA

Instituição, grupo ou serviço que tem condição de dar apoio e suporte a outros. Na rede de serviços de saúde, são unidades de referência aquelas mais especializadas com capacidade para o atendimento de doenças ou condições de saúde que exigem diagnóstico e tratamento mais complexos.

PPA

Plano Plurianual, referente ao Orçamento da União.

PRAZOS PROCESSUAIS

Prazos impostos pela Justiça para andamento dos processos.

PRESSUPOSTO

Algo que é assumido ou considerado como princípio básico e fundamental. A Universalidade é um dos pressupostos do SUS, pela qual é garantido a todo brasileiro acesso às ações e aos serviços de saúde.

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Parte do Relatório de Gestão onde estão relacionadas receitas e despesas, acompanhadas dos respectivos documentos contábeis, exigidos pela Secretaria da Fazenda.

PRIORIDADE

Estabelecimento de ordem de importância para o desenvolvimento de alguma ação. “Como diarreia é doença muito frequente no bairro Primavera, a prioridade, para a população local, é completar o sistema de abastecimento de água e o encanamento de esgoto.”

PROBIDADE

Honestidade. Exige-se probidade dos gestores públicos na administração dos recursos.

PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

É a forma como o conjunto de fatores ambientais, sociais e próprios dos indivíduos interage (se relaciona), resultando em uma situação de bem-estar (saúde) ou de sofrimento, doença, incapacidade ou morte.

PROGNÓSTICO

Previsão da duração, evolução e término (cura ou morte) de uma doença a partir do diagnóstico e do tratamento realizado.

R**RACIONALIDADE**

Atitude baseada na razão. “Os recursos (da saúde) materiais, humanos e financeiros serão distribuídos de acordo com as necessidades locais, sem desperdícios e com aproveitamento regional para todos os estados e municípios da região.”

REGULAÇÃO

Ato ou efeito de regular ou sujeitar às regras. O SUS possui portarias, normas e

outros dispositivos (auditorias, por exemplo) que buscam regular as ações dos serviços próprios, contratados ou mesmo, dos privados não contratados, visando garantir a obediência aos princípios e diretrizes do SUS.

REIVINDICAÇÃO

Demanda ou exigência com o objetivo de se obter algum benefício ou vantagem. Exemplo: " O movimento popular de saúde da Vila Santa Izabel encaminhou reivindicação ao secretário de Saúde para que o centro de saúde do bairro fique aberto até as 21 horas, o que facilitaria o atendimento da população trabalhadora."

REPRESENTATIVIDADE

Capacidade e legitimidade de uma pessoa para expor idéias, debater, fazer reivindicações e deliberar em nome de um grupo ou segmento social que lhe delegou essa função.

RESOLUTIVIDADE

Capacidade de dar solução para um problema. No caso dos serviços de saúde é a sua capacidade de resolver o problema, no nível em que está situado, com os recursos humanos e materiais de que dispõe.

S

SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Serviço de saúde (ambulatório, hospital, laboratório etc.) para onde se encaminham os casos que exigem tratamento mais especializado.

SOCIEDADE CIVIL

Conjunto de cidadãos que nascem e ou habitam uma nação e que estão submetidos a leis expressas na Constituição Federal desta nação.

T

TAXA DE MORBIDADE

É a medida de quantas pessoas adoecem e do que adoecem numa comunidade. É um dos indicadores mais importantes da Epidemiologia e serve para o planejamento dos serviços necessários.

TAXA DE MORTALIDADE

É a medida de quantas pessoas morrem num determinado tempo em uma localidade. A mortalidade, em geral, é referida de acordo com a doença (mortalidade por tuberculose), por idade (mortalidade infantil ou entre os menores de 5 anos), por sexo (mortalidade por câncer de pulmão entre os homens) ou por alguma outra condição (mortalidade por acidente de trânsito). É um importante indicador epidemiológico e serve também para o planejamento das ações e dos serviços de saúde necessários.

