

GILSON DE CÁSSIA MARQUES DE CARVALHO

**PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE
NA SAÚDE**

GILSON DE CÁSSIA MARQUES DE CARVALHO

**PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE
NA SAÚDE**

Passo Fundo
IFIBE

© 2006 – Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Edição: Editora IFIBE
Diagramação: Diego Ecker
Revisão: Irio Luiz Conti
Capa, Impressão e Acabamento: Gráfica Berthier
Apoio: Misereor e Manos Unidas

Pedidos e Informações: Centro de Educação e Assessoramento Popular
Endereço: Rua Independência, 95 - Centro
CEP: 99010-040 - Passo Fundo - RS
Fone: (54) 3313 6325
E-mail: ceap@ceap-rs.org.br
Site: www.ceap-rs.org.br

Distribuição gratuita. Proibida a venda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C331p Carvalho, Gilson de Cássia Marques de
Participação da comunidade na saúde / Gilson de Cássia
Marques de Carvalho. – Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

259 p.

1. Direito à saúde 2. Controle público 3. Sistema de saúde
I. Título.

CDU 34:614

Catalogação na fonte: Cristiane Roberg Gantes CRB 10/1709

2007

Permitida a reprodução desde que citada a fonte.
Instituto Superior de Filosofia Berthier - IFIBE
Editora IFIBE

*Compartilho a esperança com você,
cidadão brasileiro, forjado no trabalho,
no sofrimento e no sonho de bem-estar.*

*Que nossos sonhos virem o pão de cada dia.
Que sejamos capazes de mudar, pelo menos,
o final de nossas histórias individuais e coletivas,
construindo felicidade, com saúde.*

*A você, Maria Emilia,
companheira de chão e céus,
que tanto contribuiu nos Cursos de Conselheiros de Saúde,
quanto cuidou de nossas vidas para que eu pudesse
mascatear cidadania e saúde Brasil afora.*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES.....	13
APRESENTAÇÃO.....	15
INTRODUÇÃO	21
1. CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .	27
1.1. Profissão de Fé em defesa do SUS.....	27
1.2. O sistema de defesa do direito à saúde do cidadão brasileiro	28
1.3. O público e o privado	34
2. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE ..	37
2.1. Divagando sobre Participação da Comunidade	37
2.2. Participação da comunidade x controle social?.....	44
2.3. Fundamentos legais da participação da comunidade	48
2.4. A realidade da participação na saúde	56
3. CONSELHOS DE SAÚDE	59
3.1. Os membros natos do Conselho de Saúde.....	59
3.2. Quem são os legítimos representantes dos usuários?	59
3.3. A obrigatoriedade da presença de empregadores, empregados e aposentados no segmento de usuários.....	64
3.4. Servidores públicos não podem assumir vagas de usuários	65
3.5. A independência de poderes nos Conselhos de Saúde? .	68
3.6. Quem representa o Governo no Conselho de Saúde?....	70
3.7. Quem são os prestadores de serviços no Conselho de Saúde?	71
3.8. Quem são os profissionais de saúde no Conselho de Saúde?	72

3.9. A escolha dos conselheiros.....	75
3.10. Sobre o número de conselheiros no Conselho.....	77
3.11. Proporcionalidade legal entre segmentos do Conselho	77
3.12. Reuniões do Conselho abertas aos cidadãos.....	81
3.13. O caráter permanente do Conselho de Saúde	82
3.14. Presidência do Conselho de Saúde.....	83
3.15. Participação da comunidade em instâncias regionais	86
3.16. Conselheiro-candidato: é lícito e ético manter-se conselheiro durante a campanha política?	90
3.17. Discriminação nos Conselhos de Saúde	93
4. CONFERÊNCIAS DE SAÚDE	97
4.1. Conteúdos, tempos, participantes e seguimento	97
4.2. Organização de conferências municipais de saúde	105
5. FUNÇÃO PROPOSITIVA DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	117
5.1. Conselho de Saúde e obrigação legal de aprovar o Plano de Saúde.....	117
5.2. Providências práticas do caráter propositivo dos Conselhos de Saúde	125
5.3. Conselhos de Saúde não têm funções executivas	130
5.4. Ameaça ao caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde	133
6. FUNÇÃO CONTROLADORA DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	135
6.1. Controle público institucional e social.....	135
6.2. Os interrogadores iniciais do controle público em saúde.....	143
6.3. Roteiro básico de análise de prestação de contas a ser feita pelo Conselho de Saúde	163
6.4. Acompanhamento do processo orçamentário: a expectativa da sociedade quanto às ações do..... Ministério Público e dos Conselhos de Saúde	165

7. TEXTOS COMPLEMENTARES.....	185
7.1. Educação permanente dos cidadãos e dos conselheiros.....	185
7.2. A Resolução 333/2003 e o Decreto 4878/2003.....	195
7.3. Autonomia dos Conselhos de Saúde	205
7.4. Participação da comunidade: o mundo sob a visão do dono.....	212
7.5. Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e democracia	217
7.6. Reflexões sobre a conquista do direito à saúde.....	220
 ANEXOS.....	 227
 Anexo I - Minuta de projeto de lei de criação de um conselho municipal de saúde.....	 227
Anexo II - Minuta de regimento interno de conselho municipal de saúde.....	233
Anexo III - Minuta de regimento interno de conselhos gestores de unidade	249
 BIBLIOGRAFIA	 257
 SITES E BIBLIOTECAS VIRTUAIS	 259

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
BIREME: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Saúde
BVS: Biblioteca Virtual em Saúde
CF: Constituição Federal
CGU: Controladoria Geral da União
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIMS: Comissão de Integração de Médicos do Mercosul
CISSET: Secretaria de Controle Interno do Ministério das Relações Exteriores
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CNI: Confederação Nacional da Indústria
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CNT: Confederação Nacional do Transporte
CONASC: Comissão Nacional de Serviço Civil
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários/as Municipais de Saúde
DATASUS: Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
EC 29: Emenda Constitucional nº 29
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LC 101: Lei Complementar nº 101/2000 (É a LRF)
LC: Lei Complementar
LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA: Lei Orçamentária Anual
LOS: Lei Orgânica da Saúde
LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal
MDB: Movimento Democrático Brasileiro
NOB 96: Norma Operacional Básica de 1996
OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

OSCIPS: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PPA: Plano Plurianual

PPI: Programação Pactuada e Integrada

RES 33: Resolução nº 33

RES 333: Resolução nº 333

SUS: Sistema Único de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

APRESENTAÇÃO

O que leva o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) a apresentar esta obra do Gilson Carvalho é a duradoura parceria que estamos desenvolvendo nos últimos anos. O CEAP vem atuando na luta pela saúde praticamente desde a sua fundação, em 1987. Aliás, fundação que coincide — não por mero acaso, mas por identidade histórica e política — com a consolidação de um rico movimento de afirmação de uma proposta de saúde para o Brasil que trata do Sistema Único de Saúde.

No início da década de 1990 optamos pela atuação na defesa do direito à saúde, compreendendo a saúde como qualidade de vida e tendo como principal “porta de entrada” a participação da comunidade. À época, articulamos e passamos a assessorar o Fórum de Saúde de Passo Fundo/RS e, posteriormente, o da Região Norte/RS. Os fóruns de saúde são espaços que congregam organizações populares, movimentos e entidades para além daquelas que possuem representação nos conselhos de saúde e promovem ações de articulação, formação e mobilização para fomentar e fortalecer a participação propositiva dos diversos sujeitos sociais populares na luta pela saúde.

No início da década de 2000, tendo a saúde como um direito humano e motivados pela missão institucional de fortalecer os sujeitos sociais populares, buscamos ampliar a experiência de atuação em fóruns. Desde então, propomos e acompanhamos a formação do Fórum Sul de Saúde (PR, SC e RS). Também trabalhamos no sentido de aproximar a organização destes espaços com a Rede de Usuários do SUS que é uma experiência iniciada no Nordeste do Brasil e acom-

panhada pelo Centro Nordestino de Medicina Popular. O Gilson Carvalho tem sido um dos nossos grandes parceiros nas atividades dos fóruns de saúde. Sua contribuição, principalmente no Curso de Formação de Agentes Multiplicadores do Direito à Saúde, vem sendo indispensável.

O CEAP teve uma participação decisiva, juntamente com outras organizações nacionais e internacionais, na realização do Fórum Social Mundial da Saúde, realizado em 2005 e 2007. Desde 2005 exerce a Secretaria Executiva desta articulação internacional. Trata-se de uma atuação na articulação, assessoria e formulação estratégica em relação à participação da comunidade na busca da efetivação do direito humano à saúde.

Sempre temos dito que a construção do SUS é resultado de um importante processo político e social da luta democrática no Brasil, ocorrida no último quarto do século 20. Lembrar disso tem sentido, muito menos enquanto recordação de um processo histórico e mais enquanto afirmação constante de que o SUS representa, para a sociedade brasileira, uma proposta que extrapola os marcos da saúde entendida como acesso às ações e aos serviços.

Diante disso, exibir a trajetória histórica do SUS como um troféu representa eleger essa experiência da democracia brasileira como referência para a construção de outras propostas, ou, ainda, como uma prática de lutas. Ou seja, de alguma forma, reconhecemos que o SUS traz consigo um conjunto de valores consideráveis que revelam, na prática, o jeito brasileiro de enfrentar um dos problemas mais urgentes das sociedades modernas e contemporâneas, a saber, como se soluciona o conflito de interesses entre os grupos sociais por dentro dos limites do acordo e da concertação.

A construção do SUS foi, num primeiro instante, um processo de forte demanda da sociedade para com o Estado. Disso resultou a articulação social e política em direção às instituições públicas (Congresso Nacional, governos nacio-

nal, estaduais e locais, Constituinte, dentre outras) para as especificações legais e jurídicas dessas demandas, primeiramente na forma de dispositivos legais e, posteriormente, no estabelecimento de espaços e formas de interação da sociedade com o poder público em torno das questões próprias da área. A partir de então, estabeleceu-se uma dinâmica permanente de interação entre sociedade e Estado para o trato das políticas de saúde que perdura até hoje.

O SUS é um projeto político e social de alcance relativamente extenso. Isso porque, de um modo geral, “canaliza” demandas e, em torno delas, a organização de “lutadores” que atuam de uma forma articulada e permanente. E isso só é possível porque “unifica” em torno de ideais minimamente reconhecidos e aceitáveis, mais ou menos coesos. Ora, isso é fundamental para um processo de consolidação de visões de mundo, de sociedade e de ser humano, com vistas à afirmação de um projeto social e político capaz de dar identidade a uma sociedade.

Um aspecto importante é reconhecermos o que aponta para a unidade em torno da diversidade. Se observarmos com atenção, verificaremos que a luta popular e social, em torno da saúde pública no Brasil de hoje, envolve sujeitos sociais populares de diferentes “matizes” sócio-políticas em torno de propostas que se apresentam mais ou menos iguais em praticamente todos os locais do país. Os princípios e os direitos difundidos pelo SUS encontram eco e se reproduzem de uma forma mais ou menos igual e coesa desde os grandes centros urbanos aos mais remotos rincões.

Nos últimos anos é possível apontar na luta pela saúde pública, no Brasil, a visível atuação entrelaçada em rede. Os diferentes sujeitos sociais populares, tão diversos e amplamente distribuídos no território nacional, encontram lugar para efetivar a sua cidadania política e pôr em prática o ideal da participação da comunidade, nas definições em torno da política pública, através de um simples e eficiente

sistema de atuação em rede. Esse sistema se opera por meio de conselhos, conferências, plenárias, fóruns e outros espaços que se articulam e se complementam entre si.

Neste contexto, vem sendo indispensável a contribuição do médico pediatra da saúde pública, Gilson Carvalho. Seja como profissional da saúde, como funcionário público federal, como gestor, seja como professor universitário ou ainda enquanto lutador que *doa* seus conhecimentos por meio de conferências, palestras, textos e debates. O Gilson tem sido um dos tantos incansáveis na construção do modelo de saúde que o SUS representa. Ele se destaca pelo seu espírito de doação, de comprometimento e engajamento! Não há um rincão deste Brasil que não tenha contado com a presença de Gilson Carvalho para um debate, painel, curso ou palestra! Dinamismo assim não é para qualquer um.

Não pretendemos convencer alguém para que concorde com o mérito das questões postas nesta obra, tampouco com as posições do autor. O mais importante, e esse é o nosso objetivo (e do próprio autor), que os textos aqui contidos dêem continuidade ao profícuo diálogo provocado por eles para avançarmos na construção do SUS. Ao CEAP, por afável escolha do autor, cabe, neste momento, ser coadjuvante nesta publicação. Trata-se de uma coletânea de textos, alguns escritos para a divulgação através dos mais diferentes meios e outros organizados como roteiros de conferências e palestras. Coube-nos a grata tarefa de, juntamente com o autor, estabelecer o formato e apontar o roteiro do conteúdo da obra. Nem é preciso dizer que se trata de um material valiosíssimo para ilustrar — através da opinião e da posição deste inigualável intelectual da saúde brasileira recente — como vem se dando a construção do SUS.

Esta obra contempla textos com análises da saúde no Brasil numa perspectiva, com críticas afirmativas (em se tratando dos avanços) e negativas (que analisam os entraves) do SUS, crivadas pela lucidez oriunda da experiência

do autor e pelo vasto amparo legal.

No primeiro capítulo, Gilson faz observações interessantes sobre a essência do SUS. Faz uma série de considerações acerca daquilo que até hoje se tem em termos de formulações legais e sobre as compreensões necessárias delas. O autor esboça, no segundo capítulo, provocantes considerações sobre a participação da comunidade na saúde, passando por reflexões avaliativas e sobre a realidade atual em relação a esta temática e culminando com algumas propostas amplas para aperfeiçoar os processos de participação comunitária nas lutas pela saúde.

Uma detalhada e consistente elaboração é dedicada aos conselhos de saúde no terceiro capítulo. São abordados temas como a composição, a sucessão, o funcionamento e sugestões de grande valia para a dinâmica destes espaços de participação, além de propostas sobre as práticas a serem seguidas.

No quarto capítulo o autor aborda sobre as conferências de saúde. São tratadas questões como a organização, o funcionamento, o regimento interno, o antes, o decorrer e o depois das conferências.

O quinto capítulo trata da função controladora da participação da comunidade na saúde. O autor se dedica a expor os caminhos a serem percorridos para que o exercício da cidadania política seja eficaz na realização do direito de participação.

A função controladora da participação popular é amplamente frisada no sexto capítulo. Trata sobre os fundamentos do controle público e as diferentes formas de seu exercício. O autor mostra que a cidadania não pode abrir mão do direito de fiscalizar e acompanhar o funcionamento daquilo que é público de fato e de direito.

O sétimo capítulo é composto de um conjunto de reflexões interessantes que o autor desenvolveu no decorrer de sua trajetória intelectual sobre questões mais abrangentes

ou mais pontuais, em relação à saúde pública no Brasil, sobretudo nos aspectos relacionados à participação cidadã. Nos anexos encontramos textos nos quais o autor indica algumas propostas de instrumentos indispensáveis para o bom funcionamento dos espaços de participação da comunidade no SUS.

Enfim, Gilson Carvalho e nós da equipe do CEAP acreditamos que “um outro mundo é possível” e que isso implica em apostar numa estratégia coletiva para sua efetivação. No campo da saúde isto significa afirmar que o processo em construção tem grande relevância social e política. Permanece o desafio de potencializarmos a luta pela saúde, começando pela superação da visão de que “muita coisa está errada” e “que não há mais solução”, avançando na consolidação de instrumentos e experiências exitosas na efetivação do SUS. Esperamos que esta obra anime e fortaleça a todos e todas na luta pelo direito à saúde e a cidadania.

Passo Fundo, primavera de 2007.

Jair Andrade
Valdevir Both
Volmir Brutscher
Educadores Populares do CEAP

INTRODUÇÃO

*É preciso mesmo brigar contra certos discursos
pós-modernamente reacionários, com ares triunfantes,
que decretam a morte dos sonhos e defendem
um pragmatismo oportunista e negador da utopia.
É possível vida sem sonho, mas não existência
humana e história sem sonho...*

Paulo Freire

A participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos nós cidadãos. Ela é um direito do cidadão pleno, portador de direitos. É extremamente necessário cultivá-las nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde. Cidadania e participação da comunidade são motivos recorrentes na Constituição Federal (CF) e determinados no campo da Saúde. Tudo começa pelo primeiro artigo da CF, em seu parágrafo único: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.” A discussão a seguir sobre os direitos individuais, sociais e políticos, vai delineando o sentido fundamental da presença do cidadão, como portador de direitos e sujeito ao cumprimento de obrigações, no ambiente do Estado.

A participação da comunidade continua sendo introduzida em outros artigos, como no Art. 10, que garante a “participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários, sejam objeto de discussão e deliberação”. No Art. 37 da CF fica estabelecido que:

[...] a lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especial-

mente as reclamações relativas à prestação de serviços públicos, assegurada a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna da qualidade dos serviços; acesso dos usuários a registros administrativos e a informação dos atos do governo; a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função da administração pública.

A participação da comunidade na saúde entra no Art. 194:

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) com base nos seguintes objetivos: [...] VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Tal afirmação se confirma no Art. 198, no qual a participação da comunidade é colocada como uma das três diretrizes da organização do SUS, junto e em pé de igualdade, com a descentralização e o atendimento integral.

A Lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e cria duas instâncias colegiadas expressas na Conferência de Saúde e no Conselho de Saúde. Diante destes preceitos constitucionais e legais, e, em consonância com o sentimento de cidadania de todos nós, precisamos colocar, com destaque, esta diretriz como uma de suas prioridades. Como primeiro passo, devemos assumir e garantir o conceito pleno de participação comunitária que é bem mais amplo que o de apenas fazer o controle social. A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde.

Existem inúmeros problemas relacionados a esta questão que demandam nossa intervenção urgente, dentre eles podemos destacar:

- Visão, nos serviços de saúde, do cidadão apenas como objeto e não como sujeito ativo e participante de cada ação de saúde;
- Negativa ou dificuldades para o cidadão acessar informações rotineiras de seu interesse individual e coletivo relativas ao direito à saúde;
- Negativa ou dificuldades aos mais mezinhos direitos do cidadão de acesso, acolhimento, atendimento e acompanhamento pelos serviços de saúde;
- Conselhos e Conferências de Saúde não desempenhando suas funções fundamentais: *propositiva* (discutir e aprovar a política de saúde expressa no plano de saúde) e *controladora*, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (acompanhamento e fiscalização do fundo de saúde, análise dos serviços prestados e avaliação dos resultados);
- Lei que rege Conselhos e Conferências está inadequada aos princípios constitucionais e legais;
- Composição do Conselho com ilegalidade em relação ao número e à proporção dos segmentos;
- Conselheiros não escolhidos livremente pelos seus segmentos ou com lista múltipla para escolha pelos dirigentes do SUS;
- Conselheiros escolhidos e indicados sob vários “contaminantes” como o político-partidário e o das várias corporações;
- Conselhos de Saúde que não discutem nem aprovam planos de saúde e relatórios de gestão;
- Reuniões de Conselhos de Saúde apenas formais, cumprindo regras burocráticas, sem nenhum produto concreto de proposição ou controle;
- Conselhos de Saúde querendo assumir funções executi-

- vas, típicas e características dos gestores;
- Conferências de Saúde com pouca objetividade, mal formatadas, mal executadas, e, conseqüentemente, com baixíssimos resultados reais, dando falsa impressão de democracia e participação;
 - Posição passiva de dirigentes do SUS que, por vezes, não se sentem responsáveis pelos Conselhos e Conferências de Saúde, usando postura de tolerância e eximindo-se da responsabilidade pelo seu funcionamento e cumprimento.

Existem, igualmente, algumas oportunidades atuais para serem aproveitadas na busca de saídas para estes problemas. Podemos citar:

- O momento de divulgação dos direitos e deveres dos cidadãos em relação à saúde, colocados pela primeira vez numa portaria do Ministério da Saúde (PT-MS 675 de 30-3-2006);
- O momento de exigência dos cursos introdutórios para Conselheiros de Saúde previstos no Pacto pela Saúde 2006;
- O Programa de Educação Permanente previsto pelo Ministério da Saúde para atingir os Conselheiros de Saúde;
- A realização da XIII Conferência Nacional de Saúde, com tudo o que ocorreu previamente nas Conferências Municipais e Estaduais e o momento da etapa Nacional e de suas conclusões e recomendações.

Não poderíamos deixar de mencionar aqui algumas operações e estratégias relacionadas ao tema da participação da comunidade na saúde.

- Promover um mutirão em cada Conselho de Saúde para resolver este passivo apontado acima. Desde a lei, estatuto, deliberações e resultados de conferências, para mexer na prática do dia-a-dia;
- Participação de todos os segmentos em grupos ou comis-

sões que definam o conteúdo dos momentos de Educação Permanente e Cursos Introdutórios para Conselheiros;

- Exigir que dirigentes do SUS, urgentemente, criem um banco de perguntas e respostas, problemas e soluções para apoiar os Conselhos de Saúde em relação à participação da comunidade nas ações e serviços de saúde, em especial referentes aos Conselhos e Conferências de Saúde.

Na Constituição Brasileira está colocado este direito à vida e à saúde. Contudo, todos sabemos que ele só irá acontecer se, sem exceção, lutarmos a cada momento para garantir sua efetividade.

Vamos todos construir este sonho que é anseio humano: viver mais e melhor, com bem-estar e felicidade.

1. CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1. Profissão de Fé em defesa do SUS

Toda a ação de participação da comunidade na saúde deve ser um marco referencial teórico no cumprimento do Bloco de Constitucionalidade garantidor do direito de todos os cidadãos brasileiros à saúde, com objetivos, funções, princípios e diretrizes. O resumo executivo que segue eu gostaria de ver afixado em cada unidade de saúde, escola, grupos comunitários, associações, templos religiosos, etc.