TERRITORIALIDADE

Condição do que faz parte do território que é a área de um país, estado ou município, onde vivem as pessoas. Na saúde, este conceito ganha outro sentido que pode ser assim descrito: “Delimitação do espaço estabelecida pelos atores sociais que o habitam, respeitando os valores, crenças, cultura e a história de um território em permanente construção.”

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A medida que a mortalidade infantil diminui, o acesso à assistência à saúde aumenta e as famílias têm menos filhos, a tendência é aumentar a proporção de pessoas mais velhas na população. Esta é uma situação que está ocorrendo no Brasil e é chamada de Transição Demográfica.

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Com as mudanças na composição etária da população (a proporção dos mais velhos aumenta), com a urbanização maior da população e com o aumento dos recursos de saúde para controle de doenças infecciosas (aumento de cobertura vacinal, por exemplo), a tendência é de mudança nas causas de doença e morte, que deixam de ser as doenças infecciosas e passam a ser as crônicas e degenerativas, como câncer, doenças do coração e outras. Esta tendência é chamada de Transição Epidemiológica.

TRANSPLANTE RENAL

Substituição de um rim que não funciona por outro de outra pessoa.

U**UNIÃO**

É o nome dado ao governo federal, à federação, ao país como um todo, em termos de poderes, deveres e direitos federais.

V**VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Forma de contrato de trabalho entre empregadores e empregados.



LEGISLAÇÃO BÁSICA

TÍTULO VIII **DA ORDEM SOCIAL**

SEÇÃO II **DA SAÚDE**

ART. 196.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

ART. 197.

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

ART. 198.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 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.

PARÁGRAFO ÚNICO.

O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

ART. 199.

A Assistência à Saúde é livre à iniciativa privada.

§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

ART. 200.

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

SEÇÃO III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

ART. 201.

Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

- I cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultados de acidentes do trabalho, velhice e reclusão;
- II ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda;
- III proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- IV proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- V pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no §5º e no art. 202.

§1º Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição na forma dos planos previdenciários.

§2º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§3º Todos os salários de contribuição considerados no cálculo de benefício serão corrigidos monetariamente.

§4º Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao

salário para efeito de contribuição previdenciária e conseqüente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei.

§5º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.

§6º A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano.

§7º A previdência social manterá seguro coletivo, de caráter complementar e facultativo, custeado por contribuições adicionais.

§8º É vedado subvenção ou auxílio do Poder Público às entidades de previdência privada com fins lucrativos.

ART. 202.

É assegurada aposentadoria, nos termos da lei, calculando-se o benefício sobre a média dos trinta e seis últimos meses de contribuição, corrigidos monetariamente mês a mês, e comprovada a regularidade dos reajustes dos salários de contribuição de modo a preservar seus valores reais e obedecidas as seguintes condições:

- I aos sessenta e cinco anos de idade, para o homem, e aos sessenta, para a mulher, reduzido em cinco anos o limite de idade para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, neste incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal;
- II após trinta e cinco anos de trabalho, ao homem, e, após trinta, à mulher, ou em tempo inferior, se sujeitos a trabalho sob condições especiais, que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidas em lei;
- III após trinta anos, ao professor, e, após vinte e cinco, à professora, por efetivo exercício de função de magistério.

§1º É facultada aposentadoria proporcional, após trinta anos de trabalho, ao homem, e, após vinte e cinco, à mulher.

§2º Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os diversos sistemas de previdência social se compenstarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei.

**LEI 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**ART. 1º**

Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**ART. 2º**

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

ART. 3º

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

PARÁGRAFO ÚNICO.

Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

ART. 4º

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

ART. 5º

São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

ART. 6º

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

- VII o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exa-

- mes de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

ART. 7º

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII participação da comunidade;
- IX descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

ART. 8º

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

ART. 9º

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

ART. 10.

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

ART. 11. (VETADO).

ART. 12.

Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

PARÁGRAFO ÚNICO.

As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ART. 13.

A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I alimentação e nutrição;
- II saneamento e meio ambiente;
- III vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV recursos humanos;
- V ciência e tecnologia; e
- VI saúde do trabalhador.

ART. 14.

Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

PARÁGRAFO ÚNICO.

Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I
DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

ART. 15.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII realização de operações externas de natureza financeira de interesse da

- saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
 - XIV implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
 - XV propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
 - XVI elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
 - XVII promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
 - XVIII promover a articulação da política e dos planos de saúde;
 - XIX realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
 - XX definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
 - XXI fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II

DA COMPETÊNCIA

ART. 16.

À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

- IX promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

PARÁGRAFO ÚNICO.

A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

ART. 17.

À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

- VI participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

ART. 18.

À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

- XII normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

ART. 19.

Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

DO FUNCIONAMENTO

ART. 20.

Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

ART. 21.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

ART. 22.

Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

ART. 23.

É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

ART. 24.

Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

PARÁGRAFO ÚNICO.

A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

ART. 25.

Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

ART. 26.

Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

ART. 27.

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
- II (Vetado)
- III (Vetado)
- IV valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

PARÁGRAFO ÚNICO.

Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

ART. 28.

Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

ART. 29. (VETADO).

ART. 30.

As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

DOS RECURSOS

ART. 31.

O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

ART. 32.

São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I (Vetado)
- II Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

DA GESTÃO FINANCEIRA

ART. 33.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

ART. 34.

As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PARÁGRAFO ÚNICO.

Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

ART. 35.

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I perfil demográfico da região;
- II perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

ART. 36.

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto

na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

ART. 37.

O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

ART. 38.

Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

ART. 39. (VETADO).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

ART 40. (VETADO).

ART. 41.

As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

ART. 42. (VETADO).

ART. 43.

A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

ART. 44. (VETADO).

ART. 45.

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

ART. 46.

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

ART. 47.

O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

ART. 48. (VETADO).

ART. 49. (VETADO).

ART. 50.

Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação

dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

ART. 51. (VETADO).

ART. 52.

Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

ART. 53. (VETADO).

ART. 54.

Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

ART. 55.

São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990;
169º da Independência e 102º da República.
FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra



LEI 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

ART. 1º

O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I a Conferência de Saúde; e
- II o Conselho de Saúde.

§1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

ART. 2º

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

- II investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

PARÁGRAFO ÚNICO.

Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

ART. 3º

Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

- §1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.
- §2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.
- §3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

ART. 4º

Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I Fundo de Saúde;
- II Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III plano de saúde;
- IV relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

PARÁGRAFO ÚNICO.

O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

ART. 5º

É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

ART. 6º

Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

ART. 7º

Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990;
169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

❖ RESOLUÇÃO 33, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1990

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em sua reunião ocorrida em 2 e 3 de dezembro de 1992 e considerando o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada,

RESOLVE:

- I. Aprovar o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, na forma anexa.

JAMIL HADDAD

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução nº 33, nos termos do Decreto de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD

Ministro de Estado da Saúde

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE****RECOMENDAÇÕES PARA A CONSTITUIÇÃO E ESTRUTURAÇÃO
DE CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

O Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião plenária de 2 e 3 de dezembro de 1992, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal, e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90 e conforme definições emanadas da 9ª CNS, recomenda as seguintes diretrizes:

1. DEFINIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos estados e municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na adminis-

tração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema.

2. COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

A participação comunitária é enfatizada na legislação, tornando os Conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. A legislação também estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Desta forma, um Conselho de Saúde deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Recomenda ainda que o número de Conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros. A situação de cada estado e município e a discussão com os segmentos que participarão do Conselho levará à melhor definição dessa composição numérica. A representação de órgãos e/ou entidades, que será apresentada, a seguir, como exemplo, poderá sofrer modificações de acordo com a realidade existente em cada estado, município e no Distrito Federal, preservando-se, porém, o princípio da paridade em relação aos usuários.

Em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde:

- representante(s) do governo federal, indicado(s) pelo ministro da Saúde e outros Ministérios;
- representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- representante(s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- representante(s) dos trabalhadores na área de saúde;
- representante(s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas;

A representação dos usuários deverá ser composta por:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;
- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma:

- 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (públicos e privados).

Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, propõe-se uma composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, adaptada ao município. Geralmente, não será necessária a presença de representante do governo federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos localmente. Os usuários terão representação semelhante à dos Conselhos Estaduais. Os outros segmentos deverão ser representantes do governo estadual, do governo municipal, dos trabalhadores da área da saúde e dos prestadores de serviços de saúde de entidades filantrópicas e não filantrópicas.

Nenhum Conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo elas consideradas de relevância pública.

3. ESTRUTURA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os organismos de governo estadual e municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária.

O Conselho de Saúde deverá ter como órgãos o Plenário e o Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva com assessoria técnica. O Plenário ou Colegiado Pleno será composto pelos conjunto de Conselheiros.

Os atos dos Conselhos serão homologados pelo chefe do Poder Executivo local, podendo esta atribuição ser delegada aos respectivos secretários estadual e municipal, conforme o caso.

O Plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, e funcionará baseado em Regimento Interno a ser elaborado e aprovado pelo próprio Plenário. A Secretaria Executiva deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao seu aprimoramento. Para tal, deverá contar com pessoal administrativo e pessoal técnico, que funcionará como Assessoria Técnica ao Plenário e mobilizará consultorias e assessoramento por parte das instituições, órgãos e entidades da área de saúde que possam dar suporte e apoio técnico ao Conselho. Os órgãos de governo estadual ou municipal devem prestar apoio, informações e assessorias aos Conselhos de Saúde. As dimensões de cada estrutura da Secretaria Executiva componente do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde deverão ser discutidas e definidas caso a caso, para evitar-se superdimensionamento. A Secretaria Executiva está subordinada ao Plenário do Conselho.

O ato de criação do Conselho de Saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência, deverá ser estabelecido por lei estadual ou municipal, e referendado pelo Poder Executivo correspondente, que nomeará os Conselheiros indicados pelos órgãos e entidades. O mandato dos Conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo coincidir com o mandato do governo estadual ou municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos, podendo ser reconduzido a critério das respectivas representações (IX Conferência Nacional de Saúde). O Regimento Interno de cada Conselho também definirá o quórum mínimo para o caráter

deliberativo das reuniões do Plenário e para as questões de suplência e perda do mandato por faltas justificadas. Os conselhos têm autonomia de se autoconvocar. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa.

4. COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm algumas competências já definidas nas leis federais e complementadas pelas legislações estaduais e municipais, poderão ainda:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolubilidade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.



BIBLIOGRAFIA

AUCÉLIO, Patrícia Queiroz. **Afinal, o que é controle social e como é exercido no campo da saúde?** Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado de Goiás. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, agosto/setembro de 2001.

BARBOSA, Adilson J. P. **Organização político-administrativa do Estado Brasileiro, poderes e competências dos entes federativos.** Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado de Goiás. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, agosto/setembro de 2001.

BARROS, Elizabeth. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRANDÃO, Zaia (Org.). **Democratização do Ensino: meta ou mito?** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

CONILL, Eleonor Minho & MARASCIULO, Antonio Carlos Estima. **Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento dos serviços de saúde.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

FRANCO, Túlio & MERHY, Emerson. **PSF: contradições e novos desafios.** Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado de Goiás. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, agosto/setembro de 2001.

FREIRE, Paulo; OLIVEIRA, Miguel Darcy de; OLIVEIRA, Rosiska Darcy de et al. **Vivendo e Aprendendo.** São Paulo: Brasiliense/Idac, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GADOTI, Moacir et al. **Paulo Freire, uma Biobibliografia**. São Paulo: Cortez/Unesco/Instituto Paulo Freire, 1996.

GUERRA, Erenice Alves. **Sistema orçamentário nacional**. Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado do Acre. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, julho de 2001.

JORGE, Elias Antonio. **Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

MIRANDA, Simão de. **Oficina de Dinâmica de Grupos**. Campinas: Papirus, 1995.

NEDER, Carlos. **Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus Conselheiros**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

NETO, Eleutério Rodriguez. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

REZENDE, Conceição. **A reforma do Estado Brasileiro e o SUS**. Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado do Acre. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, julho de 2001.

VASCONCELOS, Celso dos Santos. **Construção do Conhecimento em Sala de Aula**. São Paulo: Libertad, 1995.