Gostaria de ver a essência do SUS levada adiante por todos os cidadãos e cidadãs como se fosse uma profissão de fé, enraizada nos corações e nas mentes como uma religião, uma obra para ficar na posteridade e repassada de geração a geração. Isso porque só o conhecimento a cada dia ampliado poderá nos ajudar a viver mais e melhor.

Eis os elementos fundamentais deste resumo, desta profissão de fé. Leia e divulgue. Estamos querendo participação da comunidade para implantar e implementar este SUS constitucional e legal. Esta é a profissão de fé do SUS:

- A saúde é um direito de todos e dever do Estado.
- São funções do poder público através do SUS regular, fiscalizar, controlar, executar políticas universais e integrais de saúde.
- São objetivos principais do SUS:
 - identificar condicionantes e determinantes, que passam pela garantia de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais;

- formular a política econômica e social para diminuir o risco de doenças e outros agravos;
- proporcionar assistência através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- São diretrizes e princípios do SUS, enquanto diretrizes e princípios técnico-assistenciais, a universalidade, a igualdade, a equidade, a integralidade, a intersetorialidade, a resolutividade, o acesso à informação, a autonomia das pessoas e a base epidemiológica. Também são diretrizes e princípios técnico-gerenciais a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a existência de gestor único por esfera, a complementariedade e suplementariedade do privado financiamento e a participação da comunidade.
- As ações e serviços de saúde devem ter a realização integrada das ações assistenciais e das ações preventivas.
- Todos estes objetivos, funções, princípios, diretrizes e ações estão prescritos na Constituição Federal e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Todos os defensores do SUS são responsáveis pela sua execução, de agora em diante até que não haja mais cidadãos e cidadãs sem acesso à saúde no nosso Brasil.

1.2. O sistema de defesa do direito à saúde do cidadão brasileiro

O Brasil vive, há quase vinte anos, sob a égide de uma nova regra: a Constituição Federal de 1988. Um novo paradigma foi posto depois do fim da ditadura militar.

Esta foi uma Constituição que, em muitos capítulos incluindo-se o da saúde, nasceu da base, das entranhas da própria população e técnicos que discutiram e formularam premissas e propostas a serem incorporadas.

A CF caracteriza o Estado como Servidor. Este Estado Servidor tem regras a seguir que, se cumpridas, mudam a

sua ação. As políticas públicas, como forma de ação do Estado, passam a externar esta característica servidora em substituição à do Estado Usurpador. É o novo Estado Servidor se contrapondo ao Estado Usurpador.

Os direitos individuais, sociais e políticos dos cidadãos estão claros e patentes. O Estado democrático e de direito está definido como aquele que tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, o pluralismo político. Os objetivos fundamentais visam construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização; reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A base e a linha estão lançadas. O mais penoso é fazer sair do papel aquilo que caracterizaria este Estado Servidor. Denominada de Constituição Cidadã, não sem razão, ela coloca como centro os direitos do povo brasileiro. A maior das declarações é: “Todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (*democracia representativa*) ou diretamente (*democracia participativa*) nos termos desta Constituição.”

1.2.1. O direito à saúde-felicidade

Destemida e persistentemente, ousamos externar a ligação essencial: o direito à saúde tem como fundamento o direito à vida, e à vida em sua plenitude e em abundância; ao bem-estar, o estar bem, a felicidade individual e coletiva.

Todos nós buscamos a saúde como seres humanos e aqueles que socialmente desempenham a função de ajudar os outros a terem saúde, os provedores de saúde, públicos e privados, individual ou institucionalmente, não podemos perder de vista o objetivo maior: ser e fazer gente feliz.

Quando nos colocarmos todos, provedores e consumidores dos serviços de saúde, como artífices de nosso bem-estar, de nossa saúde, tenho a certeza que os serviços de saúde jamais serão os mesmos. Jamais se questionará que a relação entre provedores e consumidores está esgarçada, nem que falta humanismo, atributo básico da espécie humana à qual pertencemos. Carinho. Ternura na relação. Todos reconheceremos que temos uma conquista a fazer. Nosso objetivo maior coletivo será a busca contínua da saúde-felicidade. A qualidade de vida.

A Constituição de 1988 consagrou os direitos e deveres de todos os cidadãos brasileiros. Foram as maiores conquistas de cidadania que um povo conseguiu incluir em sua carta maior. Muitos acusaram os constituintes de terem prodigalizado os direitos sem, contudo, pensar em como garanti-los. Isto é, a meu ver, um ledo engano, pois para tais direitos foram estabelecidos deveres a serem cumpridos por todos. “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (CF, Art. 5, § I).

A saúde está entre os direitos constitucionais inscritos no Capítulo II que trata dos direitos sociais. O Art. 6º da CF diz: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Já nos primeiros artigos, genericamente, está defendido o direito à saúde no momento em que se afirma que a República Federativa do Brasil tem como fundamento a cidadania, a dignidade da pessoa humana e outros. Entre os objetivos fundamentais do Brasil está a construção de uma sociedade livre, justa e solidária com erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem de todos, sem preconceitos.

A saúde, como direito específico, está bem clara nos direitos sociais. Nos enunciados gerais acima se pressupõe que ela seja um dos condicionantes fundamentais para se

garantir cidadania e dignidade. Isto é sonho ou realidade? No meu ver, um sonho que deve se tornar realidade na medida em que, como cidadãos cumpramos nossas obrigações individuais e coletivas que possibilitem usufruirmos de nossos direitos, entre eles o de ter e gozar saúde. Dentre nossos deveres de cidadania colocamos como essenciais: a contribuição com o fisco, sem sonegação; a prática da não corrupção passiva e ativa; o exercício do controle da sociedade, tanto do público como do privado, para que ambos não utilizem mal os recursos públicos.

Saúde é um direito essencial que, na Constituição, está colocado como dever do Estado, mas que só acontecerá se todos nós cumprirmos com os nossos maiores e menores deveres cotidianos, o que nos fará cidadãos plenos. Na lei orgânica de Saúde está bem explícito: só conseguiremos ter saúde na medida em que tivermos a contribuição das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.

O direito à saúde exige que cada um de nós cumpra com seus deveres. Entre omitir-nos e compactuar existe uma terceira via: a participação e luta de cada um de nós para que todos sejamos cidadãos plenos, iguais em direitos e deveres. Ou seja, assumir o direito à saúde como parte da transformação de nosso país.

1.2.2. Princípios fundamentais do direito à saúde: o SUS

Para garantir este direito de todos à saúde a Constituição criou o Sistema Único de Saúde, o SUS. Os princípios fundamentais e inarredáveis do SUS são os seguintes:

- a) **A saúde é um 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. Todo cidadão tem direito à saúde como um dos direitos sociais e ao Estado cabe o dever de garantir este direito. A garantia mediante políticas econômicas e sociais fica

mais explicitada na Lei 8.080/90, na qual as questões extra-setoriais são colocadas como determinantes e condicionantes de saúde: trabalho, salário, alimentação, moradia, transporte, cultura, educação e lazer.

- b) **Acesso universal e igualitário** às ações e serviços de saúde. Isto significa que todas as pessoas, por terem direito à saúde, têm direito à igualdade de acesso, de chegada aos hospitais e unidades de saúde.
- c) O princípio da **integralidade** das ações e serviços de saúde sob o prisma da horizontalidade. Não se deve separar ações de promoção, proteção e recuperação, mas sim integrá-las e oferecê-las à população de forma igual e universal.
- d) As ações e serviços de saúde são de **relevância pública**. Poderia ser apenas a ênfase da qualificação mais forte da definição de saúde: relevância, destaque. Na própria Constituição Federal, além desta conotação, existe uma correlação com as funções do Ministério Público, entre as quais está a de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia. Portanto, o Ministério Público tem como obrigação zelar para que os serviços de saúde garantam o direito à saúde das pessoas. Cabe ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. O poder público deve exercer seu papel de regulação, fiscalização e controle sobre todos os serviços de saúde, tanto próprios como privados. Esta é uma das funções precípua do Estado. Além disto, a execução dos serviços de saúde deverá ser feita diretamente ou pelo setor privado contratado ou conveniado.
- e) As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada e constituem um**

sistema único. As ações e serviços públicos de saúde constituem o Sistema Único de Saúde. Sua organização deve ser em forma de uma rede, com características regionais e de forma hierarquizada, cuja ordem seja dos mais simples ao mais complexo. O primeiro atendimento em geral seria feito em unidades básicas menores e de lá encaminhados aos serviços de maior complexidade.

O Sistema Único de Saúde deve estar organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera; atendimento integral com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais e com participação da comunidade.

O setor privado, segundo a Constituição, tem seu espaço definido em duas situações bem nítidas. Em primeiro lugar, este país, chamado Brasil, está aberto à iniciativa privada. Portanto, na saúde também, todos podem desenvolver livremente atividades de saúde de caráter privado. As pessoas físicas e jurídicas de direito privado podem executar as ações de saúde, sob a regulamentação, fiscalização e controle do público. Além disto, podem participar complementarmente do SUS através de contrato de direito público ou de convênios, dando-se preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

A estes fundamentos poderíamos juntar outros que constam dos artigos da seção saúde da Constituição brasileira: o financiamento pelas três esferas de governo; a assistência à saúde livre à iniciativa privada; a remoção de órgãos e de sangue; controle e fiscalização de procedimentos e medicamentos; vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; recursos humanos; saneamento básico; desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalização e inspeção de alimentos; produtos psico e radioativos; e proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalho.

1.3. O público e o privado

As definições jurídicas do público e do privado passam por uma análise afeita às definições clássicas de que o público é a ação do aparelho estatal e o privado é a ação dos indivíduos, isolada ou em sociedade.

Se formos buscar as definições em dicionário, encontraremos no Aurélio uma dupla definição do público: relativo, pertencente ou destinado ao público; e relativo ou pertencente ao governo de um país, aberto a quaisquer pessoas.

A interpretação que eu advogo identifica-se com a visão do “relativo, pertencente ou destinado ao público”. Ela é menos restrita e mais abrangente. Busco o conceito de público e privado do ponto de vista político-social. Sob este prisma deveríamos entender como pública qualquer atividade que estabelece uma relação com os demais cidadãos.

Seria a atividade da padaria da esquina uma atividade pública, ainda que desenvolvida por um ente privado? Não tenho a menor dúvida de que seja pública. Existe uma relação aberta com o público. Está oferecida ao público. Precisa do público. Depende do público.

De outro lado, esta mesma padaria (ou supermercado, lanchonete, loja de carros, computadores, escola privada, hotel, empresa de advocacia, engenharia, odontologia, medicina, rádio, jornal, TV, etc.) é sujeita a uma regulação pública e, necessária e imprescindivelmente, tem que ter um total controle dos cidadãos.

Assim vejo as atividades humanas. Industriais ou comerciais de produção como de comercialização de bens e serviços. Qualquer um de nós que se abre ao mercado, às trocas entre os cidadãos, neste exato momento, saindo da individualidade e privacidade, entra na característica pública. Vai assim desde o mega-empresário até o menor deles. Das grandes empresas de vendas de serviços até os autônomos micro-empresários, feirantes, barraqueiros e ambulantes.

tes. Qualquer destas atividades, ao se oferecer e expor ao público passa a ter características públicas, devendo submeter-se a regulamentos públicos e ter em seu escopo a prestação de serviços públicos, para o povo, para os cidadãos.

Desta compreensão decorre um novo papel do Estado e do cidadão. O papel do Estado diz respeito à dualidade do fazer/comprar e o de assistir/regular. O que deve o Estado fazer ou comprar feito? E, o que deve o Estado regular ou apenas assistir de cátedra, sem interferir? Ver o desenrolar dos fatos deixando que a regra da economia de mercado e outras, simplesmente governem iniquamente por si próprias na rapinagem dos que têm sobre os que pouco ou nada têm?! A resposta está no Art. 174 da Constituição Federal: “Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.” Leis existem e boas. Bastaria que saíssem do papel, que acontecessem!

Quando o governo não controla, não regula os bancos, os planos de saúde e as construtoras, acaba vendo os cidadãos, cuja defesa lhe é intrínseca, sendo lesados por estas instituições. Resta aos governos, muitas vezes, o ônus de, sob o pretexto de salvar o bem dos cidadãos, darem cobertura aos responsáveis por desvios econômico-financeiros crônicos, astronômicos e lesivos ao coletivo dos cidadãos.

Além do controle do Estado precisamos reconhecer o outro pólo deste controle. Trata-se do controle social que requer que cada cidadão deve controlar a sociedade como um todo, tanto o setor público como o privado. Parece, a muitos, utópico imaginar pessoas, cidadãos, controlando a própria sociedade da qual fazem parte e da qual são condicionantes e determinantes.

Só existe uma saída para o nosso Brasil: a revolução da mudança da mentalidade através da informação e da conscientização. Sair do estado de omissão, da postura clás-

sica de sócio-proprietário anônimo de um *Brasil S/A* para exercer o pleno controle acionário como cidadão ativo deste nosso imenso Brasil.

2. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE

*O querer e o poder. Saber de onde se está e para onde se quer ir.
Depois, querer ir. O poder vai ser relativizado.
Não podemos poder tudo. Nem mesmo a maior parte.
Mas, podemos poder, o pouco que for, de maneira diferente
em direção ao melhor. Não basta ser diferente.
Tem-se que sê-lo com requintes
(não apenas resquícios) da boa qualidade.
Gilson Carvalho*

2.1. Divagando sobre Participação da Comunidade

Não tenho algo acabado sobre o tema participação da comunidade. São apenas algumas anotações e reflexões esparsas que tento juntar, que podem nem ter nexos. Mas, é preciso refletir sobre a questão, agora, sob o risco de um dia nem podermos tirar conclusões mais acabadas e profundas.

Eu trabalho com coletivos há muito tempo: família grande, vizinhança grande na convivência integrada quintal e rua em cidade de interior, colégio interno desde os nove anos, república de estudantes. No coletivo quase familiar foi isto. No coletivo “povão” foi a experiência de mobilização em movimentos religiosos, no escotismo, em alfabetização de adultos quando fui universitário, nas lutas políticas e depois nas lutas de saúde.

A experiência do coletivo em saúde começou por bate-papos, palestras, aulas e discussões com a comunidade. Organização ao redor do levantamento de problemas e soluções nos bairros, com as comunidades eclesiais de base. Na

área da pediatria as consultas coletivas, os bate-papos de democratização do saber, palestras, reuniões e escritos. Paralelo a isto a discussão do direito à saúde, a organização dos serviços de saúde, os planejamentos participativos, os orçamentos participativos, as CIMIS, os conselhos de saúde, os conselhos gestores de unidades, as conferências de saúde nas três esferas de governo.

Minha vivência lembrada a cada vez que penso e falo de participação da população é que, se tomarmos 1967, 1977, 1987, 1997 e 2007, a participação das pessoas se deu em estágios crescentes nas três primeiras décadas e vem ficando menos importante da década de 90 para cá. Isto teria algo a ver com nossa história política? A fome das conquistas e reformas de 60? A não satisfação somada ao cerceamento de 1964 a 1979? Seguiu-se a abertura, a nova república e a aparente desmobilização dos últimos anos.

Nos anos da ditadura vivemos a dureza de ter que nos organizar para defender o global que era a luta libertária, mãe das outras menores. Nesta luta entrou muita gente.

Entramos em seguida na luta libertária das minorias esquecidas, preteridas: pretos, índios, homossexuais, portadores de deficiência (aqueles ditos especiais), renais, infectados pelo HIV, etc.

Houve o movimento em busca da participação política dentro dos partidos, com destaque aos partidos de tendência à esquerda. Sempre se falou na sua grande base ideológica. Foi, sem dúvida, o grupo que mais teve este componente na história dos partidos brasileiros. O único parâmetro mais próximo — exatamente na ponta ideológica oposta — talvez tenha sido o do integralismo do Plínio. A base destes partidos, entretanto, foi a classe trabalhadora da elite da mão-de-obra, eletricitários, metalúrgicos, servidores públicos e várias outras. Para contrabalançar, tinha a presença de intelectuais e ideólogos, muitos deles funcionários públicos de universidades e serviços.

Dando sustentação à luta ideológica havia a luta pelo sonho. Estava latente, por baixo de tudo, a luta por direitos particulares de classes de trabalhadores. Muitas vezes os rachas aconteceram e continuarão acontecendo na medida em que a defesa ideológica foi sobrepujada pela luta corporativa. A ética do cidadão sobrepujada pela da corporação. Governos eleitos em processos de participação ficaram logo incompatíveis com suas bases. O coletivo do funcionalismo tinha seu sonho individual de melhores condições de vida funcional: melhores salários, melhores benefícios indiretos (transporte, alimentação etc.), redução de jornada de trabalho para seis horas, sistema de saúde próprio do funcionalismo ou plano de saúde privado, todos os cargos de direção nas mãos exclusivas dos militantes, independente de terem ou não competência. O que não se podia era ficar na mão dos outros “impuros”, a direita da direita (na sua visão), mesmo que fossem comprometidos com a sociedade e competentes. Na prática se escreveu outra história: sociedade não era o partido e o que importava era ser do time. A participação que se esgotou no maniqueísmo de que os nossos são bons e os outros não prestam. Jamais deveremos considerar estas observações como generalizáveis a todos, mas, que aconteceu nestes vários Brasis, aconteceu!

Está parecendo estranha esta reflexão, de repente, com um viés de crítica aos partidos progressistas*. Não sou filiado. Sou adepto dos progressistas e, de repente, me sinto também um pouco roubado no sonho. Continuo sem ter carteirainha de progressista, mas acho que esta é a via mais possível de construção da civilização. Faço parte daqueles que apostam no sucesso das propostas progressistas dentro da pluralidade político-partidária. Daí a dor quando existem os desvios de rota, os descaminhos... o rompimento do coletivo

* Progressista entendido aqui como de esquerda, tendo como objetivo social e político a transformação das condições gerais da sociedade, causadoras de dominação e exploração.

do progresso dói como parte de nós próprios.

Por que esta reflexão? Acho que isto é a história maior da participação popular neste país e, por aí, passa a crise que vejo hoje entre as pessoas. São inúmeros, incontáveis aqueles que não eram filiados, mas que, bem dentro de si, nutriam a esperança de que daí surgiria a revolução. Dos caminhos pelo extremo sairia o atalho do ajuste à realidade. Sou dos muitos que esperaram pelo momento em que, através das mudanças da realidade, o coletivo dos brasileiros iria entender que tem que participar para transformar e construir um futuro melhor para cada vez mais brasileiros.

E aí, diante disto, como fica a garra e a gana das pessoas que participam da sociedade como um todo? O que tem por baixo desta história de uma participação crescente que atingiu um ápice e agora já está caindo? Ou não estaria?

A minha análise, e a de vários colegas com quem convivo, é que cada vez mais temos menos pessoas participando das grandes lutas. Basta lembrar o que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, com tudo de participativo que a precedeu, a luta da Constituinte, a luta pela 8.080 e a 8.142/90... e ponto (quase final!).

Vejo nitidamente duas vertentes. Aquela por onde andam as pessoas e movimentos que já vinham construindo sua participação há muitos anos. Estes, hoje vêm com preocupação a incapacidade de manter a chama nos que já estavam engajados e de outro lado a dificuldade crescente em trazer à participação novos companheiros.

Na outra vertente vejo municípios ingressando no movimento de saúde e que estão crescendo na participação. Estão crescendo, ainda que de outra forma. São comprometidos e se empolgam, mas, no meu ver, com menos pitada daquele “entusiasmo de bando” que alimentou os primórdios do movimento e que arrastou a massa de cidadãos em defesa da saúde. Uma mobilização, como a das “Diretas Já”, teve seu ponto alto semelhante na área de saúde na VIII

Conferência Nacional de Saúde, com direito a reedições decrescentes na IX e na X Conferências.

O que leva a que aparentemente se esgote a participação em saúde? A Plenária Nacional de Saúde não tem, há anos, reunido mais que 10 pessoas. Diante da soma do apelo da plenária e do movimento SOS-SUS — em Defesa do SUS, hoje estas reuniões começam com 10 pessoas, chegam a 20 no momento de pico e terminam com a famosa meia dúzia de três ou quatro. No Estado de São Paulo, sua Plenária Estadual ainda consegue atrair, às vezes, o dobro de pessoas que a Nacional. A história se repete no meu município de São José dos Campos, quando nos idos de 1976-1982, num estalar de dedos, reuníamos dezenas de pessoas em bairros e centenas nas reuniões gerais do município. Hoje, nas plenárias de prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde, com centenas de convites formais e informais as dezenas de participantes não ultrapassam e, às vezes, nem mesmo chegam aos cinco dedos de uma das mãos. Por quê? Qual a razão deste fenômeno?

Eu estava pensando nisto pela undécima vez quando me lembrei da assembléia sindical que apelou para o sorteio de prêmios para assegurar a presença dos filiados. O desaponto desta situação insólita aliviou, em parte, o sentimento de menos valia que vinha alimentando pela falta de participação em defesa da saúde.

O município de São José dos Campos fez orçamento participativo durante quatro anos entre 1979 e 1982, depois, ainda que de outra forma, entre 1989 e 1992, utilizando-se das audiências públicas previstas na Lei Orgânica Municipal. Entre 1993 e 1996 investiu no modelo petista de fazer orçamentos participativos, mobilizando centenas e milhares de pessoas nos bairros e, depois, no momento da consolidação central. (Se Deus quiser, alimento o sonho de que um dia o orçamento participativo evolua para a Gestão Participativa: diagnóstico, plano, execução, controle e avaliação).

Mudou o Governo e já, no primeiro ano, sem orçamento participativo, não aconteceu nada. Nenhum protesto. Nenhuma convulsão social. As pessoas não exigiram a continuidade. Não reivindicaram. Não espernearam. O orçamento participativo é ruim? Defendo o contrário. Precisamos participar para exercer o controle como cidadãos em cima do público e também do privado. O que está ocorrendo? Teve e não tem mais, e ninguém notou a falta?

Houve outra questão na área da saúde e também em outras áreas. Organizamos a participação. A fase de lutas para sermos ouvidos. A fase da formulação das políticas. A fase da consolidação através das leis, decretos e portarias. Quando conseguimos determinadas conquistas quisemos ainda manter aquele espaço inicial que deveria ter terminado no conquistado. Para ser mais claro: organizamos a participação na saúde e conseguimos os conselhos e as conferências, mas teimamos em ter o espaço da plenária em paralelo àquilo que nós próprios defendemos na criação. Ou mantemos as plenárias ou as conferências e conselhos. Temos que dar força aos conselhos, abrir o espaço para que eles sejam os interlocutores da sociedade que eles representam. Criar espaço para que eles nos ouçam e nós possamos ouvir sobre suas atividades realizadas em nosso nome. A plenária só continuaria tendo sentido se fosse casada com os conselhos. Idem para as conferências de saúde. Conseguimos colocar na lei a obrigatoriedade de cada gestor público prestar contas ao Conselho e em audiência pública nas Câmaras e Assembleias a cada três meses. Teimamos em criar ou manter outros fóruns como se não tivéssemos conquistado nada. Não completamos nossa obra. Não enchemos as audiências públicas para ouvir e falar. Não devemos partir do pressuposto de que os conselheiros eleitos representam a sociedade? Não são eles os que agora deverão comandar o processo participativo? Ou vamos teimar em desautorizá-los criando ou mantendo poderes e espaços paralelos? (Vale lembrar que

as Plenárias Nacionais de Conselheiros, iniciadas há poucos anos, parecem apontar para a renovação desta participação.)

Vejo muita teoria da qual ainda não me convenci. Estou só na fase, a mais primária delas, de bancar o retratista da realidade e tentar mostrar o que vi. Outro dia, numa roda, falaram que as pessoas só participam quando estão andando atrás de soluções para seus problemas. Resolvidos estes, mesmo que em parte, passam a se desinteressar de continuar participando. O problema deixou de ser preocupante, ao menos, para algum grupo ou pessoas do grupo. A conclusão dos que advogam esta teoria é simples: “estamos respondendo melhor e dentro da mínima expectativa”.

Outra teorização é de que haja um calejamento individual e coletivo. A impossibilidade de transformar a realidade faz com que as pessoas lutem por algum tempo e depois se calejem? Ficam anestesiadas pela dureza do real?

Gosto das velhas concepções e definições de participação em que saímos da neutralidade do termo para tomá-lo no conceito positivo, de valor. Não é apenas ser parte, fazer parte, tomar parte, mas principalmente *ter parte*. Acho que estamos longe de ter introjetado a idéia de que temos parte no mundo e na sociedade. Parte esta que é de todos em igualdade — aprofundando o conceito. Todos, donos, em proporção igual. Sem nenhuma discriminação odiosa nem de classe, nem de posse, nem de credo, nem de cor, nem de ideologia, nem de partido. É difícil pensar assim. Direita e esquerda se encontram neste desaguar, ainda que de novo, independente de cor partidária ou mesmo de ter partido, existem os que não pensam assim. É a razão de não entrarmos no desespero da desesperança de mudança.

Enquanto não conseguirmos uma massa maior de pessoas partindo desta convicção dificilmente encontraremos participação nas transformações da sociedade no sentido da inclusão de todos em igualdade de direitos.

A fase primária da participação acusatória. A metra-

lhadora giratória sobre todos que não sou eu nem os meus ainda não foi superada. Muitos que se fixaram nela e entenderam que ela fosse a única via, estão órfãos e perdidos. Como acusar a nós próprios quando assumimos parte do poder — no quadro de transição — e passamos a entender da impotência de se realizarem mudanças radicais que desconheçam os tempos e movimentos diferentes, inerentes à concepção de processo. Passar da fase acusatória para a criativa e a de mãos na massa é um avançar para o qual a maioria dos batalhadores e progressistas não estavam preparados. Serviu como aprendizado? Seria uma das causas de descrença das pessoas no processo? Seria um dos fatores de calejamento das consciências que passariam a não ser mais compelidos a acreditar no processo e a passar do pensar ao fazer? Do omitir-se ao participar?

Qual será agora o nosso fazer rumo à cidadania plena e de todos? As experiências de administrações progressistas desde a época do MDB histórico, “frentão” que guardou em seu seio os muitos progressistas, o que foi feito e ficou? O que restou? O que restou dos movimentos participativos das últimas décadas? Desilusão? Saudade? Teses? Ou se plantou algo que dará frutos a apenas longo prazo?

São meras reflexões. Pensei alto muita coisa. Não são conclusões. Não são idéias acabadas e dogmáticas. Fazem parte da coragem que os anos dão para a gente dizer o que pensa e deixar que todos que não se expuseram possam entrar no orgasmo de criticar na cegueira da ortodoxia, nossas heresias heterodoxas.

2.2. Participação da comunidade x controle social?

Durante anos e mais anos, vimos reforçando o termo controle social. Muito escrevemos sobre ele, sem que, explicitamente, este termo estivesse no texto da Constituição Federal ou das leis da saúde.

Com o passar do tempo e tendo discutido isto em centenas de conferências, cursos, oficinas, palestras e pareceres, cada vez mais me convenço da necessidade de mudarmos o enfoque. Devemos enfatizar o *termo-mãe* Participação da Comunidade, como consta na CF e na Lei Orgânica da Saúde — LOS (8.080/90). Este termo tem conteúdo muito mais amplo, abrangente e profundo que o de simples controle social, o qual trata apenas de uma das funções da participação.

O sociólogo Herbert de Souza (Betinho), certo dia, definiu o “cidadão como aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade.” Não basta o discurso dos direitos seguido dos deveres. O primeiro discurso é o da consciência. Ter consciência como o ato da inteligência humana que processa dentro de nós um conceito com todas as suas conseqüências. Debatido, discutido, feito o contraditório, finalmente aninha-se dentro de nós. É como se começasse a fazer parte de nossa essência. Decorrente disto passa-se à compreensão que só existem direitos alicerçados em deveres. Só os deveres cumpridos por nós, por quem nos precedeu e por quem nos sucederá (compromisso inter-gerações) poderá garantir para esta e para as próximas gerações, todo e qualquer direito que possamos ter. O segundo discurso é conseqüente deste, se compreendemos a idéia do ser consciente que cumpre deveres e usufrui de direitos, o passo seguinte é participar. Não apenas fazer parte, ser parte, tomar parte, mas dentro do conceito de ter parte e garantir esta parte. Ver o mundo com o “olho de dono”. A idéia de sócio-proprietário em co-propriedade com os outros seres e os outros “reinos” do mundo (os outros animais, os vegetais, os minerais)! “O olho do dono” que nos impele ao engajamento de fazer a nossa parte, tomado que foi pela consciência.

Costumo dizer que este ser humano, cidadão e político, tem uma tríplice função na sociedade. Participa nela de três maneiras. Pela ação, a proposição e o controle.

2.2.1. A ação

Cada um de nós, ser humano, cidadão e político, tem um papel na sociedade representado pelo desempenho de qualquer de nossas funções na sociedade. A primeira obrigação é fazer bem feito tudo aquilo que fazemos. Da mais simples a mais complexa tarefa humana. A sociedade vive na interdependência permanente da ação individual de cada um. Em qualquer lugar que o cidadão esteja, todos nós, os demais nesta hora, estamos contando com o compromisso de sua ação. Seja médico, engenheiro, advogado, professor, pedreiro, frentista, faxineiro... cada um, em seu lugar, fazendo o certo de maneira certa, com a melhor qualidade possível. Só assim temos a garantia, todos, de podermos continuar usufruindo do conjunto da ação perfeita de cada um em seu posto e lugar. Eis o princípio da reciprocidade da ação perfeita de cada um.

2.2.2. A proposição

- “É livre a manifestação do pensamento” [...] (CF, Art. 5, IV).
- “O conselho de saúde atua na formulação de estratégias” [...] (Lei 8.142/90, Art. 1, § 3).
- “O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos” (Lei 8.080/90, Art. 36).
- “A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, LDO e orçamentos” (LC 101/2000, Art. 48 - LRF).

A proposição é outra maneira de participação do cidadão no seu mundo. Soma-se à ação pessoal o caráter propositivo de sua intervenção na sociedade e nos governos. Participar com idéias, avaliação de idéias e assunção de idéias, bem

como buscar saídas individuais e coletivas. A proposição nas audiências públicas, na discussão e elaboração de planos e orçamentos, conforme orçamentos participativos já previstos na CF de 1988 e reforçados pela LRF em 2000.

Na área de saúde há um mundo de questões a serem resolvidas e de problemas esperando boas idéias e saídas. Toda a formulação de estratégias de saúde precisa passar pelo Conselho. Todo o Plano de Saúde tem que passar pelo Conselho. No Conselho a comunidade participa propositivamente contribuindo e aprovando o Plano de Saúde.

2.2.3. O controle

- “Os recursos dos estados, do distrito federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela união para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.” (CF-ADCT, Art. 77, 3).
- “O conselho de saúde atua [...] No controle da execução da política de saúde [...] Inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Lei 8.142/90, Art. 1, § 3).
- “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” (Lei 8.080/90, Art. 33).

O controle social, cantado em prosa e verso, ficou como a essência da participação do cidadão. Entretanto, este termo nem mesmo existe na legislação geral ou do SUS. O que se fala é em participação da comunidade e em participação popular.

O Controle não é função única, mas é uma das funções da participação explícita: “controle da execução da

política [...] inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [...] acompanha e fiscaliza o fundo [...] os recursos do SUS movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde [...]” (Lei 8.142/90, Art. 1, § 2).

Está bem explícita esta função: fazer o controle de tudo o que foi realizado, incluindo-se a questão econômico-financeira.

Esta tríade da Participação da Comunidade: ação, proposição e controle deve substituir nosso enfoque errado e distorcido de falarmos exclusivamente no controle social. É muito mais que Controle: é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos.

2.3. Fundamentos legais da participação da comunidade

O único termo de referência essencial e imprescindível para o tema é a legislação brasileira — tudo o mais é complementar e explicativo. participação da comunidade é o termo legal e central e dela decorre o uma das funções que é o controle (social). Não se pode ter a prática de ficar no complementar e explicativo e abandonar o essencial que lhe deu origem. Muito menos afrontando-o e contrariando-o.

Participação da Comunidade, do cidadão tem que se balizar no fundamento:

- a) Todo poder emana do povo (CF, 1, § único);
- b) Participação do trabalhador, do empregador (CF, 10);
- c) Participação do usuário na administração pública (CF, 37);
- d) Participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados na gestão da seguridade (CF, 194);
- e) Participação da comunidade (CF, 198);
- f) Participação popular (LC, 101/200, Art. 48, § único);
- g) Participação da comunidade na gestão (Lei 8.142/90);

Vejam um pouco do que diz a legislação brasileira sobre tudo isso.

A origem de todo o poder do estado, é o cidadão:

“Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta constituição.” (CF, Art. 1, § único).

a) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde assegurar a participação da comunidade

- “É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação.” (CF, Art. 10).
- “A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública, direta e indireta, regulando especialmente: as reclamações relativas à prestação de serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviço de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos do governo, observado o disposto no Art. 5º X e XXXIII; a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.” (CF, Art. 37, § 3).
- “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”

VII — caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite com a participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.” (CF, Art. 194).

“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:

III - participação da comunidade.” (CF, Art. 198).

- b) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde dar informação e ouvir o cidadão.
- “Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.” (CF, Art. 5, XXXIII).
 - “Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.” (CF, Art. 74, § 2).
 - “As normas estabelecidas nesta seção, aplicam-se aos Tribunais de Contas Estaduais, do DF e dos Municípios.” (CF, Art. 75).
- c) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde assegurar aos cidadãos do conselho a oportunidade de formulação de estratégias e acompanhamento e fiscalização do fundo de saúde.
- “Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.” (CF, Art. 77, § 3, ADCT).
 - “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.” (Lei 8.080/90, Art. 33).
 - “O processo de planejamento e orçamentação do SUS

será ascendente, do nível local ao federal, ouvidos seus órgãos deliberativos.” (Lei 8.080/90, Art. 36).

- “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Art. 1 - O SUS 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

§ 2 - O Conselho de Saúde [...] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” [...] (Lei 8.142/90).

- “A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei diretrizes orçamentárias e orçamentos” (LC, 101/2000, Art. 48, § único - LRF).
- “Art. 2 - A transferência de que trata o Art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

Art. 3 - Os recursos transferidos pelo fundo nacional de saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo conselho de saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do poder executivo e do tribunal de contas da união.

Parágrafo único - A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei diretrizes orçamentárias e orçamentos.” (Decreto Federal 1.232/94).

d) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde comunicar a sindicatos, entidades empresariais e partidos políticos a chegada de qualquer recurso para a saúde vindo do Ministério da Saúde, até 48 horas após recebimento

- “Art. 1 - Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contado da data da liberação.

Art. 2 - A Prefeitura do Município beneficiário da liberação de recursos, de que trata o Art. 1º desta Lei, notificará os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no Município, da respectiva liberação, no prazo de dois dias úteis, contado da data de recebimento dos recursos.

Art. 3 - As Câmaras Municipais representarão ao Tribunal de Contas da União o descumprimento do estabelecido nesta Lei.” (Lei 9.452/97).

e) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde publicar ou afixar em local de ampla circulação, a cada mês, a listagem de todas as compras realizadas com fornecedor, valor unitário e total

- “Art. 16 - Será dada publicidade, mensalmente, em órgão de divulgação oficial ou em quadro de avisos de amplo acesso público, à relação de todas as compras feitas pela Administração direta ou indireta, de maneira a clarificar a identificação do bem comprado, seu preço unitário, a quantidade adquirida, o nome do vendedor e o valor total da operação, podendo ser aglutinadas por itens as compras feitas com dispensa e inexigibilidade de licitação.

Parágrafo único - O disposto neste artigo não se apli-

ca aos casos de dispensa de licitação previstos no inciso IX do Art. 24.” (Lei 8.666/93 - Alterada pela Lei 8.883/94).

- f) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde prestar contas ao conselho a cada três meses
- “Art. 12 - O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.” (Lei 8.689/93).
- g) A obrigatoriedade do gestor federal divulgar trimestralmente valor repassado a estados e municípios
- “Art. 4 - Os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal ...
§ 4 - Será publicada trimestralmente no Diário Oficial da União a relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a discriminação dos estados, Distrito Federal e municípios beneficiados.” (Lei 8.689/93).
- h) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde prestar contas bimestralmente e deixar abertas as contas anuais por sessenta dias para todo contribuinte poder verificar
- “As contas dos Municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.” (CF, Art. 1, § 3).

- “O poder executivo publicará até 30 dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária” (CF, Art. 165, § 3).
- i) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde reger-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade
- “A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade” [...] (CF, Art. 37).
- j) A obrigatoriedade de o gestor único de saúde prestar contas aos cidadãos pelos relatórios resumidos de execução orçamentária e de gestão fiscal inclusive pela internet e em audiência pública, a cada quatro meses
- “Art. 9 - [...]
- § 4 - Até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, o Poder Executivo demonstrará e avaliará o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre, em audiência pública na comissão referida no § 1 do Art. 166 da CF ou equivalentes nas casas legislativas estaduais e municipais.
- Art. 48 - São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.
- Parágrafo único - A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei diretrizes orçamentárias e orçamentos.

Art. 49 - As contas apresentadas pelo Chefe do Poder Executivo ficarão disponíveis, durante todo o exercício, no respectivo Poder Legislativo e no órgão técnico responsável pela sua elaboração, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.

Art. 50 - [...]

§ 3 - A Administração Pública manterá sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.

Art. 51 - O Poder Executivo da União promoverá, até o dia trinta de junho, a consolidação, nacional e por esfera de governo, das contas dos entes da Federação relativas ao exercício anterior, e a sua divulgação, inclusive por meio eletrônico de acesso público.

Art. 52 - O relatório a que se refere o § 3º do Art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:

a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;

b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;

II - demonstrativos da execução das:

a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;

b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhadas e liquidadas, no bimestre e no exercício;

c) Despesa por função e subfunção.

Art. 54 - Ao final de cada quadrimestre será emitido

pelos titulares dos Poderes e órgãos referidos no Art. 20, Relatório de Gestão Fiscal...

§ 2 O relatório será publicado até trinta dias após o encerramento do período a que corresponder, com amplo acesso público, inclusive por meio eletrônico.

§ 4 os relatórios referidos nos arts. 52 e 54 deverão ser elaborados de forma padronizada, segundo modelos que poderão ser atualizados pelo conselho de que trata o Art. 67. (Conselho de Gestão Fiscal)

Art. 67 - O acompanhamento e a avaliação, de forma permanente, da política e da operacionalidade da gestão fiscal serão realizados por conselho de gestão fiscal, constituído por representantes de todos os Poderes e esferas de Governo, do Ministério Público e de entidades técnicas representativas da sociedade, visando” [...] (LC, 101/2000 - LRF).

2.4. A realidade da participação na saúde

A realidade dos cerca de 5.600 conselhos de saúde no Brasil com 100 a 150 mil pessoas envolvidas é deveras alvissareira. Não tenhamos a ilusão de que todos funcionem bem e sejam compostos, democraticamente, com a paridade devida. Não mudamos a saúde sem mudar a sociedade e conquistar a cidadania. Estamos fazendo o caminho através de nossa luta da saúde. Em meio a vários Conselhos funcionando bem, encontramos dificuldades sérias em muitos outros.

Entre as dificuldades e distúrbios podemos citar:

- Confusão do papel da participação da comunidade enfocando exclusivamente o controle e perdendo de vista a ação propositiva;
- Descumprimento contumaz da legislação existente, deficiente;
- A representação errada dos vários segmentos legais;

- Os 25% dos profissionais de saúde nos conselhos e conferências de legalidade controversa;
- Conselheiros do segmento de usuários e profissionais escolhidos pelo gestor, prefeito e secretários;
- Despreparo técnico em saúde de gestores, profissionais, prestadores e de cidadãos usuários;
- Despreparo em técnicas relacionais e de negociação;
- Desrespeito a decisões do Conselho;
- Falta de reuniões;
- Discussão nos conselhos de apenas pequenas questões e periféricas já que as grandes não passam por lá;
- Falta de informações gerais, de saúde, de conteúdo e de financiamento;
- Não prestação de contas pelo gestor nem ao Conselho, nem em audiência pública trimestral nas Assembléias Legislativas e nas Câmaras Municipais;
- Posição corporativa de membros do Conselho não só de servidores, mas da corporação de usuários, prestadores e até mesmo de administradores públicos;
- Confusão entre o papel de deliberação com o de execução que não é do Conselho;
- Não homologação do executivo das deliberações do Conselho;
- Conferências de saúde precisando ser reformuladas quanto ao conteúdo, ao desenrolar, aos tempos e às participações.

Existem muitos outros pontos críticos que devemos solucionar. Devido aos vários anos de criação e funcionamento dos Conselhos e sua proposta ambiciosa, já nos vemos questionados pela sociedade sobre o para quê servem os Conselhos se os resultados que vemos são pífios?!

3. CONSELHOS DE SAÚDE

3.1. Os membros natos do Conselho de Saúde

Quem são os membros natos do Conselho de Saúde?
Temos que buscar os fundamentos legais:

- “É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores.” (CF, Art. 10).
- “Gestão quadripartite: com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.” (CF, 194, VII).
- “Representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários [...] A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.” (Lei 8.142/90, Art. 1, § 2).

Destes textos legais podemos concluir que não pode deixar de existir nos conselhos:

- a) Usuários, entre os quais estariam obrigatoriamente os trabalhadores, empregadores e aposentados;
- b) Governo;
- c) Prestadores de serviços;
- d) Trabalhadores e profissionais da saúde.

3.2. Quem são os legítimos representantes dos usuários?

Um questionamento permanente a mim feito é sobre quem pode ser considerado um legítimo usuário na composição dos Conselhos de Saúde. Existe muita confusão a respeito. Umas de boa fé, pois existem controvérsias, e outras

de má fé, aproveitando-se das controvérsias.

Vamos raciocinar a partir de alguns questionamentos e sofismas correntes:

- O Prefeito é um legítimo usuário dos serviços de saúde? Sim. Então ele pode sentar-se na bancada dos usuários com a maior das legitimidades, pois teve a votação majoritária para ser prefeito?! Foi o mais votado com a fiscalização dos tribunais eleitorais. Ele pode ser escolhido como representante dos usuários? E o Vice? E os assessores do Prefeito? A primeira dama? Todos são ou não são usuários dos serviços de saúde? Os vereadores, no caso, já representam a população. Foram eleitos no rigor da lei. Podem ser os representantes dos usuários nos serviços de saúde?
- Os prestadores de serviços de saúde, donos e gestores de hospitais públicos e privados — lucrativos e filantrópicos — podem assentar-se na bancada dos usuários dos serviços de saúde?
- Os servidores públicos em geral e os de saúde, sindicalizados ou não, podem tomar assento na bancada de usuários? São usuários, afinal: moram nos bairros, pertencem a sociedades, medicam-se nos serviços de saúde!

Todos estes: prefeito, vereadores, donos de hospitais e servidores públicos da saúde. Ou não somos todos nós cidadãos usuários dos serviços de saúde? Incontestável e insofismavelmente.

Entretanto, não estamos aqui falando da condição comum de todos nós, mas da condição intrinsecamente ligada à composição de um Conselho Público (de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Segurança, etc.) que obedece regras definidas por lei. E, se não definidas explicitamente na letra da lei, no seu espírito e jurisprudência, existe um entendimento claríssimo de que esta seja a leitura.

Em relação ao Conselho de Saúde (Nacional, Estadu-

al e Municipal), quando a Lei 8.142/90 definiu que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação aos demais, fez aí uma regra explícita de que um lado não podia se confundir com o outro, para que não se quebrasse a paridade, colocada como imprescindível e essencial. A paridade foi colocada como essência e destacada num parágrafo: “paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos”.

Se a paridade é colocada como essência ela não pode ser quebrada. Seria ilegal e imoral que o prefeito, vereadores, gestores de hospital (públicos e privados), servidores públicos e trabalhadores de saúde (públicos e privados) ocupassem assento no Conselho como usuários dos serviços de saúde. Por quê? Qualquer um destes segmentos tem um assento próprio, específico, reservado no Conselho e não poderia ter uma dupla categorização, pois elas devem ser mutuamente excludentes. No caso de Vereador, a justificativa é o fato dele ter assento no Legislativo, cumprindo seu papel, entre outros, de controlar e fiscalizar o Executivo, devendo ser garantida a independência dos poderes.

Quem tem assento próprio não pode ocupar o assento comum de usuário que é condição comum de todos. Isto quebraria com a paridade colocada como condição essencial na Lei 8.142/90.

Aqui temos a maior polêmica. Historicamente os segmentos mais fortes, com mais poder de manipulação (quem tem mais informação usa-a, muitas vezes, para dominar a seu favor e não pelo objetivo do coletivo). É fácil o Governo querer incluir entre os representantes dos cidadãos usuários, pessoas da comunidade que estejam do lado dos governos. Profissionais de saúde e prestadores também querem infiltrar seus membros ou pessoas ligadas a eles neste segmento. Sabemos que todos nós somos usuários e seus legítimos representantes. Entretanto, existe uma exceção lógica que se fundamenta na ética. Se o Conselho tem que manter

a paridade entre o segmento de usuários em relação ao conjunto dos outros três segmentos (governo, prestadores e profissionais) isto se justifica na necessidade de se manter o equilíbrio entre as duas partes. Se um segmento se infiltra dentro dos demais, automaticamente perde-se a independência das partes e conseqüentemente perde-se a paridade.

Por uma questão de princípio ético não se poderia ter entre os usuários pessoas que tenham ligação ou dependam dos outros três segmentos. Isto valeria para todo o Brasil. Entretanto, o Estado de São Paulo, desde 1995, por seu Código de Saúde (Lei 791-95) definiu, de forma clara, a ilegalidade de determinadas representações em meio aos usuários. O Código de Saúde afirma que “para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica e comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos do Conselho.” (Código de Saúde - SP, 68).

Vamos clarear estes conceitos pelo Dicionário Houaiss:

- a) *Vínculo*: o que liga duas ou mais pessoas; [...] regulado por normas jurídicas;
- b) *Dependência econômica*: subordinação econômica; sustento de uma pessoa ou de qualquer forma de autoridade, governo, liderança;
- c) *Comunhão de interesse*: comunhão; co-participação, união, ligação, associação, relação de sociedade; de interesse: importância, vantagem, utilidade: moral, material, social.

No Estado de São Paulo, por força de lei, e no Brasil, atendendo à ética, seria ilegal ou antiético que representassem usuários:

- a) Pessoas ligadas ao Governo: prefeito, secretários, cargos em comissão, qualquer funcionário público e seus respectivos parentes diretos;
- b) Pessoas ligadas aos prestadores: presidente, membros da

- diretoria e conselhos ou qualquer representante ou indicado e seus parentes diretos de toda e qualquer entidade conveniada ou contratada com a prefeitura e seus empregados;
- c) Pessoas ligadas aos profissionais de saúde: os profissionais e seus parentes ou funcionários.

Existe um pretexto normalmente usado, às vezes pela parte que quer ser indicada, e outras pelos que querem indicá-la: “vamos escolher fulano, porque ele já é da área de saúde e sabe melhor estas coisas que nós não entendemos!” E lá vai, mais uma vez, convicto e convencido, o profissional de saúde representando o cidadão usuário na bancada destinada exclusivamente aos usuários. Agora sim, quebrando física e filosoficamente a paridade. E, retardando o processo de democratização do saber, que, principalmente na área de saúde, é essencial a cada um de nós.

O ponto seguinte é a escolha de quem deverá representar os cidadãos usuários em cada município, estado ou no âmbito nacional. As determinações nacionais estão no Art. 194 da CF e na Lei 8.142/90.

A CF determina que os Conselhos no âmbito da Seguridade Social tenham a representação de “trabalhadores, empregadores, aposentados e governo”. Na Lei 8.142/90 são colocados como membros dos Conselhos: governo, prestadores, profissionais usuários.

Combinando-se CF e Lei são obrigatórias as representações entre os usuários de: trabalhadores, empregadores, aposentados e governo.

Além destes três segmentos obrigatórios, quais outros devem estar representados nos Conselhos de Saúde? Cada município ou Estado vai definir isto conforme as circunstâncias de tempo e lugar.

A definição de outros possíveis segmentos representantes de usuários, além destes obrigatórios (trabalhadores, empregadores e aposentados) deve estar descrita em lei. Os segmentos mais usuais são de representantes de: doentes e

portadores de deficiência, associações de moradores, clubes de serviços, confissões religiosas, movimentos populares de saúde e outros. As entidades representativas destes segmentos podem ser definidas no regimento interno e alteradas periodicamente mediante análise da representatividade destas organizações no cenário nacional, estadual ou municipal.

Desaconselho que se definam em lei as entidades. A lei define, quando muito os segmentos ou nem mesmo eles. O detalhamento fica por conta de decisões constantes no Regimento Interno, definidas no Conselho (que deve aprovar seu regimento) levando em consideração decisões das Conferências de Saúde.

A participação no Conselho deve ser vista como de relevância pública. Os seus membros devem defender o coletivo e não suas corporações: de governo, de gestor, de profissionais ou de prestadores. Todos aqueles abnegados que estão ávidos por participar devem buscar seus lugares como conselheiros. Nem todos poderão ser conselheiros, mas existe um enorme espaço de participação, em várias possíveis comissões ligadas ao Conselho e que não precisam ser compostas exclusivamente por conselheiros. Além disto, ainda existe o espaço maior de apoio aos conselheiros que pode e deve ser feito por qualquer cidadão.

3.3. A obrigatoriedade da presença de empregadores, empregados e aposentados no segmento de usuários

Outra polêmica boba e discriminatória foi a deliberação da X Conferência Nacional de Saúde que proibiu a presença entre os usuários de representantes de entidades patronais, Lions e Rotary. Vamos ao primeiro grupo nominado: representantes de entidades patronais (os patrões, os empregadores, os empresários). A Constituição Federal em seu artigo 194 esclarece o “caráter democrático e descentralizado

da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo, nos órgãos colegiados”. A Lei 8.142/90 não nominou em particular nenhum segmento. Aborda genericamente governo, profissionais, prestadores e usuários. A única nomeação é da CF: trabalhadores, empregadores, aposentados e governo. Isto quer dizer que no Conselho de Saúde onde não estiverem empregadores, trabalhadores, aposentados e governo este Conselho é inconstitucional. Por que, e sob que interesses, induziram a plenária da X Conferência a deliberar algo inconstitucional e portanto, sem a mínima validade?

Quanto aos dois outros segmentos escorchados do Conselho (Lions e Rotary) foi uma discriminação odiosa, fascista, sob dois aspectos: no gênero existem dezenas de outras entidades e apenas elas foram mencionadas e ninguém pode, em nosso país democrático com possibilidade de criação de qualquer tipo de entidade, nos termos da lei, determinar que elas não possam ser representativas de seus associados.

Por que razão levantar estas questões novamente? É simples, o seu efeito continua de pé em muitos municípios e estados brasileiros que negam a presença de empresários e de clubes de serviços em seus conselhos. Efeito inercial prolongado.

3.4. Servidores públicos não podem assumir vagas de usuários

Outra questão extremamente polêmica é em relação à presença de funcionários públicos de qualquer área representando a comunidade no segmento dos cidadãos usuários em qualquer dos Conselhos públicos, criados por lei, parte do poder público estatal (União, Estados ou Municípios).

O servidor público da esfera de Governo em que se

localiza o Conselho, no meu entendimento, não pode e não deve representar cidadãos usuários.

No Estado de São Paulo, como demonstrado acima, isto está firmado em lei e está claro por demais. Não depende de meu entendimento. O servidor público, da mesma esfera de governo do Conselho, tem vínculo, dependência econômica e comunhão de interesses com o Governo daquela esfera. Está impedido pelo Art. 68 do Código de Saúde de São Paulo. Uma questão de ética expressa em lei. Sai do terreno apenas ético e até subjetivo para uma determinação legal objetiva.

Aqui existe uma polêmica geral e outra menor decorrente dela. São polêmicas dissipadoras de energia que poderia ser canalizada para melhorar o funcionamento dos próprios Conselhos.

A grande polêmica, de onde se deriva a seguinte, é que existem pessoas e setores corporativos defendendo a presença de todo e qualquer cidadão em qualquer posição desde que legitimamente indicado pelo seu segmento. Dizem e defendem: “O processo de legítima escolha, legitima as pessoas! Se o segmento dos usuários quiser escolher o esposo da prefeita, a esposa do vereador, o presidente do partido do prefeito, o dono do hospital privado, o presidente da câmara, etc. ele estará escolhido. Tem que ser aceito. O segmento fica totalmente autônomo.” Considero que isto é um reducionismo democrático que rompe com o Estado de Direito em que vivemos. Existem regras já estabelecidas pela ética ou pelo direito positivo, como é o caso de São Paulo, que limitam oficialmente quem possa representar os usuários. Não pode representar usuários quem tem vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesses com algum dos outros três segmentos: governo, prestadores ou profissionais.

A polêmica seguinte refere-se a um desdobramento disto. Já que quem legitima é o processo de escolha e não a ética e a lei que regem os elegíveis, corporações como a de

servidores públicos que não são da saúde (ou mesmo da área de saúde) buscam, com avidez, um espaço no segmento do usuário. Existem servidores que teimam em representar os usuários usando para isto algum dos muitos artifícios de dupla representação. Entram no segmento de usuários como representantes de bairro, dos doentes ou portadores de deficiências, dos sindicatos patronais ou de trabalhadores. Lamento que isto continue ocorrendo.

Sempre comentam, estes servidores públicos e seus sindicatos, que são militantes e têm consciência e prática de não se deixarem cooptar pela ideologia dos governos que representam. Não tenho dúvida e até posso achar que esta independência ocorra com a maioria, mas não se pode correr o risco de descumprir a lei e deixar um Conselho manipulado pelo dirigente de governo. Existem outros entraves, pois a “contaminação” deste servidor público, galgado à condição única de cidadão usuário (ele tem as duas: cidadão e servidor!) pode se dar, em geral, por comunhão de interesse com outros servidores públicos que representam os profissionais de saúde.

Os servidores públicos têm algumas vantagens e algumas desvantagens por sê-lo. Por exemplo, na maioria dos estatutos de servidores públicos é vedada “a participação em gerência de empresa privada, de sociedade civil ou exercer o comércio”. Pode-se questionar: “O servidor é cidadão e todo cidadão pode ter atividade comercial! Ninguém poderia impedi-lo, funcionário público, de ter qualquer atividade fora de seu horário de trabalho”. Não se trata de entendimentos e vontades. São questões legais sob a justificativa de possível conflito de interesses.

A presença de qualquer servidor público, da mesma esfera de governo, em conselhos públicos, como representante dos cidadãos usuários é proibida por lei no Estado de São Paulo e em todo o Brasil é um imperativo ético inofismável.

Lamento, por primeiro, pelo lado ético que deveria ser soberano e aí valeria para todo o Brasil. Lamento também pelo lado da história da saúde e daqueles que lutaram pelo Estado de Direito e pela preservação dos direitos dos usuários. Que fizeram de tudo para impulsionar as pessoas a assumirem seu papel de sujeitos e defender sua autonomia. Agora, na prática, querer assumir o papel dos outros — que não é, neste momento, o seu — é julgar que os outros sejam incapazes de fazer aquilo que só nós saberíamos ou teríamos competência. Tenho certeza que aqueles servidores públicos, abnegados, que realmente quiserem fazer alguma coisa, sabem que têm o grande espaço para ajudar e colaborar com as pessoas que ocupam o papel de conselheiros. Jamais usurpem o seu papel. Por que tanta disputa? O interesse é para garantir a representação de milhares de cidadãos, num movimento democrático, ou existe subalternamente algum outro interesse envolvido?

Já pensaram num Conselho de saúde feito exclusivamente de servidores públicos municipais, estaduais ou federais? Como cada servidor mora num bairro, participa de um movimento, é só vir por ele, como lido representante! Neste exato momento não teremos um retrato da sociedade na representação do Conselho, mas apenas um segmento dominante: o dos servidores. A ansia de participar... matando a participação do todo, para privatizar a participação na parte! Isto seria dominar o Conselho pelo corporativismo, aqui deletério.

3.5. A independência de poderes nos Conselhos de Saúde?

O Conselho de Saúde pertence ao Poder Executivo e, em última análise é de responsabilidade do Executivo: Prefeito, Governador ou Presidente. Colocar um membro do

Ministério Público, do Judiciário ou do Legislativo sob a tutela do Prefeito no Conselho fere o princípio de independência dos três poderes. Como pode um Vereador fazer parte do Conselho num dia, decidindo e aprovando medidas e gastos e ao mesmo tempo estar na Câmara ou na Assembléia aprovando ou reprovando contas que ele próprio já tinha aprovado ou reprovado antes no Conselho? Como fica a lógica do controle do Executivo pelo Legislativo? E o Judiciário ou o Ministério Público, que irão julgar estes mesmos serviços, como ficarão quando as contas apresentadas já tiverem sido vistas, avaliadas e aprovadas por eles e tiverem possíveis erros?

Existem vários escritos de juristas respeitados que tratam desta independência necessária entre os poderes. Aqui vão citados alguns.

Lopes Meireles (2006), consagrado jurista, em *Direito Municipal Brasileiro* afirma:

Prática absolutamente inconstitucional é a designação de Vereadores para integrar bancas de concurso, comissões de julgamentos de concorrência, grupos de trabalhos da Prefeitura e outras atividades tipicamente executivas. A independência dos dois órgãos do governo local veda que os membros da Câmara fiquem subordinados ao Prefeito, como impede a hierarquização do Executivo ao Legislativo. Ora, a só nomeação de um Vereador pelo Prefeito, está a evidenciar a sujeição deste membro do Legislativo ao chefe do Executivo local.

Manoel Gonçalves Ferreira Filho (1999), na obra *Comentários à Constituição Brasileira*, diz:

Se a mesma pessoa puder, concomitantemente exercer funções de um e de outro dos poderes, estará ferida a 'separação de poderes'. Realmente, disso decorrerá o estabelecimento de uma verdadeira união pessoal a confundir as funções e órgãos.

Michel Temer (2007), na obra *Elementos de Direito Constitucional*, diz que:

De fato, a vantagem da tripartição do poder reside na circunstância de os integrantes de cada qual deles se investirem, funcional e psicologicamente, nas suas atribuições próprias. Só assim se garante desempenho desenvolvido e livre. Se alguém é, ao mesmo tempo, deputado e governador, não poderá desempenhar nenhuma destas funções a contento. Basta dizer que uma das funções do legislativo é a fiscalização dos atos do executivo. Como realizá-la, diante da duplicidade.

Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos (2003), especialistas em Direito Sanitário, in *Comentários à Lei Orgânica da Saúde* afirmam que:

Não devem (ou não podem) participar do conselho, membros de outros poderes ou instituição como o Ministério Público. Portanto, Vereador, Deputado, Juiz ou Promotor não pode integrar o Conselho. Haveria incompatibilidades funcionais intransponíveis, sem falar nos problemas comuns gerados no funcionamento do colegiado pela presença de membros do Poder Legislativo, do Poder Judiciário ou do Ministério Público.

O princípio básico é o da Constituição Federal, em seu Art. 2º, “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”.

A Constituição do Estado de São Paulo é ainda mais enfática em seu Art. 5º, § 2º, “O cidadão, investido na função de um dos poderes, não poderá exercer a de outro, salvo as exceções previstas nesta Constituição”. Provavelmente a Constituição de outros Estados deverá trazer a mesma determinação.

3.6. Quem representa o Governo no Conselho de Saúde?

O Governo será representado por qualquer pessoa indicada pela autoridade máxima daquela esfera de governo a que se refere. Ou, o mais comum, pela autoridade sanitária, por delegação do Presidente, Governador ou Prefeito:

Ministro ou Secretário de Saúde.

Nas minhas andanças não me lembro que em algum lugar o membro nato representante do Governo, não seja o Secretário de Saúde (diretor, chefe, coordenador ou outro). Os demais membros representantes do Governo serão indicados pelo próprio Governo. Quem ele determinar: da própria Secretaria da Saúde, de outras áreas do governo, cargos comissionados ou funcionários. Prefiro sempre que a lei só indique o número de representantes do Governo, deixando a ele a competência total de indicar quem irá representá-lo.

3.7. Quem são os prestadores de serviços no Conselho de Saúde?

Algumas interpretações do termo prestadores de serviços. Prestador de serviço, de saúde ou de qualquer outra área? Prestador de serviço, de qualquer outra área, prestando serviços à saúde ou a toda administração pública da esfera de Governo? Prestador de serviços incluindo toda a linha de comércio de material de saúde (equipamentos, medicamentos, material médico, odontológico, hospitalar e de enfermagem)?

Vi, mais recentemente, uma interpretação de que este segmento é o lugar também da representação dos fabricantes e comerciantes de material de saúde, como equipamentos e medicamentos. Esta interpretação tem sido considerada polêmica, mas não existe nenhuma base legal que os possa excluir, exceto o segmento de fabricantes que pertenceria ao setor secundário da economia e não ao terciário que é a “prestação de serviços”.

Tenho me valido do conceito mais restrito e direto de que este prestador de serviços seja exclusivamente o de “serviços de saúde”. Costumeiramente colocamos aqui os prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, pres-

tem ou não serviços para o SUS, tais como hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios bioquímicos e centros de terapia. São pessoas jurídicas. Os privados também pertencem e fazem parte do Sistema de Saúde no Brasil e têm assento no Conselho. O SUS se refere ao público e ao privado sobre o qual exerce a regulação, a fiscalização e o controle.

3.8. Quem são os profissionais de saúde no Conselho de Saúde?

Os Conselhos de Saúde, de cada esfera de Governo, estão previstos no bloco de constitucionalidade brasileiro.

Pelo que dispõe a legislação que regula a participação da comunidade no SUS (Lei 8.142/90), e até mesmo a partir da própria Constituição Federal, conclui-se que os profissionais de saúde são membros natos dos Conselhos de Saúde como *locus* de exercício do poder popular e do controle social na área de saúde.

Mas, o que se entende por profissional de saúde? Respondo: *profissionais de saúde* são todos aqueles trabalhadores que trabalham na área de saúde, de todas as categorias (operacional, auxiliar, técnico, universitário). Podemos aprofundar este conceito e recepcionar mesmo os pontos controversos de definição de quais sejam estes profissionais. Entendo que neste mandato legal se deva interpretar da forma mais aberta e abrangente possível. Vejamos:

a) *Quanto ao exercício profissional*: profissionais de saúde podem ser regulamentados ou não. Podem ser mão-de-obra formal ou informal da saúde. Incluem-se aí as duas grandes categorias: os profissionais exclusivamente da saúde e aqueles que, ainda que de outras áreas de conhecimento, trabalham em saúde. Nestes incluem-se todos os profissionais que trabalhem com saúde não sendo unicamente da saúde como são os motoristas, auxiliares

- gerais, digitadores, programadores, planejadores, assistentes sociais, engenheiros, arquitetos, administradores, economistas, contadores outros. Sempre que estejam trabalhando com saúde, na saúde e pela saúde. Naqueles incluem-se todos os profissionais de saúde como os enfermeiros (auxiliares, técnicos ou universitários) médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, bioquímicos etc.
- b) *Quanto ao vínculo empregatício*: Profissionais de saúde que trabalham nos serviços públicos, nos serviços privados contratados e conveniados, ou em qualquer serviço privado, mesmo que não tenham relação direta com o SUS a não ser sua subordinação à regulação, fiscalização e controle daquele.
- c) *Quanto ao exercício de função de confiança da administração pública ou privada*: Profissionais de saúde podem exercer ou não cargos de confiança na iniciativa pública ou privada. Os profissionais em função de confiança, quando funcionários públicos, têm e exercem posição de governo e não de simples profissionais. O mesmo ocorre com aqueles que têm função de confiança e chefia ou são proprietários de empresas prestadoras privadas de serviços de saúde e que nestas circunstâncias devem ser considerados prestadores de serviços de saúde, ainda que sejam profissionais de saúde.

Esta questão dos profissionais de saúde em exercício de cargo de confiança tem gerado controvérsias que vale explicitar. Há aqueles que afirmam que os servidores em cargo comissionado não perdem sua condição de profissionais de saúde. Isto é verdadeiro. Tanto quanto dizer que Prefeito, Governador ou Presidente não perdem sua condição de usuário dos serviços de saúde! Mas, daí concluir que devem representar os usuários vai um abismo. Estes, enquanto são Governo deixam de ser, transitoriamente, do segmento

usuário, pois têm uma dupla representação de segmento e pela lógica só pode prevalecer uma delas. A Lei Complementar 491/9595, do Estado de São Paulo (Código Estadual de Saúde) diz explicitamente em relação aos usuários: “Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes.”

Este princípio pode, perfeitamente, ser usado por similitude, para qualquer tipo de possível risco de contaminação da representação de um com qualquer outro segmento do Conselho de Saúde. O mesmo se diria de Governo representar prestador (na 8.080/90 está bem claro que ninguém em cargo de direção do SUS pode ter cargo em prestadores de serviços para o SUS, isto pelo mesmo princípio).

Chega-se a ponto de discutir que a presença de alguém que pertença claramente a um segmento, se assumir a representação de outro, conspurca a legitimidade da representação. Minha argumentação é que a dupla militância, com mistura da representação, pode levar a dois erros insaneáveis, sozinhos ou associados. Se, de um modo o representante pode se sentir constrangido ao estar dos dois lados, assumir um só deles e prejudicar o outro, de outro modo, um dos lados de sua representação pode se sentir traída quando o representante tender para o contrário e prejudicar seu lado, retaliando o contrário.

É simples: profissional de saúde em cargo comissionado vota contra o Governo e a favor dos profissionais de saúde? Ou a favor dos profissionais e contra o Governo? Sempre que se discute esta questão existe alguém que se levanta de pronto e diz: “você está pensando mal do profissional! Ele não vai se deixar corromper.” Pode ser verdade, mas eu nunca posso garantir se a recíproca é verdadeira: se o profissional em cargo de confiança votar em matéria favo-

rável aos profissionais, o gestor será capaz o suficiente para não retaliar o profissional ou a classe dos profissionais? Se não! Só dúvidas e incertezas e, para não tê-las, defendo que se evite este risco. Se, de outro lado este servidor votar contra os profissionais, provavelmente terá as benesses do Governo e estará traindo os profissionais. Está aí o resultado de uma dupla militância. Não podemos permitir que estes equívocos aconteçam, desnecessariamente.

Nosso objetivo final continua sendo a defesa da saúde como condição condicionante do direito à vida com qualidade, com bem-estar, com felicidade. Tudo o mais é caminho, sendo o mais importante deles a participação do cidadão nos seus destinos e na definição, acompanhamento e controle de tudo, na sociedade e nos governos, que seja capaz de ajudá-lo a ser mais feliz.

3.9. A escolha dos conselheiros

O Presidente, Governador ou Prefeito deve apenas nomear os conselheiros escolhidos pelos vários segmentos. O Executivo só pode escolher os membros do Conselho que forem os representantes da administração: Secretário de Saúde e outros. Os demais membros do Conselho deverão ser escolhidos pelos seus pares: sindicalistas pelos sindicatos, usuários pelos usuários, trabalhadores de saúde pelos trabalhadores, prestadores de serviços pelos prestadores.

A indicação sempre é dos seus pares. Não tem nenhum cabimento ou respaldo jurídico as famosas listas tríplexes, sêxtuplas ou outras para que o Prefeito escolha entre eles os que irão ser conselheiros. Estas duas práticas ferem um princípio básico de moral e ética. O fiscalizado não pode ter o direito de escolher, nomear e demitir, aqueles que o fiscalizarão. Isto traria comprometimento indireto dos fiscalizadores com o fiscalizado, comprometendo a possível e necessária isenção dos conselheiros.

O que deve fazer o Chefe de Governo (Presidente, Governador, Prefeito) é um ato de nomeação de cada um dos conselheiros indicados pelas suas bases. O Executivo não tem poder para vetar nenhum nome escolhido e respaldado pelo seu segmento, com respaldo dos pares. Ele nomeia o indicado ou destitui aquele que infringiu regras do regimento interno (como ausências) ou que foi afastado pelos seus pares.

Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos (2003) na obra já citada afirmam:

Prefeito ou Secretário de Saúde reconhecerá formalmente os eleitos ou indicados pelos diversos segmentos que compõem o Conselho. [...] Não pode haver veto ou impugnação, a não ser quando fundados na inobservância das regras do jogo. Ainda assim, a autoridade que reconhecerá os membros eleitos ou indicados não poderá penetrar na intimidade de uma corporação ou entidade para fiscalizar os procedimentos de eleição ou escolha interna de determinado representante. As deliberações ‘interna corporis’ são indevassáveis. Se uma minoria ou algum prejudicado quiser discutir a eleição ou indicação, que o faça pelos caminhos normais, isto é, via judicial. O Prefeito ou o Secretário apenas recebe o nome do representante e o inclui, formalmente, no colegiado. Por isso, é fundamental que os procedimentos para eleição ou indicação de representantes sejam explícitos, claros, com os remédios para a eventualidade de um imprevisto processual.

Vale lembrar a necessidade de haver uma documentação legal sobre o fórum em que foi eleito o conselheiro. Pode o Executivo, sim, questionar a legitimidade dos escolhidos a partir de denúncia ou suspeita de fraudes e manipulações do processo eleitoral. Daí a orientação no sentido de, preventivamente, exigir-se uma ata da reunião de escolha do delegado na qual conste, além do relato, quem são as entidades representadas com nomeação dos votantes representantes de cada uma delas, com número total de presentes, votantes, discriminação do voto e assinatura dos votantes.

3.10. Sobre o número de conselheiros no Conselho

A lei federal não determina o número de conselheiros. O Conselho Nacional de Saúde, em documento orientador, a RES 33, aconselhava que não fossem menos que 10 nem mais que 20 membros. Na RES 333, que revogou a RES 33, orienta-se para que a lei defina o número de conselheiros. Um número muito pequeno de conselheiros pode afetar a legitimidade da representação e conseqüentemente das decisões. De outro lado sugere-se que não seja grande demais. Diminuiria o risco do que possa ter de ruim num “ambiente de assembléia” que poderia tumultuar o funcionamento nas reuniões. Entretanto, estas são apenas orientações que podem ser seguidas ou não. Qualquer decisão sobre número maior ou menor de conselheiros, não quebra o espírito da lei e é de opção de cada Conselho. Conheço Conselhos com excelente funcionamento com dezenas de membros desafiando qualquer teoria contra *assembleísmos*.

Defendo uma posição que julgo legal para a paridade e recomendo que o número de membros do Conselho deva ser múltiplo de seis para que esta conta não fique quebrada e, portanto, desequilibrada. Por exemplo: 12-18-24-30 etc. Um Conselho de 12 membros: seis para cada lado e, no lado do Governo, prestador e profissional, 2 membros de cada um. Qualquer coisa diferente disto precisa ser muito consensuada não nacionalmente, mas em cada local. A regra da divisão igual pelas três partes seria a mais justa e se evitaria as polêmicas. A exceção seria por consenso local.

3.11. Proporcionalidade legal entre segmentos do Conselho

Entre as muitas controvérsias surgiu mais uma. Como deve ser entendida e praticada a paridade entre os vários

segmentos que compõem os Conselhos de Saúde?

Vamos atrás do marco referencial legal. Tomemos a Lei 8.142/90 que, em dezembro de 1990, regulamentou a questão. Art. 1º, § 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...” Art. 1º, § 4º: “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.” Art. 4º: “Para receberem os recursos, de que trata o Art. 3, desta lei, os Municípios, os Estados e o DF deverão contar com: [...] Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto 99438 de 7-8-90.”

Duas questões estão sendo levantadas para debate: a composição paritária (Decreto 99438/90) deve ser igual em todos os Conselhos? Os profissionais de saúde devem ter 25% dos membros?

Vamos à primeira delas. Todos os Conselhos estaduais e municipais têm que ter a mesma composição paritária do Conselho Nacional de Saúde expressa no Decreto 99438-90? A palavra *paritária* deve ser entendida como igualdade da origem dos vários segmentos? Uma Lei pode citar em seu corpo um Decreto ao qual passa a subordinar-se? Os bons juristas afirmam que esta formatação é errada e, por conseguinte, sem efeito legal. O mais arriscado de acontecer é que mudanças neste decreto afetem o próprio espírito da lei.

Foi o que aconteceu. A composição constante do Art. 2º do Decreto 99.438/90 já foi modificada com o Decreto 1.448, de 06/04/95. A qual obedecer? Não importa aos bons juristas. A interpretação que sempre deram e foi aceita, em relação à citação do Decreto 99438 é o reforço da obrigatoriedade da paridade (50% de usuários e 50% dos outros três segmentos somados). Isto se confirmou no Decreto 1448. Mesmo se não tivesse permanecido, o principal é a explicitação no Art. 1º da Lei 8.142/90 que é o entendimento do

que é a paridade especificada para os Conselhos.

Ninguém, pois, pode ficar a imaginar que os Conselhos de Saúde de cada município e em cada estado tenham que ter a composição de segmentos e membros igual à do Conselho Nacional de Saúde. O que tem que ser igual é a paridade contida por primeiro no Art. 1º § 4.

A outra questão é referente à divisão dos 50% referentes aos três grandes segmentos: Governo, Prestadores e Profissionais. Por má interpretação, passou uma ilegalidade na IX Conferência Nacional de Saúde consolidada na RES 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde. Confirmou-se o engano nas últimas Conferências Nacionais e agora na RES 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Ao se garantir 25% da representação dos profissionais de saúde partiu-se, na IX CNS, de interpretação errônea que do lado oposto aos usuários (50%) deveriam estar apenas dois segmentos: profissionais e prestadores (públicos e privados). Erro crasso, pois, omitiu-se o outro segmento que é o Governo e que está com evidente clareza na própria Constituição Federal, Art. 194, e na 8.142/90. Quero ser otimista e não ver dolo nesta decisão. Que ela tenha sido fruto apenas de “distração”. Pior seria se alguém estivesse entendendo que o segmento Governo, da CF e da lei 8.142/90, seria apenas um “prestador público”!

Dizer que isto seguiu recomendação da IX Conferência Nacional de Saúde é outra polêmica. Lá, pelo menos, ainda que incorrendo na mesma ilegalidade, se nomina nos 25% do resto, Governo e Prestadores. Temos que analisar que nem tudo que se deliberou em qualquer das Conferências tem de *per si* suporte legal. Sabemos de diversas decisões de Conferências e Conselhos ferem leis vigentes e que não poderiam ser implantadas. Daí a necessidade de termos que passar primeiro pelo filtro legal. É interessante que numa Conferência de Saúde, onde 75% representavam usuários e trabalhadores de saúde, estes tenham definido o au-

mento de sua participação (maioria) e a diminuição da representação das minorias: Governo e Prestadores de Serviço! Temos que analisar isto sob outro prisma para não praticarmos e sermos acusados da “parcialidade a favor de nós todos, os únicos bons e certos”!

O CNS deliberou, mas o objeto de sua deliberação não foi uma decisão incontestada de “cumpra-se”, mas, recomendações. Recomendação não precisa ser seguida obrigatoriamente. Este item está na categoria daqueles que podem ou não ser seguidos. Por exemplo: no mesmo documento se recomenda que os Conselhos devam ter entre 10 e 20 membros. Recomendar pode, mas nem por isso os Conselhos de inúmeros municípios passam a ser ilegais por contarem, legalmente, com número maior e até mesmo muito maior que estes números recomendados.

No meu entender esta defesa que os trabalhadores de saúde fazem da obrigatoriedade da participação de 25% da metade reservada ao Governo e Prestadores, é totalmente ilegal. E, se legal fosse, tenho certeza absoluta, seria uma defesa imoral e anti-ética.

A Lei é clara: metade usuários e a outra metade, Governo, prestadores e profissionais. A Lei, ao definir apenas que o percentual entre uma metade e outra devesse ser de 50%, automaticamente definiu que as três partes envolvidas nos outros 50% devessem ter participação igual, sem nenhuma discriminação hedionda. Ao não definir o detalhe da divisão entre as três partes, dá por entendido que cada uma das partes deverá ter parte igual. Ou seja: 33,33% para cada um dos três segmentos.

Qualquer parte deste segmento que esteja reivindicando maior percentual de participação para si está, imoralmente, usurpando direitos das outras duas partes. Quando assim discutimos, ao formatar as diversas propostas para a Lei Orgânica de Saúde, imaginamos que as três representações estivessem em participação igual. Jamais imaginamos

que qualquer das partes, como, por exemplo, o Governo, reservasse para si a maior parte e deixasse prestadores e profissionais disputando a menor. Do mesmo modo condenaríamos prestadores de serviços que negassem participação ao Governo ou aos profissionais. Por tudo isto não se pode referendar a proposta de 25% de representação dos profissionais de saúde. Esta proposta, mesmo que venha do segmento ao qual pertença, como profissional de saúde, deve ser combatida como espúria. No meu entender a partição da representação da outra metade, que não seja a dos usuários, deve ser equivalente entre as três partes que a compõem: Governo, prestadores e profissionais de saúde. Em nome da ética do cidadão, embora possa contrariar a ética particular da corporação, ou seja, de uma minoria dentro da corporação!

Isto seria demais, ferindo na essência a concepção do SUS. Para mim, no mínimo, tem que ser tripartite o número de vagas entre os 50% da paridade com os usuários: 16,7% para cada componente com arredondamento pela indivisibilidade das pessoas. Situações peculiares como ausência de prestadores, ou seus diminutos números, poderão levar a acordos locais. Neste caso, deve-se decidir sempre por consenso do próprio Conselho. A decisão sob votação, nestes casos corre o risco de prejudicar as minorias.

É lamentável que, a partir de um erro, de uma ilegalidade, tenha-se partido para legitimar a ilegalidade, privilegiando-se um dos segmentos do Conselho, os profissionais de saúde. O que antes nasceu pela ilegalidade, agora querem legitimar cometendo outra, que é dar proporcionalidade privilegiada a um dos segmentos do Conselho.

3.12. Reuniões do Conselho abertas aos cidadãos

É muito comum perguntarem onde está escrito se as reuniões do Conselho devem ou não ser abertas. Isto não está escrito na legislação. Mas, parte-se de um princípio

democrático dos órgãos públicos, principalmente aqueles que têm em seu componente membros da sociedade que não ocupem cargos públicos.

Lembre-se que a presença de membros do Legislativo, Judiciário e Ministério Público nas reuniões do Conselho está sempre aberta, como está aos demais cidadãos como convidados ou observadores. Esta é uma medida que deve ser estimulada.

Minha sugestão é que os Conselhos de Saúde coloquem em seus regimentos ou elaborem uma resolução definindo como deve ser esta abertura à participação dos cidadãos. Alguma regulamentação deve haver, pois existem os limitantes de espaço onde as pessoas possam estar acomodadas. Se a inscrição é prévia ou na hora; número limite de participantes; e critérios de preenchimento de vagas. Outra questão é regulamentar o direito à voz dentro dos Conselhos, de pessoas convidadas e de pessoas que participam por vontade própria. As regras são componente essencial à democracia.

3.13. O caráter permanente do Conselho de Saúde

Outra questão comum é a falta de vontade política de manter os Conselhos em funcionamento. Toda vez que mudam as administrações, pelas novas eleições, começam a chegar os pedidos de socorro. O Prefeito tal, o Governador tal fechou o Conselho e disse que vai mandar uma lei nova para o Legislativo definindo o novo Conselho.

A Lei 8.142/90, Art. 1 § 2, define o caráter permanente do Conselho de Saúde. Portanto, não existe a hipótese legal do Conselho ser fechado e depois de algum tempo, ou da aprovação de nova legislação, ser reaberto. O processo é como o do Governo ou do Legislativo, onde um sucede ao outro sem solução de continuidade. Se houver necessidade de se fazer nova lei, novo decreto, novo regimento interno,

tudo ocorre sob a égide de um Conselho em funcionamento e que pode, a seu tempo, ser substituído por outro.

Acontece outra situação na qual está sendo feita uma nova lei e já terminou o prazo do mandato dos conselheiros. Pode o Governo, nestes casos, fazer um decreto ou portaria prorrogando o mandato dos atuais conselheiros por um período determinado de tempo enquanto se aprova uma nova lei do Conselho. Esta situação ocorreu, por exemplo, em relação ao Conselho Nacional de Saúde, que teve o mandato de seus conselheiros prorrogado enquanto se elaborava uma nova legislação.

3.14. Presidência do Conselho de Saúde

Não existe nenhuma legislação nacional com determinação sobre quem deve presidir o Conselho de Saúde. Esta decisão deve ser tomada em cada esfera de Governo, através de documento legal apropriado. Existem Estados e Municípios cuja decisão da presidência do Conselho está determinada por lei. Em outros, por decreto ou portaria. Qualquer alteração sobre questões do Conselho, como sua Presidência, deve ser feita em documento de igual hierarquia. Só uma lei muda outra lei. O mesmo vale sobre decretos e portarias.

São três as posições que circulam sobre a Presidência do Conselho de Saúde:

- a) O Presidente do Conselho será sempre um dirigente da área de saúde: Ministro, Secretário Estadual ou Municipal;
- b) O Presidente do Conselho será sempre eleito entre todos os pares;
- c) O Presidente do Conselho será sempre eleito exclusivamente entre os cidadãos usuários.

Para cada uma das posições, existe uma justificativa. Aqueles que defendem a posição de que o Presidente seja sempre um Dirigente da Saúde, advogam que assim vai fun-

cionar melhor, mais harmonicamente e que quem foi eleito tem, entre suas prerrogativas, assumir a direção de seus órgãos ou nomear pessoas de sua confiança.

Aqueles que advogam a eleição defendem que assim seria mais democrático e o Conselho poderia ter posições mais independentes e menos atreladas. Neste grupo existem duas correntes. Uma delas defende que todos os conselheiros possam concorrer à presidência. Outra defende que não deva ser eleito ninguém que pertença ao segmento do Governo, nem dos Profissionais ou dos Prestadores.

Incluo-me dentre os que defendem que, se houver eleição, só poderá ser eleito alguém do segmento dos cidadãos usuários. O mesmo motivo que leva a que não seja automaticamente um dirigente da saúde (posição mais comum no Brasil) para mim é suficiente para colocar sob suspeição, pelos mesmos motivos, alguém dos segmentos de Prestadores e Profissionais.

No meu entendimento o motivo é ético. Há um conflito de interesses claro e cristalino: se não pode o dirigente, pois é Governo, também não poderiam estar presentes os outros dois segmentos que são financiados diretamente pelo sistema: os profissionais e os prestadores. O único segmento que tem o interesse voltado exclusivamente para a ação finalística das ações e serviços de saúde, é o do cidadão usuário. Este é o único segmento que não tem vínculo, comunhão de interesses ou dependência econômica com a administração pública da saúde.

Tive o privilégio de, já nos idos de 1989, na condição de Secretário de Saúde, ter criado o Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos, SP. Ousamos colocar, já na Constituição Municipal, na Lei Orgânica do Município, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades (CGUs). O seu Regimento rezava a obrigatoriedade do Presidente do Conselho ser eleito entre os pares. Outra curiosidade é que não havia inscrição de conselheiro pa-

ra ser votado. Havia o contrário: aqueles que não quisessem ser votados tinham que se manifestar, por escrito, abrindo mão de serem candidato. Invertíamos a lógica há quase vinte anos atrás. O moderno pode ser mais velho: de volta para o passado!

É muito doloroso o que tenho assistido no Brasil. De alguns anos para cá se deu este movimento no sentido de que os Presidentes dos Conselhos de Saúde fossem eleitos entre seus pares. O primeiro motivo era claro: temos que tirar o dirigente de saúde da Presidência do Conselho. Temos que deixar o Conselho de Saúde independente!

Eu achava um movimento democrático interessante e politicamente correto. Só não imaginava o que estava por trás. O movimento de derrubada dos gestores da Presidência escondia, bem escondidinho, um sonho-desejo corporativo oculto. Não se tratava de defesa da democracia participativa e muito menos de defender os interesses dos cidadãos usuários. Vencida a barreira de Presidência automática do dirigente, tirou-se o manto de “defesa do usuário”. Profissionais começaram a defender suas próprias candidaturas. Afinal, os “usuários” não teriam a mesma competência que eles para assumir! Consegui assistir lances inconfessáveis com baixos golpes na cidadania dos usuários, virando a mesa e saindo alguém da corporação profissional (pior ainda, funcionário público!) para salvar a pátria e “bondosamente” sacrificar-se como candidato da redenção! Também assisti a eleição, em várias cidades, de representantes dos prestadores em quem, nem sempre, consegui perceber esta voracidade pelo poder nos Conselhos.

Por esta e outras razões tenho assumido a bandeira de que os Presidentes dos Conselhos de Saúde sejam eleitos, exclusivamente entre os cidadãos usuários.

Existe uma saída honrosa, desejável, que tenho proposto para Municípios e Estados onde já se mudou a norma e a eleição da Presidência é livre para todos os componen-

tes. Estou desafiando que Dirigentes, Profissionais e Prestadores façam um documento conjunto abrindo mão de se candidatarem à Presidência. Assim, mesmo sem mudar a norma, estaríamos abrindo a chance a que cidadãos usuários assumam a Presidência dos Conselhos de Saúde.

Ainda há tempo para que o desencanto com tanta “democracia corporativa” não se instale e permaneça arraigadamente entre nós.

3.15. Participação da comunidade em instâncias regionais

No caso do Estado Brasileiro, segundo a Constituição Federal, a organização político-administrativa compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos. Portanto, temos três esferas de Governo que podem se dividir de várias maneiras. A União pode se subdividir em Regiões (como o é: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), em macrorregiões ou microrregiões. O mesmo podem fazer os estados e os municípios, desde que fique claro que esta divisão se refere a uma divisão territorial que obedece a critérios peculiares os mais diversos.

Divididos em macro ou microrregiões, os municípios podem ou não se associar uns aos outros para oferecer respostas conjuntas a uma série de situações comuns, permanentes ou transitórias. Esta associação é legalmente antiga e na Constituição de 1937, já constava esta possibilidade. É denominada de consórcio. Segundo Helly Lopes de Meireles (2006):

as municipalidades reúnem recursos financeiros, técnicos e administrativos que uma só prefeitura não teria para executar o empreendimento desejado e de utilidade geral para todos [...] os consórcios administrativos são acordos firmados entre entidades estatais, autárquicas ou paraestatais, sempre da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.

Na área da saúde a Lei 8.080/90, Art. 10, coloca que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio de direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância”.

A Lei 8.142/90 afirma que “os municípios poderão estabelecer consórcios para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si, parcelas de recursos”.

Uma das formas de integração entre os municípios é um consórcio. A forma desta integração pode ser de várias maneiras, começando pelo informal e chegando ao formal. Vários municípios podem se juntar informalmente através de simples acordo verbal integrando seus serviços, ou através de formalização de um consórcio entre eles. Hoje os consórcios têm regras explícitas em lei específica (11.107/05).

Atualmente há uma ênfase especial dos gestores públicos em se organizarem regionalizadamente. Cada vez mais se percebe a necessidade de colocar em prática o princípio da regionalização dos serviços de saúde. O último dos pactos da saúde, em implantação desde 2006 detém-se à regionalização. Foram determinados compromissos de gestão nos quais os municípios se comprometem, mediante regras combinadas, em atender a população de outros municípios a eles referenciados. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um dos instrumentos desta organização regional que independe da existência dos consórcios.

Muito se tem discutido sobre como será o exercício do controle social Público em macro e microrregiões, onde os municípios têm se consorciado. À primeira vista, ouvindo técnicos, gestores e comunidades surge a idéia de se montar Conselhos de Saúde Regionais. A idéia parece óbvia, pois estes atores já partem de antemão que nestas micro e macrorregiões precisa acontecer o controle público, de tal forma que não pode correr solta esta integração.

Portanto, a primeira conclusão é que nas micro e macrorregiões onde os serviços de saúde se integram, deve haver um mecanismo de controle público.

Seria indicado montar-se um Conselho Regional?

Vamos ver o que a Lei define e delimita como Conselho de Saúde: “O SUS contará em cada esfera de Governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência e Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 de governo.” (Lei 8.142/90, Art. 1).

Quais são, portanto, as características de um Conselho de Saúde?

- a) Cada esfera de Governo contará com um Conselho de Saúde;
- b) O Conselho de Saúde tem que ser permanente;
- c) O Conselho de Saúde deve ser deliberativo;
- d) O Conselho de Saúde é quadripartite com paridade entre um segmento e os três demais;
- e) O Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- f) As deliberações do Conselho de Saúde devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de Governo.

Quando se trata de consórcios, no Art. 10 da 8.080/90 fica expresso: “aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos, disporão sobre sua observância.”

Daí decorrem os questionamentos:

- a) Cada esfera de Governo contará com Conselho de Saúde: é determinação de caráter mandatório, obrigatório. Nas regiões será obrigatório ou facultativo?
- b) Um Conselho regional está em que esfera de Governo? A que pertence? Existe esfera regional de Governo?
- c) Será permanente: como ficará se uns municípios terão e outros não?
- d) Como será homologado pelo chefe do Executivo da esfera de Governo correspondente, se não existe esfera de Governo? Quem homologará?
- e) Como se aplicará nos consórcios o princípio da direção única que não poderá ser abandonado?

Além disto, temos alguns preceitos expressos em portarias, como a da NOB-96 na qual fica claro que nenhum gestor pode comprar serviços em outro município senão via o gestor daquele outro município. Se assim é em relação à gestão, mesmo quando de região, como pensar que possa existir alguma instância igual a conselho?

Para mim está claro que não cabe um conselho de saúde regional. A sugestão que faço é simples: nas regiões o controle público deverá ser feito por cada um dos conselhos municipais dos municípios consorciados. Este será o único Conselho existente e deverá ser fortalecido. Complementarmente sugiro que se faça um fórum, ou assembléia dos conselheiros na região para discutir periodicamente as questões comuns, trocar experiências e incentivar o controle sobre o público no que tange ao particular de cada um deles, como no referente aos dos demais municípios consorciados. Este fórum pode ter a presença de todos os conselheiros ou de parte deles. Não importa aqui a paridade (pode ser por indicação de cada Conselho) nem o caráter deliberativo (só do Conselho municipal e não da região ou do consórcio) nem o fiscalizatório de um sobre o outro.

3.16. Conselheiro-candidato: é lícito e ético manter-se conselheiro durante a campanha política?

Em época pré-eleitoral, como sempre, voltam as perguntas relacionadas ao tema. A pergunta atual, repetida inúmeras vezes: “conselheiro de saúde que se torna candidato a cargo eletivo (vereador, prefeito, deputado estadual, governador e vice, deputado federal, senador, presidente e vice...) pode continuar sendo conselheiro ou suplente de conselheiro?”

Minha resposta continua sendo a mesma: “conselheiro de saúde, titular ou suplente, ao tornar-se candidato a cargo eletivo tem que pedir afastamento de suas funções noventa dias antes do pleito.” Para subsidiar esta argumentação temos que responder as questões abaixo:

a) O Conselho de Saúde é um órgão público?

A lei diz que “O SUS contará em cada esfera de Governo com o Conselho de Saúde [...] O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado” [...] (Lei 8.142/90). Sendo assim, fica claro que o Conselho de Saúde é um órgão oficial da estrutura do Executivo da saúde. Presença obrigatória e não facultativa, em cada esfera de Governo e com caráter permanente.

b) Qual a característica da função de conselheiro de saúde?

Recorremos novamente à lei: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários” [...] (Lei 8.142/90). Portanto, o conselheiro de saúde deve ser oriundo de um dos quatro segmentos legais que obrigatoriamente devem compor o Conselho de Saúde. Governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários. Estes segmentos devem escolher, internamente, seus membros e indicá-los

ao dirigente de saúde da respectiva esfera de Governo. De posse dos nomes indicados, estes devem ser oficialmente nomeados para assumir uma função pública no Conselho de Saúde. O raciocínio é simples: para se constituírem Conselheiros de Saúde e pertencerem a um Órgão Público (o Conselho de Saúde) só será possível se exercerem uma função pública, como um mandato, sem remuneração.

A lei eleitoral, ao estabelecer algumas vedações, proíbe condutas tendentes a afetar a igualdade de oportunidades entre candidatos nos pleitos eleitorais. Ao vedar questões explícitas e específicas, que não a presente, define abrangentemente, aqueles que devem ser considerados agentes públicos: “agente público é quem exerce, ainda que transitariamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nos órgãos ou entidades da administração pública direta, indireta ou fundacional.” (Lei 9.504/97, Art. 73).

O conselheiro, ao pertencer a um órgão público, através de eleição e nomeação, investido na função de Conselheiro de Saúde de um órgão público como é o Conselho de Saúde, tem toda a característica de que seja um agente público.

c) O que determina a legislação eleitoral para os agentes públicos que forem se candidatar?

Se eles estiverem ocupando cargos em comissão como os de secretários, ministros ou qualquer outro, em qualquer escalão, devem afastar-se de suas funções através de demissão, seis meses antes do dia da eleição.

Os funcionários públicos efetivos, celetistas ou estatutários devem afastar-se três meses antes das eleições. Permanecem recebendo seus salários, sem contudo, poderem trabalhar. Se não acontecer isto, automaticamente serão considerados inelegíveis.

“São inelegíveis [...] os que, servidores públicos, es-

tatutários ou não, dos órgãos ou entidades da Administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos Territórios, inclusive das fundações mantidas pelo Poder Público, não se afastarem até 3 (três) meses [...] antes das eleições.” (Lei Complementar nº 64, de 18/5/90, Art. 1º, II, j; IV e VII).

Para enriquecer os argumentos citemos o entendimento da advogada Lenir Santos (2003) :

Se o pré-requisito para ser conselheiro, for afastado (ser do governo, ser trabalhador de saúde, ser prestador de saúde ou pertencer a alguma entidade que represente a sociedade) ele, fatalmente, perderá a condição de conselheiro. Se o Conselho é um órgão oficial da administração e o conselheiro um Agente Público, as regras eleitorais de afastamento para funcionários públicos candidatos, automaticamente se aplicam aos conselheiros funcionários públicos e a todos os demais conselheiros. Nessa condição, por exercer uma função pública durante um período de tempo, uma vez que o conselheiro tem um mandato, poderia estar abrangido pelo disposto na Lei Complementar nº 64. O cidadão nomeado para exercer a função de conselheiro nos conselhos de saúde exerce uma função pública, sendo um particular em colaboração com o poder público. Poderia entender-se que ainda que a lei não se refira expressamente ao agente público, mas tão somente ao servidor público, pelo princípio da isonomia, a plenária do Conselho poderia deliberar sobre o tema.

Pelo que foi visto, podemos concluir que o conselheiro servidor, sem nenhuma sombra de dúvida, deve se afastar do Conselho até três meses antes de ser candidato a um cargo eletivo, sob pena de ser inelegível.

Já os demais conselheiros, não servidores, poderiam, por uma questão de igualdade de oportunidades, ser enquadrados da mesma maneira, na mesma vedação. Entretanto, segundo a advogada Lenir Santos, deve-se confirmar este raciocínio submetendo-o ao plenário de cada Conselho de Saúde para que delibere naquilo em que exista “silêncio da lei”.

Diante desta argumentação continuo afirmando, cada vez com mais convicção, que os Conselheiros de Saúde, e, pelo mesmo raciocínio, os membros de qualquer Conselho que integre oficialmente a administração pública de qualquer esfera de Governo devem se afastar, no mínimo, por três meses de suas funções de conselheiros ou suplentes se pretenderem concorrer para qualquer dos cargos eletivos para vereador, prefeito, vice, deputado estadual, governador e vice, deputado federal, senador, presidente ou vice.

Os servidores públicos deveriam fazer isto na clareza do dispositivo legal. Os demais conselheiros, no espírito da lei que já proíbe várias “condutas tendentes a afetar a igualdade de oportunidades entre candidatos nos pleitos eleitorais”. Sem nos esquecer que a advogada Lenir Santos sugere que aquilo em que a lei mostra omissão, seja submetido ao plenário do Conselho de Saúde para uma deliberação *ad hoc*.

3.17. Discriminação nos Conselhos de Saúde

Nas conclusões da X Conferência Nacional de Saúde encontrei uma pérola, no item 3.3, que trata da composição dos Conselhos de Saúde no inciso 130.3: “Os representantes dos trabalhadores em saúde, de órgãos do Legislativo, Executivo e Judiciário, de entidades patronais, Lions e Rotary ficam proibidos de representar os usuários”.

Fui à Lei 8.142/90, no Art. 1º, § 2º e lá está: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” [...]

A não presença de membros do Legislativo e Judiciário é justificável devido à independência dos três poderes. Legislativo e judiciário devem controlar os Conselhos do Executivo. Conseqüentemente não podem fazer parte deles e submeter-se à sua autoridade.

Os representantes dos trabalhadores em saúde e o

Executivo têm uma justificativa claríssima para que não sejam representantes dos usuários. Ambos têm representação legal própria na outra metade do Conselho (os 50% divididos entre representantes do Governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde).

Restam as duas restrições odiosas: a proibição da presença entre os representantes dos usuários de entidades patronais e dos membros do Lions e do Rotary.

Todos os cidadãos brasileiros são usuários do sistema de saúde segundo o princípio da universalidade do SUS (CF, Art. 196). A jurisprudência sobre os conselhos tem deixado claro que o Conselho deve representar a sociedade. Todos os segmentos que não sejam Governo, prestadores ou profissionais de saúde obrigatoriamente estão incluídos no segmento dos usuários. A prática nacional é que, em cada Município ou Estado, se determine qual o segmento que melhor representa a sociedade. Pode-se chegar a acordos negociados que a representação seja por rodízio anual ou por mandato, entre instituições e associações.

Jamais qualquer fórum poderá tomar uma decisão que seja inconstitucional ou fira outra lei a que deva estar submetido. Ainda que a Conferência Nacional de Saúde tenha tomado tal decisão, jamais ela poderia decidir algo que passasse por cima da Lei maior que é a Constituição Federal. Nenhuma discriminação é tolerada pela Constituição.

Estão entre os direitos individuais a não discriminação entre as pessoas e a livre representação das associações legalmente constituídas. “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...] Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações [...] as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus associados judicial ou extrajudicialmente” [...]

Ora, o assento no Conselho de Saúde, em 50%, é destinado aos usuários dos serviços de saúde, nos termos da

Lei. Só não devem ser considerados, neste caso, aqueles que a lei de algum modo discrimina oferecendo outro lugar na composição, como o Governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. De outro lado, o Legislativo e o Judiciário, por não permitir a CF. Os demais devemos todos estar entre os usuários dos serviços de saúde.

Daí a conclusão irrefutável de que todas as associações como Rotary, Lions e entidades patronais possam legitimamente concorrer à representação dos usuários nos Conselhos de Saúde. Podem eleger e ser eleitos. Cada realidade local escolhe entre suas entidades e associações quem mais legitimamente representa o conjunto dos cidadãos usuários.

Esperou-se, em vão, que o Conselho Nacional de Saúde restabelecesse a democracia neste particular injuriada. Pareceu-me que o caminho mais correto é que, alicerçado em parecer jurídico, se definisse que esta decisão da X Conferência Nacional de Saúde não deveria nem poderia ser seguida por ser de natureza ilegal e inconstitucional.

Trouxe, emblematicamente, este fato para que se soubesse que as decisões de conferências e conselhos podem romper com o estado de legalidade o que as torna nulas de direito.

4. CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

4.1. Conteúdos, tempos, participantes e seguimento

Temos que buscar outra formatação para o conteúdo das conferências de saúde. Os saudosistas baterão bastante e lembrarão os momentos apoteóticos desde a VIII até a XII Conferência Nacional de Saúde.

Este modelo de Conferência, para mim, esgotou-se. Tanto no âmbito municipal, como estadual e nacional. Para mim está claro que o movimento ascendente que criamos de fazer conferências a partir de pré-conferências em bairros e regiões, seguidas das conferências municipais, regionais, estaduais e da nacional é um bom caminho. O que precisamos é valorizar isto efetivamente e não chegar em âmbito nacional reiniciando toda a discussão como que se nada tivesse acontecido anteriormente. Só uma repensada pode definir os novos caminhos. A lógica deveria ser a de uma discussão ascendente. Em âmbito de município se deveria verificar as decisões anteriores das pré-conferências e da Conferência Municipal e separar o cumprido do não cumprido, atualizar as demandas e propostas e fazer o consolidado municipal. Do município só deveria subir às regiões e ao estado aquilo que for de sua amplitude. Não se pode em âmbito estadual discutir polêmicas de características apenas locais. Nos estados se poderia fazer o mesmo: levantar decisões regionais e estaduais anteriores, cotejar com o realizado e somar a diferença com as novas queixas e propostas. Para a Conferência Nacional subiriam apenas as questões gerais e não mais aquelas que poderiam ter sua solução em âmbito estadual.

Precisamos contar mais com o auxílio de profissionais de formação jurídica. A grande necessidade é separar nas propostas aquilo que é juridicamente possível e aquilo que implica em mudanças na legislação. Tenho visto propostas absurdas sendo discutidas e que poderiam ser evitadas simplesmente com um parecer jurídico sobre sua legalidade ou não, de imediato, no decorrer das conferências.

Não estamos negando a possibilidade de fazer propostas de mudanças na legislação, mas sabemos que estas somente acontecerão mediante novas leis ou mudanças constitucionais que demandam grandes lutas em um tempo maior e, às vezes, levam vários anos. É importante que aqueles que votam entendam isto para não se iludirem com determinadas proposituras pensando que mudanças sejam simples e de aplicação imediata. A última mudança constitucional da saúde demorou sete anos para ser votada e sua regulamentação ainda está em tramitação.

4.1.1. O regimento interno das Conferências

Outra controvérsia é a questão da “organização e as normas de funcionamento das conferências de saúde que devem estar definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo conselho” (Lei 8.142/90).

Vimos, nas conferências, a rediscussão dos regimentos a cada vez, com perda excessiva de tempo em torno de com controvérsias já superadas. Assistimos a decisões do plenário das conferências contrariando regimentos aprovados nos conselhos, com conseqüências ilegais e danosas que ferem direitos adquiridos de conselheiros e das delegações que se deslocam baseados no regimento definido e legalmente aprovado no Conselho, e que a plenária teima em ter poder para mudar naquele evento que já está ocorrendo. Isto é uma ilegalidade de conseqüências extremamente danosas. Não se pode montar uma conferência com um regimento e a

assembléia ter o poder de mudar as regras durante o decorrer do “jogo”. As assembléias continuam soberanas para questões omissas no regimento interno e que surjam no decorrer da Conferência. Na saúde, com base na atual legislação, quem faz regimento de Conferência é o Conselho de Saúde, com a sua composição quadripartite democraticamente eleita. A Conferência não é qualquer assembléia, mas sim uma assembléia que tem legislação própria e que não pode ser desrespeitada sob risco de invalidar todas as suas decisões. Não é verdade que toda assembléia é soberana. Há regras maiores que ela mandatoriamente deve cumprir.

Resumindo, o Regimento Interno da Conferência, segundo a Lei 8.142/90, é aprovado pelo Conselho que a coloca em funcionamento meses antes. Não se tem que aprovar Regimento na Conferência para a própria Conferência que já está ocorrendo desde suas primeiras reuniões e pré-conferências. A assembléia, a qualquer hora, pode e deve dirimir dúvidas que não prejudiquem direitos em vigência. Mudanças em Regimento Interno devem ser propostas pelos grupos (se houver) e pela Assembléia Final. Só poderão entrar em vigor, se forem legais, numa próxima Conferência, cujo regimento será aprovado pelo Conselho que tem por obrigação considerar decisões das conferências para incrementá-las.

4.1.2. O decorrer das Conferências

É urgente mudar o ritmo das conferências. O momento maior deve ser o de discussão do realizado e do que está por se realizar. O momento expositivo de peritos é bom, mas não pode ser o de maior espaço. Talvez seja um espaço esclarecedor e informativo, mas não pode tornar-se o principal. O momento expositivo de prestação de contas do gestor é essencial. Organização primorosa de tempos e movimentos com informações prontas, disponibilização de relatórios

prévios, localização de exposições e grupos. Temos que aprender e ensinar que os horários democraticamente estabelecidos devem ser “despoticamente” cumpridos. Caso contrário, o descompromisso de alguns e a pressão de outros levará a que se perca tempo em pequenas coisas e se prejudiquem as grandes.

O espaço de opiniões e questionamentos tem que ser regado. Não nos iludamos que o democratismo vá permitir que numa Conferência com tempo de início e fim definido, envolvendo inúmeras pessoas e compromissos, todos tenham espaço ilimitado para falar. Não podemos deixar este sentimento ser alimentado na mente dos delegados. O regimento do Regimento Interno, previamente aprovado, deve estabelecer este limite de inscitos e o tempo de exposição e resposta. As pessoas que comandam os debates devem ter isto muito claro, em seu roteiro, para comandar sem titubeios. O que delimita os inscitos para questionarem uma exposição é o restante do tempo disponível. Nunca deverá ser o tempo destinado às pessoas para se inscreverem. A consequência deste descaminho é que o parâmetro é inadequado para a regra seguinte. Se o tempo disponível é de meia hora e se tem três minutos para perguntas e cinco para respostas, temos o tempo de 10 minutos por intervenção e em meia hora só cabem três intervenções! É uma simples operação matemática. Coisas aparentemente bobas, mas que se tornam fonte de atritos extremamente desagradáveis entre os “administradores” das conferências e grupos participantes que se julgam injustiçados. Ou outros, sempre presentes, que querem tyrannizar e manipular corporativamente o coletivo.

O momento democrático inicial das conferências, muitas vezes, fica tisonado pelo desumano, ineficiente e “antidemocrático” do final. O marco final tem sido terrivelmente deprimente em conferências das várias esferas, principalmente da nacional. Os percalços repetidos, Conferência pós-conferência, não podem ser mais considerados impre-

vistos, mas sim a triste e indesejável rotina. Parece inexorável delas. Essas dificuldades são inúmeras e repetidas: falta de disponibilização de material de leitura prévia do Relatório Final ou apresentação audiovisual insuficiente; escolha de apenas alguns assuntos considerados mais relevantes para deliberação; desrespeito do horário de término prejudicando a discussão e a presença de inúmeros participantes que, ou já tinham compromissos de viagem (reserva de avião, saída de ônibus fretados, etc.), ou simplesmente estavam vencidos pela estafa ou sono (real e por falta de hábito); a contingência real (não desejada, nem impingida, mas inexoravelmente condicionada) de varar madrugada discutindo com uma minoria. Isto é desumano. É ineficiente. Se persistirmos nestes erros, poderemos, mais à frente, ser considerados pessoas de má-fé, com intuitos dolosos, desmoralizando a manifestação democrática das conferências de saúde. Tenho a convicção que inúmeros finais de Conferência madrugada à fora, dominados, muitas vezes, por pequenos grupos presentes, tem sido um ato duramente antidemocrático que alguns pensam legitimar “cantando de mãos dadas o Hino Nacional!”

4.1.3. Tempos adequados ao ordenamento legal

As conferências de saúde devem ter melhor definição de seus tempos. Suas competências são tão essenciais e importantes que não podem ficar ao léu, sem definição de datas. Há muitos anos venho defendendo que as conferências de saúde tenham seus tempos adequados aos tempos dos planos de governo, já expressos na Constituição. Não dá para falar na importância e essencialidade dos Planos de Saúde sem adequá-los, em tempo, à Lei do Plano Plurianual — PPA; à Lei de Diretrizes Orçamentárias — LDO e à Lei Orçamentária Anual. Atualmente fazemos processos desconectados, paralelos e, conseqüentemente, inseqüentes.

Até, ingenuamente, alegamos democracia de cada instância de governo definir suas datas, quando as datas maiores das Leis já se encontram definidas na Constituição Federal. Minha sugestão é que estes tempos estejam juntos. As conferências nacional, estaduais e municipais de saúde têm, obrigatoriamente, que ser realizadas no primeiro semestre do primeiro ano dos governos federal, estadual e municipal para que suas decisões sejam acopladas ao Plano Plurianual de Governo e remetidas ao Legislativo para discussão. A grande vantagem é agregar aos planos tudo o que se constituiu em rica discussão do processo eleitoral com seus anseios e promessas. Elas servirão para os governantes nos seus três anos seguintes e no primeiro ano da gestão seguinte. No intervalo de cada quatro anos, estados e municípios poderão realizar outras conferências ou encontros de conselheiros segundo as constituições estaduais e leis orgânicas. Até mesmo a União pode fazê-lo. A cada ano, sob a coordenação dos conselhos será delimitada a parte operacional do PPA relativa ao ano seguinte, aplicável à LDO e à LO. Qualquer dos eventos programados em estados e municípios deverá ser agendado dentro dos prazos de encaminhamento para a LDO e a LO.

4.1.4. A representação nas Conferências

Será que nossas conferências realmente estão sendo representativas da sociedade? Será que conselheiros, assíduos e comprometidos no dia-a-dia com o SUS, estão sendo preteridos na representatividade no momento de escolha de delegados para as conferências estaduais e a nacional? Na quase totalidade dos segmentos, a representação nas conferências, exclusivamente por conselheiros, não é mais legítima que aquela livre onde caem os pára-quadistas? Acho que chegou a hora de pensarmos em valorizar os conselheiros e termos um percentual obrigatório majoritário de sua representação nas conferências estaduais e nacional.

4.1.5. O depois das Conferências

Precisa haver uma rotina mínima para os Conselhos que é a participação na feitura dos planos e em seu acompanhamento, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Isto tem que ser real, em cada canto. Não podemos nos perder em mil atividades não substantivas. O grande impasse dos conselhos é justamente quando eles não caem na real de sua dupla missão de ajudar a fazer e aprovar o plano, assim como acompanhar e controlar econômica e financeiramente este plano. Teorizamos demais e não estamos ajudando a melhorar a resposta lá na base. Enquanto não discutimos o “plano da resposta” na ponta, continuaremos perdidos e sem saber o que controlar. Controle social sem objeto é frustrante.

Sabemos, conhecemos e entendemos qual é o Plano Nacional de Saúde? O Plano Estadual de Saúde? O Plano Municipal de Saúde? Os Conselhos de Saúde se reúnem mensalmente, há décadas e sem interrupções e com uma plêiade de cidadãos de excelente formação e qualidade. Como cobrar a eficiência e a eficácia das ações e serviços de saúde da União, estados e municípios sem sabermos para que vieram, a que se propõem, e sem termos aprovado um plano de governo para a saúde? No âmbito da União só houve Plano Nacional de Saúde em 1990 e, depois, em 2004 (um ano depois da PPA). Como avaliar a execução do plano, sem plano? Cadê o cumprimento do que manda a Lei 8.689/93:

O gestor do SUS em cada esfera de Governo, apresentará trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado, contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Pergunto: a União tem prestado contas, nestes termos, ao Conselho Nacional de Saúde? Quantos estados e municípios prestam contas aos seus respectivos conselhos e em audiência pública nas Assembléias e Câmaras? Como acompanhar e avaliar sem planos e sem relatórios de gestão? Desconheço deliberações dos vários conselhos exigindo isto. Desconheço relatórios sobre o Ministério da Saúde feitos pela Auditoria, Controle e Avaliação (SNA), em que conste que o Ministério da Saúde não cumpre a lei, pois durante anos não teve seu Plano e nem o Relatório de Gestão. (Este mesmo órgão vive infernizando os municípios atrás de planos e relatórios que são exigência legal para as três esferas de governo.)

Inúmeras vezes me perguntei quem da saúde faz auditoria sobre o Ministério da Saúde? Ele próprio? Quinze anos de corrupção na área de sangue, no Ministério da Saúde, anos de sanguessugagem nas ambulâncias e a única pergunta que não vi ser feita foi: onde estava e o que estava fazendo o Sistema Nacional de Auditoria? Dia virá em que estados e municípios terão competência e legalmente fiscalizarão, auditarão e devassarão o Ministério da Saúde. Têm-se feito grandes discussões no Conselho Nacional de Saúde sobre temas candentes. Excelente. Mas, isto não pode levá-lo a prescindir da cobrança e da aprovação sistemática da PPA, da LDO e da LOA. Aprovação do Plano e da execução dele, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Caso contrário, estaremos “competentemente legitimando” erros do Ministério da Saúde. Isto pode ser transferido para os conselhos estaduais e municipais com igual conotação. Quem fará esta verdadeira participação da comunidade propondo e exercendo o verdadeiro controle social? Qual das esferas, por primeiro, dará exemplo para às demais? Quais serão os conselhos, Brasil afora, que estarão em estado de protesto, ou seja, greve ao contrário: estado permanente de reunião até os gestores apresentarem seus planos e

relatórios de gestão? O Ministério da Saúde continuará cobrando de municípios e estados, sem ele próprio fazer? Estados e regionais de saúde continuarão exigindo dos municípios o que nem mesmo estão fazendo? Tudo sob as barbas da participação da comunidade, do controle social dos conselhos e das conferências?

4.1.6. As plenárias de conselheiros

Esta foi uma iniciativa vitoriosa que tem que ser consolidada para todo o Brasil. Reuniões regionais, estaduais, das grandes regiões brasileiras e nacionais. Uma programação prévia. Pautas amarradas. A abrangência do caráter deliberativo das plenárias é intrínseco àquele colegiado. O que não pode é este poder deliberativo das plenárias ser expandido, pois passaríamos por cima do poder dos conselhos legalmente constituídos.

A verdadeira e integral participação da comunidade na saúde é um dos muitos desafios. Começamos bem. Entusiasmamos as pessoas. Não podemos agora ficar pelo caminho sem corrigir os erros e enfrentar os novos desafios. O tempo urge!

4.2. Organização de conferências municipais de saúde

Estas são algumas anotações para servirem de contribuição aos que pretendem organizar uma Conferência de saúde. Já serviram de roteiro a muitas pessoas e podem ainda servir às próximas Conferências municipais, estaduais e nacionais.

4.2.1. Lembretes iniciais

- Escolher uma pessoa ou um pequeno grupo de trabalho

para fazerem o levantamento prévio e extra-oficial de dados, documentos que subsidiem a Comissão Organizadora da Conferência.

- Coligir a legislação sobre conferências de saúde. Em nível federal: EC 29; Leis 8.080/90 e 8.142/90; Resoluções do Conselho sobre Conferência; documentos sobre o tema no âmbito nacional. Em nível estadual: capítulo sobre saúde na Constituições Estadual; Código de Saúde ou similar, se houver; lei de criou o Conselho Estadual de Saúde. No âmbito municipal: capítulo da Lei Orgânica sobre a saúde; lei que criou o Conselho Municipal de Saúde; Regimento Interno do Conselho; deliberações sobre as conferências de saúde.
- Coligir os relatórios finais da última Conferência Nacional e Estadual de Saúde e se houver uma próxima que esteja sendo organizada.
- Levantar todo o material referente às outras Conferências já realizadas no município (decretos, portarias, regimentos internos, documento tese, relatórios finais).
- Levantar materiais de conferências realizadas em outros municípios que poderão subsidiar a Conferência (documento-tese, regimento, material de divulgação, etc.). Sempre se tem alguma boa idéia que alguém já fez!

4.2.2. Objetivos da Conferência de Saúde

As Conferências de Saúde têm o objetivo de melhorar a saúde da população. Para isto, sempre sua ação será voltada no sentido de conhecer o que deveria estar sendo feito para garantir a saúde da população (o desejo da sociedade explícito ou não no corpo legal), o que está acontecendo na realidade e como fazer para que o devido e o real sejam uma única coisa. Em resumo: confirmar o correto, modificar o errado e construir corretamente o novo.

4.2.3. Tema da Conferência de Saúde

Dentro deste objetivo acima referido todas as discussões acabam caindo em grandes temas essenciais ao trabalho de saúde. No entanto, é preciso ter cuidado para não ficar em generalismos que pouco contribuem no momento de planejar ações em saúde. Aqui vão elencados alguns assuntos que podem ser transformados em sub-temas de uma conferência de saúde.

- a) *Financiamento*: o modelo atual do financiamento municipal; cumprimento da EC-29; parâmetros financeiros; participação orçamentária dos recursos da União, estados e municípios no financiamento do SUS; a relação do poder público com as entidades filantrópicas e privadas através de contratos e convênios; planos e seguros de saúde.
- b) *Descentralização e gerenciamento*: papéis do estado e do município; municipalização; regionalização e hierarquização; consórcio intermunicipal; gestão e gerenciamento; sistema de informação; fundações de apoio, autarquia, organizações sociais, empresas públicas e OSCIPS.
- c) *Modelo de atenção e organização dos serviços*: universalidade, igualdade, integralidade; programas (mulher, criança, idoso, hipertensão, diabetes, etc.); assistência farmacêutica: popular, básica, de alto custo; competências da União, estados e municípios; informação; planejamento; controle e avaliação.
- d) *Participação da comunidade*: conselhos locais, regionais e municipais de saúde; integração ao Ministério Público e ao Legislativo; ação propositiva e controladora da participação da comunidade.
- e) *Recursos humanos*: concurso público, plano de cargos, carreira e salário; educação permanente; humanização da relação profissional-cidadão usuário.
- f) *Ciência e tecnologia em saúde*: avaliação tecnológica e incorporação de tecnologia (medicamentos, equipamen-

- tos, condutas, procedimentos).
- g) *Ensino e pesquisa*: a rede de saúde e sua utilização para formação de novos profissionais de saúde; pesquisa operacional nas unidades e serviços de saúde.

Um Exemplo de um possível tema, sempre atual:

Tema: a saúde que temos e a saúde que queremos

Fase descritiva: o SUS que queremos

Iniciar pela colocação dos princípios legais e constitucionais do SUS expressos na Constituição Federal, nas leis 8.080/90, 8.142/90, Constituição Estadual, Código de Saúde e Lei Orgânica Municipal, Lei do Conselho, Lei do Fundo, Decretos e Portarias importantes. Aqui são colocados todos os princípios fundamentais do SUS que servirão de base para a análise de conjuntura do que está acontecendo.

Fase analítica: o SUS que temos

Partir da análise do que ocorre com a saúde da população no município. As análises de conjuntura nacional e estadual igualmente vão embasar a análise de conjuntura do município.

Fase propositiva: como conseguir o SUS que queremos a partir do SUS que temos

As análises conjunturais deverão ser concluídas apontando as possíveis saídas e objeto de luta da sociedade organizada.

4.2.4. Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde

Presidente de Honra: Prefeito.

Presidente: Secretário de Saúde ou Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Conselho Deliberativo: Conselho Municipal Saúde e Secretaria de Saúde.

Coordenação Geral: sempre definir uma pessoa, de preferência alguém com capacidade de liderança e de aglutinação, podendo ser um dos integrantes da Mesa do Conselho de Saúde.

Coordenação Executiva: sempre designar uma pessoa com capacidade de gestão, de preferência que seja servidor público da Secretaria de Saúde capaz de dispor de tempo para exercer a função. Essa pessoa terá como tarefa principal coordenar a Comissão Executiva.

Comissão Executiva: é bom indicar integrantes da Mesa do Conselho e servidores da Secretaria da Saúde, pensando nas seguintes tarefas e funções:

Financeira: representante do Fundo Municipal de Saúde.

Compras e Serviços: representante do Setor de Compras.

Difusão e Mobilização: conselheiros de saúde, representantes das regiões/distritos de saúde e/ou de Unidades de Saúde.

Imprensa: representante do Setor de Comunicação da Secretaria ou da Prefeitura.

4.2.5. Relatoria

A relatoria geralmente é um dos pontos nevrálgicos de uma Conferência de Saúde. Se o resultado de seu trabalho for ruim, poderá comprometer todo o evento.

Por isso, sugerimos que haja um Grupo de Relatoria que será responsável pela preparação do Relatório das Pré-Conferências, o Relatório das Exposições e o Documento Final, antes e depois dos debates.

4.2.6. Conferencistas

- Para as palestras prévias
- Para as pré-conferências distritais e/ou locais
- Para a Conferência Geral

4.2.7. Estrutura da Conferência

É preciso considerar a Conferência de Saúde como um conjunto de eventos e não o dia final apenas. Seria como entrar numa espécie de “um estado permanente de Conferência de Saúde” assim que se instalar a sua Comissão Organizadora. Vários eventos que culminariam na grande plenária da Conferência.

A divulgação na mídia, cartazes e folders pode ser mais permanente e sempre convocando para todos os eventos. Palestras correlatas, pré-conferências, etc. Isto ajuda a fixar mais na mídia e com melhor aproveitamento dos cartazes que não têm apenas a efemeridade do momento final, mas de todo o processo. O tema saúde pode ficar circulando mais tempo no meio da população.

4.2.8. Pré-conferências

As pré-conferências podem ser centradas em discussões de temas individualizados para todo o coletivo ou de todos os temas em bases territoriais. Existe também a hipótese de usar concomitantemente os dois tipos de eventos.

4.2.9. Pré-conferências centradas em palestras temáticas sobre assuntos específicos

Pensar na hipótese de fazer palestras temáticas. Por exemplo, uma a cada semana ou a cada 15 dias para grupos de interesse e/ou abertas a toda a população. Estes temas poderiam encurtar as discussões do dia da plenária, ganhando-se tempo para o debate final. Talvez assim se aproveitasse mais. Os temas poderiam ser definidos entre aqueles de maior interesse e preocupação, de acordo com a realidade local.

4.2.10. Pré-conferências centradas em base territorial

As pré-conferências de base territorial têm como objetivo fazer a discussão prévia dos temas nas várias regiões de saúde ou na base territorial das unidades de saúde.

Cada cidade tem características próprias que devem ser levadas em consideração. Algumas atingem o objetivo de capilarizar a discussão através de palestras prévias, outras pela realização de pré-conferências, ou até mesmo as duas formas combinadas. Estas podem ser realizadas no período de oito a dez horas, por exemplo: duas noites na semana, ou sexta à noite e sábado de manhã, ou sábado o dia todo. As pré-conferências por local podem ser realizadas simultaneamente ou em datas diferentes.

4.2.11. Conferência Municipal de Saúde

A Conferência propriamente dita será realizada levando-se em consideração inúmeras variáveis ligadas ao tempo e lugar. Os detalhes estão arrolados nos itens abaixo. Um deles está relacionado à data e aos horários das conferências que devem ser adequados ao tempo e ao lugar, visando facilitar a participação do conjunto de delegados e observadores.

Existem vários esquemas de dia-hora como: duas noites e sábado todo; Sexta-Feira à noite e Sábado o dia todo; Sábado o dia todo e Domingo pela manhã; Sexta-Feira à noite, Sábado o dia todo e Domingo pela manhã.

4.2.12. Participantes

O número total de participantes deverá ter correlação

com a população.

Sugerimos que haja os seguintes perfis de participantes:

- *Delegados*: representantes indicados por entidades e organizações de acordo com segmentos previstos na legislação. Têm direito a voz e voto na Conferência. Deve haver cuidado para guardar a mesma proporção da composição do Conselho com a paridade entre os representantes dos usuários e de outro lado os demais representantes do governo, prestadores e profissionais de saúde.
- *Observadores*: pessoas interessadas em participar no evento e que não representam entidades e organizações. Têm direito a voz, mas não votam na Conferência. Ter o cuidado para não ter número excessivo ou desproporcional em relação aos delegados.
- *Convidados*: pessoas que serão agraciadas com a presença na Conferência a convite da Comissão Organizadora. Não terão direito a voz e voto.

4.2.13. Regimento Interno

A responsabilidade exclusiva de feitura e aprovação do Regimento Interno das Conferências é do Conselho de Saúde. O Conselho deve utilizar-se do Regimento Interno de conferências anteriores com correção imprescindível daquilo que representou omissão ou deu margem a interpretações errôneas. Pode igualmente cotejar regimentos de outras conferências com o seu para aproveitar-se do já aprovado.

A legislação é clara ao determinar que a elaboração do Regimento Interno seja função do Conselho. Historicamente tem-se discutido e aprovado regimentos no decorrer da Conferência. Além de ilegal, esta medida tem sido fonte de um desgaste desnecessário e verdadeira perda de tempo. A assembléia é soberana para decidir os casos omissos, por solicitação do Conselho, mas não lhe cabe analisar e apro-

var o Regimento Interno. Se os participantes da Conferência sentirem necessidade de mudar artigos do Regimento Interno, estas serão propostas e submetidas à plenária final. Quando aprovadas, sua vigência será a partir da próxima Conferência.

4.2.14. Formatação da Conferência

Proposta

- As palestras temáticas seguidas ou não de debate e as pré-conferências distritais deverão ser feitas à base de trabalho de grupo, levantando e respondendo às questões.
- A Conferência Municipal de Saúde não terá mais trabalhos de grupo e será formatada da seguinte maneira:

1º bloco

- Abertura Solene: fala do Prefeito, do Presidente do Conselho e do Secretário de Saúde.
- Conferência Magna de Abertura (geralmente uma análise de conjuntura da saúde)

2º bloco

- Discussão dos problemas levantados e das soluções apontadas no âmbito municipal, mas, não esquecendo de fazer as ligações com as esferas federal e estadual de saúde.

3º bloco

- Assembléia Geral (Plenária Final). Discussão de problemas e soluções tendo como roteiro o documento tese inicial.

4º bloco

- Sessão de Encerramento
- Homenagens

4.2.15. Documento tese e subsídios adicionais

O ideal é que se construa um documento que nos ha-

bituamos a denominar de “documento guia” ou “documento tese”. Preparar um bom documento guia é essencial para as pessoas discutirem centradamente os temas e sub-temas, mas jamais para engessar as discussões.

O documento tese apresenta o tema da discussão com subsídios para ela. Um dos componentes essenciais deste documento é o levantamento das deliberações das conferências anteriores assinalando aquilo que foi cumprido e o que ainda falta. Este deve ser o ponto de partida das discussões sobre o que temos e o que queremos.

Este documento tese deve ter em seu bojo ou como anexo os seguintes itens:

- Legislação básica: Constituição Federal (parte da saúde e EC-29), leis 8.080/90 e 8.142/90, NOBs, Pacto da Saúde, Código de Saúde, Lei Orgânica Municipal (parte da saúde);
- Dados gerais do município: dados sócio-econômicos como população, economia, emprego, renda, educação, saneamento, lazer, etc;
- Dados de saúde do município: situação de saúde da população, dados de produção de serviços e dados financeiros de saúde;
- Textos selecionados da conjuntura nacional e estadual.

4.2.16. Logotipo e logomarca

Pode-se ter ou não uma *logo* para o evento. Não se esquecer sempre de associar ao do município, da Prefeitura, do Conselho de Saúde.

4.2.17. Providências e material a ser previsto

- Local
É preciso pensar nas palestras distritais e na palestra

geral; se a geral seguir a formatação sugerida, sem grupos, uma idéia seria usar um auditório único. Se forem constituídos grupos, será preciso usar um local que assim o permita.

Cabe certa atenção quanto aos espaços abertos como quadras esportivas e outros. Fica sempre prejudicado o som e, conseqüentemente o comando do evento. Muitas vezes, nestes locais, é impraticável o uso de telões para projeção dos palestrantes e do Relatório Final, devido ao excesso de luz.

- Alimentação

Café, água, bolacha, lanche e refeição.

- Materiais indispensáveis

Telefone, computador e impressora, folhas de papel, fotocopadora, pastas, canetas, blocos em branco, documentos, crachás.

- Providências indispensáveis

Requisição de servidores: para recepção e inscrições nos debates. Estar atentos para resolver o grande problema do tumulto das inscrições que acaba atrasando o início dos trabalhos.

Condução com motorista: para o transporte de convidados e palestrantes, mas com certeza será usado em algum imprevisto de última hora (buscar material, algum equipamento etc.).

- Conferencistas

Pensar em tudo: na escolha, fazer o convite e garantir confirmação, combinar tema e horários, passagens, diárias, condução e hospedagem.

4.2.18. Cronograma

Sugerimos planejar a execução da Conferência de Saúde da seguinte forma:

Até .../.../...: discussão básica preparatória no Poder Execu-

tivo;

Até .../.../...: discussão e aprovação no Conselho de Saúde;

De .../.../... a .../.../...: fase preparatória;

De .../.../... a .../.../...: fase de realização das Pré-conferências;

Dia .../.../...: fase final da Conferência Municipal de Saúde.

4.2.19. Primeiro passo

Oficialmente, feita a aprovação no Conselho, uma Conferência Municipal da Saúde começa com o Decreto do Prefeito, bem sucinto, que a convoca. Isso é indispensável para garantir a legitimidade e a legalidade de todo o processo.

Em seguida, vem a Portaria da Secretaria Municipal de Saúde que explicita o tema, os sub-temas, a dinâmica de funcionamento e designa comissões, pessoas e toma outras providências que se fizerem necessárias. Isso também é fundamental para que haja funcionamento de tudo.

4.2.20. Finalizando...

Os lembretes que expomos com este texto não esgotam as idéias e possibilidades de se fazer de uma conferência um “Banquete de Democracia” a serviço de nós cidadãos e de nosso direito maior à vida e à saúde. Muitas outras providências, atividades e procedimentos podem ser tomados em vista à boa discussão dos temas envolvendo a saúde. Porém, nunca esquecendo o essencial: as Conferências de Saúde têm como objetivo melhorar a saúde da população.

5. FUNÇÃO PROPOSITIVA DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

5.1. Conselho de Saúde e obrigação legal de aprovar o Plano de Saúde

5.1.1. A proposição como maneira de participação

A proposição é uma das maneiras de participação do cidadão no seu mundo. Soma-se à sua ação pessoal o caráter propositivo de sua intervenção na sociedade e nos governos. Participar com idéias, avaliação de idéias, assunção de idéias. Buscar saídas individuais e coletivas.

A proposição nas audiências públicas, na elaboração e discussão dos planos e orçamentos como os orçamentos participativos já previstos na CF em 1988 e reforçados pela LRF em 2000.

Na área de saúde há um mundo de questões a serem resolvidas e de problemas esperando boas idéias e saídas. Toda a formulação de estratégias de saúde tem que passar pelo Conselho. Todo o Plano de Saúde tem que passar pelo Conselho. No Conselho a comunidade participa de forma propositiva contribuindo e aprovando o Plano de Saúde. O fundamento legal:

“É livre a manifestação do pensamento [...]” (Art. 5, IV).

“O conselho de saúde atua na formulação de estratégias” [...] (Lei 8.142/90, Art. 1, § 3).

“O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos.” (Lei 8.080/90, 36).

“A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e de discussão dos planos e orçamentos.” (LC, 101/2000, Art. 48 - LRF).

5.1.2. Fundamentação legal da cidadania

A democracia moderna encontra seu fundamento na idéia de que o cidadão é a razão de ser de tudo. Por isso é que no sistema jurídico-político brasileiro tudo começa pelo dever/direito constitucional. Está no Art. 1º da nossa Constituição: todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (democracia representativa) ou diretamente (democracia participativa).

Pelo bem da verdade, convém que saibamos: o exercício da cidadania requer compromissos. Disse certa vez o saudoso sociólogo Betinho que “cidadão é aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade.”

Na sociedade brasileira há espaços importantes para o exercício do compromisso de cidadania política e democrática. Vejamos alguns dos fundamentos legais para isso:

5.1.3. Fundamento legal do amplo direito à informação pelo cidadão

A Constituição prevê:

- Direito à informação, conforme estabelece o Art. 5º, XXXIII;
- Que qualquer cidadão pode denunciar ao Tribunal de Contas da União e aos Tribunais de Contas dos Estados (Art. 72, § 2);

- Que o prefeito tem que ouvir a sociedade ao planejar (Art. 29, X);
- Que as contas públicas anuais ficarão 60 dias à disposição do cidadão para questionar sua legitimidade (Art. 31, § 3);
- Que a administração pública obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Art. 37, caput);
- Que a lei disciplinará a forma de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:[...] acesso dos usuários a registros administrativos e a informações dos atos do governo [...] (Art. 37, 3);
- Que os gestores públicos devem publicar a execução orçamentária bimestral (Art. 165, III, § 3).

As leis brasileiras complementam estas disposições da Constituição:

- Deve haver a publicação ou exposição pública de todas as compras feitas pela administração pública direta e indireta a cada mês, conforme está no Art. 16 da Lei 8.666/93;
- Está disposto na LC 101/2000 (LRF), Art. 48: “São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Parágrafo Único - A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

Art. 49. As contas apresentadas pelo Chefe do Poder Exe-

cutivo ficarão disponíveis, durante todo o exercício, no respectivo Poder Legislativo e no órgão técnico responsável pela sua elaboração, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.”

5.1.4. Fundamentação do direito do cidadão participar na saúde pela proposição e o controle

Voltemos à Constituição Federal:

“Art. 10 - É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão ou deliberação.”

“Art. 194 - [...].

Parágrafo único - Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.”

“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:

III - participação da comunidade.”

“Art. 77-CF-ADCT

§ 3 - Os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mes-

ma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde.” (redação dada pela EC-29).

Além destes dispositivos constitucionais, podemos destacar ainda na legislação ordinária, em especial:

“Art. 2 - A prefeitura do município beneficiário da liberação dos recursos [...] notificará os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no município, da respectiva liberação, no prazo de dois dias úteis, contados da data de recebimento dos recursos.” (Lei 9.452/97).

“Art. 12 - O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.” (Lei 8.689/93).

5.1.5. Fundamentação do direito dos Conselhos de Saúde aprovarem o Plano de Saúde

Sem querer ser repetitivo, mas olhemos para o que diz a Lei 8.142/90:

“Art. 1 - O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 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.

§ 1 - 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.

§ 2 - 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.”

Está muito bem estipulado pela nossa legislação que o Conselho de Saúde, enquanto obrigação constitucional e legal, exerce o duplo papel:

- propositivo (aprovar o plano de saúde);
- controlador (acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde).

A preocupação dos legisladores brasileiros foi de estabelecer claramente duas questões:

- que a formulação de estratégias da política de saúde tivesse como instrumento bem concreto o Plano de Saúde;
- que o controle da execução da política de saúde tivesse como instrumento bem concreto o Fundo de Saúde.

De forma derradeira isso pode ser visto no que diz a

Lei 8.080/90:

“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.

§ 1 - 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.

§ 2 - 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.”

Para mim fica evidenciado que o Conselho de Saúde tem a missão de efetivar a participação da comunidade enquanto uma das três diretrizes constitucionais do SUS. Isso não é mera retórica jurídica. Do ponto de vista prático, a verdade é que nada pode estar no Plano de Saúde sem a aprovação do Conselho de Saúde. Nada pode ir para o orçamento sem estar no plano e nada pode acontecer na saúde que não esteja aprovado no orçamento. Não sou eu quem diz, mas é a legislação que estabelece!

E, para a felicidade geral da nação, o poder público só pode fazer aquilo que está na lei e o que ela manda. Toda ação dos gestores públicos precisa ter como base as regras e segui-las. E, em se tratando de Conselho de Saúde e de Plano de Saúde — parafraseando certo comentarista de futebol —, a regra é clara! Basta olhar para as leis.

5.1.6. Conseqüências práticas e objetivas do mandado legal na elaboração, aprovação, acompanhamento e avaliação do plano

Diante do exposto até aqui, ao acompanhar e avaliar o Plano de Saúde, o gestor local tem como obrigação criar as oportunidades fáticas para que isto aconteça. As várias fases do processo de planejamento com o Conselho de Saúde são:

- Promover e garantir que o Conselho de Saúde participe na feitura do Plano: discussão para onde se quer ir (objetivos); onde se está (diagnóstico) e como se vai de um ponto ao outro (estratégia);
- Promover e garantir que o Conselho de Saúde: discuta amplamente a formatação e o conteúdo final do Plano de Saúde; aprove a versão final do plano com todos seus componentes e anexos; acompanhe rotineiramente a execução do Plano de Saúde; avalie a execução do Plano de Saúde; aprove o Relatório de Gestão da execução do Plano, pelo menos a cada três meses como manda o Art. 12 da Lei 8.689/93.

E para cumprir estes mandados legais, o gestor tem que se organizar para garantir uma série de questões:

- O Plano de Saúde tem que conter os instrumentos financeiros de sua execução física e acompanhamento;
- Ter os instrumentos de planejamento bem definidos e acessíveis, possibilitando a participação do Conselho de Saúde;
- Ter cronograma claro de todas as fases deste processo compatíveis com o cronograma das Leis Orçamentárias,

- com o ano fiscal e com os prazos (trimestral pela Lei 8.689/93; quadrimestral pela Lei de Responsabilidade Fiscal) para aprovação de Plano e das contas;
- Trabalhar com a hipótese de fazer isto *on line* como preceitua a Lei Complementar 101/2000;
 - Processo de educação permanente dos conselheiros para que eles estejam habilitados para o desempenho de suas funções.

5.1.7. Concluindo

De um modo geral, e em especial quando se trata do Plano de Saúde, a coisa é bem simples:

- O gestor não tem que permitir ou deixar que aconteça a participação do Conselho na gestão da saúde;
- O gestor tem a obrigação de garantir e fazer com que o Conselho de Saúde funcione e cumpra seu papel legal.

5.2. Providências práticas do caráter propositivo dos Conselhos de Saúde

5.2.1. Análise e aplicação de medidas eficientes

a) Compras

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: enfermeiro, farmacêutico, médico, administrador e economista/contador;
- Administrar compras preferencialmente na saúde. No mínimo as decisões essenciais sobre compras;
- Padronizar medicamentos, material médico hospitalar e equipamentos principalmente os de menor vida útil;

- Ter comissão de licitação específica de saúde;
- Comprar, na rotina, com antecedência evitando a compra emergencial sempre mais onerosa;
- Comprar a partir de licitações estaduais e federais;
- Comprar pelo sistema de registro de preços ou por pregão;
- Comprar diretamente do fabricante, principalmente, de medicamentos;
- Comprar, preferencialmente, medicamentos genéricos.

b) Estoque e dispensação

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: enfermeiro, farmacêutico, médico, administrador, economista, contador, almoxarifes;
- Condições físicas de armazenagem principalmente relativas à luz e umidade;
- Trabalhar com curva ABC ou similar;
- Controle de entrada e saída de produtos;
- Controle de validade dos produtos;
- Controle de medicamentos de dispensação controlada como os psicotrópicos;
- Saída controlada com entrega segura em cada unidade de dispensação final;
- Entrada, saída, armazenagem em cada unidade de consumo.

c) Recursos humanos da saúde

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado, pedagogo, psicólogo e outros profissionais de saúde pontualmente;
- Relação de todos os cargos-função da saúde autorizados

- pela Câmara;
- Acompanhar horas extras-alerta quando mais de 20% e diminuição quando mais que 30% da folha;
 - Acompanhar diárias, vale transporte, vale alimentação;
 - Rotina de recrutamento de pessoal, seleção pública, provas, contratação, educação permanente;
 - Existência de plano de cargos-salários e carreira no mínimo o específico da saúde;
 - Ter todos os servidores através de contratação pública e sem nenhuma contratação terceirizada de mão-de-obra.

d) Serviços de terceiros de apoio (meio)

- Ter profissionais envolvidos na função com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado;
- Relação de todos os serviços terceirizados: limpeza, vigilância patrimonial, alimentação, transporte;
- Verificar a existência de serviços terceirizados de mão-de-obra para trabalhar nos próprios públicos estatais;
- Verificar existência de termo de licitação legal com contratos legais;
- Estabelecer mecanismos claros e viáveis de verificação da execução do serviço e sua qualidade;
- Verificar horas contratuais de serviço e as possíveis horas de excesso e o previsto no contrato;
- Verificar se os encargos sociais dos terceiros estão sendo garantidos;
- Verificar condições de trabalho dos terceirizados;
- Verificar se existe controle público institucional e social sobre a instituição, serviços e ações contratados-conveniados (controle e avaliação das secretarias).

e) Serviços de terceiros de atividades fim

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado e outros afins ao objeto do contrato-convênio;
- Trabalhar com o conceito de que o administrador público de saúde pode contratar ou conveniar serviços de terceiros complementarmente ao SUS (sempre a menor parte) para executarem serviços públicos nas instalações dos contratados-conveniados;
- Relação de todos os serviços terceirizados: limpeza, vigilância patrimonial, alimentação, transporte;
- Verificar a existência de termo de licitação legal com contratos e convênios legais;
- Estabelecer mecanismos claros e viáveis de verificação da execução do serviço e sua qualidade;
- Verificar se existe controle público institucional e social sobre a instituição, serviços e ações contratados-conveniados (controle e avaliação das secretarias).

f) Contratos de locação de imóveis, aparelhos, veículos e outros

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado e outros afins ao objeto de contrato;
- Trabalhar com o conceito de que os serviços públicos podem alugar ou fazer leasing;
- Tudo deve sofrer processo de licitação completo;
- Tudo deve ter contrato claro e preciso com descrição do objeto, mecanismos de controle, reajustes legais e reais

- de mercado;
- Relação de todos os contratos e leasing: imóveis, veículos, máquinas, equipamentos médico-hospitalares;
 - Verificar existência de termo de licitação legal com contratos e convênios legais;
 - Estabelecer mecanismos claros e viáveis de verificação da qualidade e manutenção dos objetos locados;
 - Verificar se existe controle público institucional e social sobre os locados e instituições locadoras.

g) Reformas, ampliações e construções de unidades e serviços de saúde

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado e outros afins ao objeto de contrato;
- Trabalhar com o conceito de que os serviços públicos podem alugar ou fazer leasing;
- Tudo deve sofrer processo de licitação completo;
- Tudo deve ter contrato claro e preciso com descrição do objeto, mecanismos de controle, reajustes legais e reais de mercado;
- Relação de todos os contratos e leasing: imóveis, veículos, máquinas, equipamentos médico-hospitalares;
- Verificar existência de termo de licitação legal com contratos e convênios legais;
- Verificar obras de reformas, ampliações, construções: material contratado e utilizado; especificações; acabamento; mão de obra e encargos sociais;
- Estabelecer mecanismos claros e viáveis de verificação da qualidade e manutenção dos objetos locados;
- Verificar se existe controle público institucional e social

sobre os locados e instituições locadoras.

h) Administração de transporte

- Ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, engenheiro, mecânico de autos e outros afins à administração de veículos;
- Trabalhar com frota própria, contratada, aluguel esporádico de táxis, veículos próprios de funcionários;
- Ter rotinas de trabalho específicas: documentação, seguro, história de vida dos veículos, habilitação dos condutores; treinamentos de direção defensiva e outros; saída de veículos, controle de quilometragem, uso de combustível, lubrificantes, troca de pneus; revisões periódicas de rotina; consertos; serviços de manutenção próprios e contratados;
- Verificar se existe controle público institucional e social sobre os locados e instituições locadoras.

5.3. Conselhos de Saúde não têm funções executivas

O caráter dos conselhos é essencialmente aquele definido na Lei 8.142/90: “O Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.” Na Lei 8.080/90, Art. 33, lembra-se que os recursos do SUS serão movimentados sob fiscalização dos Conselhos e no Art. 36 afirma que no processo de planejamento e orçamento deve-se ouvir seus órgãos deliberativos.

Na NOB 96, que é anexo de uma portaria do Ministério da Saúde, se determina que cada nível de gestão a que se habilitam municípios ou estado, devem passar pela aprovação do Conselho de Saúde, tanto os planos como os relatórios de gestão.

No meu entendimento existem Conselhos de Saúde saindo de seu caráter deliberativo de formuladores de estratégias, de controladores da política de saúde, aprovadores de planos e relatórios de gestão, para assumir funções tipicamente executivas dos gestores públicos de saúde. A execução das funções é do Executivo, das estruturas da administração.

Considero determinadas ações que vêm sendo executadas por alguns conselhos, como erradas e ilegais, ainda que, por vezes, sejam feitas em caráter equivocado, executado por pessoas de boa fé, mas desinformadas. Cito a seguir algumas dessas ações que se destacam atualmente:

- Os conselhos de saúde fazerem planos de saúde ao invés de contribuírem para o plano, analisá-lo e aprová-lo com adequação aos objetivos, metas e a disponibilidade de recursos (Art. 37 da 8.080/90);
- Os conselhos de saúde serem membros de comissões ou conselhos específicos dos fundos de saúde, pois, assim, estariam invalidando sua função seguinte que é a de fiscalização do fundo. Não pode um conselheiro num momento decidir o que fazer com os recursos do fundo, em função executiva, e, no momento seguinte, estar aprovando ou reprovando o relatório de gestão com aprovação das contas do Fundo;
- Os conselhos de saúde participarem de comissões de licitação para compras, pelos mesmos motivos acima. Diferentemente da licitude que é a função da comissão de acompanhamento orçamentário e financeiro do Conselho de Saúde verificar (a título de controle e fiscalização) como estão funcionando as licitações, de forma esporádica e amostral;
- Os conselhos de saúde serem responsáveis pela organização de conferências de saúde, pelos conferencistas, palestrantes, despesas com material, alimentação, local, som, etc. Estas funções são todas do Executivo, dos ges-

tores públicos de saúde. O Conselho de saúde vai definir uma comissão de acompanhamento destas atividades o que é recomendável. Não tira o mérito do Conselho, muito pelo contrário, valoriza o papel do Conselho quando as decisões fundamentais têm que passar por ele, como formulador e controlador;

- Os conselhos de saúde dos estados entrarem na execução da habilitação dos níveis de gestão dos municípios. Jamais são executivos. Isto é papel da estrutura das secretarias de saúde que o faz através de suas comissões técnicas de órgãos dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União ou das bipartites ou do pessoal técnico da secretaria que dá assessoria aos conselhos. Os conselheiros controlam, fiscalizam pedem novos relatórios e solicitam comprovações. Se necessário ouvem, no Conselho, gestores e representantes dos conselhos municipais. Lamentavelmente tive notícias, que não me cabe ir atrás confirmar, de até tentativas de suborno de conselheiros estaduais para mudança de pareceres e/ou aprovação de pleitos. Se isto é possível acontecer na atividade privada ou pública, é incompreensível que isto possa ocorrer exatamente com aqueles que devem fiscalizar;
- Os conselhos de saúde tomarem para si a responsabilidade executiva de assinar cheques, administrar fundos, gerenciar os próprios conselhos;
- Por fim, é errado, ilegal e equivocado os conselhos de saúde participarem da efetiva gestão de qualquer unidade ambulatorial ou hospitalar da administração indireta como autarquias, fundações públicas de administração pública ou privada;

Esta última questão é muito atual. Confunde-se o caráter propositivo e controlador dos Conselhos de Saúde (geral ou local ou de unidade) externos à estrutura dos órgãos públicos da administração direta, pleiteando-se espa-

ços e assento dentro das instituições, com poder deliberativo. Esta visão é equivocada. O poder de proposição e controle de qualquer unidade de saúde da administração direta e indireta ou de conveniados-contratados, não é fazer parte da estrutura da administração da unidade, mas sim do Conselho de Saúde que exerce controle externo à unidade. Não se pode, ao mesmo tempo, estar deliberando dentro da instituição e controlando a mesma instituição como órgão externo.

Tenho ouvido protestos, pois esta ou aquela instituição de saúde não abriu espaço na sua estrutura para o que, erradamente, denominam de “controle social”. Estas instituições podem até ter membros da comunidade em seus conselhos interna-corporis. Entretanto, o Conselho de Unidades próprias ou contratadas não é da instituição controlada, mas parte do Conselho de Saúde da esfera de governo onde se localiza.

Estes são alguns lembretes que devem nos ajudar no lento caminhar de conquista da cidadania e devolução a nós cidadãos da propriedade das cidades, dos estados e de nosso Brasil.

5.4. Ameaça ao caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde

Vira e mexe sai o boato, ou o rastro da verdade escondida, de que está para ser publicada lei ou medida provisória acabando com o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde [...] talvez de todos os Conselhos.

O caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde foi proposta popular aprovada com o povo na rua, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Discutida amplamente no Congresso e consolidada na Lei 8.142/90. Só outra lei federal pode eliminar o caráter deliberativo dos Conselhos.

Os Conselhos de Saúde, são instituídos em cada esfe-

ra de Governo e compostos por representantes do Governo, dos Profissionais de Saúde e pelos Prestadores de Serviços de um lado e de outro, por 50% de cidadãos usuários dos serviços de saúde, escolhidos na sociedade organizada. Sua função legal é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sem prejuízo das funções do poder Legislativo. Possuem caráter permanente e deliberativo, sacramentado na Lei 8.142/90, aprovada pelo Congresso Nacional.

O fundamento pode ser buscado na Constituição Brasileira “todo poder emana do povo que o exerce diretamente ou através de seus representantes eleitos”. O fato de termos Legislativo e Executivo não nos tira o poder-dever legal de exercer o poder diretamente. Isto é a democracia em seu componente de valorização da participação popular. Faz parte do projeto de Reforma do Estado da Constituição de 1988 e que nestes últimos anos se vê ameaçada pela Contra-Reforma Neoliberal.

Até os ditos neoliberais de carteirinha defendem a participação da Comunidade. Lembrei-me de um texto com 10 mandamentos de Serra, ditados aos Prefeitos. Encontrei num deles: “Em cada programa, em cada ação de governo, te perguntarás como ampliar a participação popular na gestão e nas decisões públicas.” (José Serra).

E se tudo isto for apenas um boato? Apenas um balão-de-ensaio? Ótimo. Estamos andando antes dos fatos como bons epidemiologistas. É muito mais fácil agir antes dos fatos acontecerem que lutar depois para derrubar lei ou Medida Provisória castradoras da participação dos cidadãos, atual, necessária, imprescindível às democracias verdadeiras.

De novo, será pela nossa capacidade de indignação e organização que conseguiremos abortar estas e outras excrescências que saem de porões da mente humana. Mais uma vez, à luta. População e congressistas, unidos, seremos

6. FUNÇÃO CONTROLADORA DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

*Não desistir, nem desanimar da luta.
Tenho certeza de que se lutássemos só por nós,
já teríamos desistido por desânimo,
frouxidão e estafa física, mental e moral.
O que nos mantém alertas, de pé e em estado
permanente de luta, é o peso de ter consciência
de que lutamos por nós e, solidariamente,
pelos muitos que ainda ou não sabem ou
não podem lutar, desta e de gerações futuras.*

Gilson Carvalho

6.1. Controle público institucional e social

O ser humano, cidadão e político participa no mundo, do mundo, com o mundo através da ação, proposição e controle.

Vamos analisar os mecanismos e processos de realização do controle dentro da área de saúde.

6.1.1. O controle

“Os recursos dos estados, do distrito federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal” (CF-ADCT, Art. 77, 3).

“O conselho de saúde atua [...] No controle da execução da política de saúde [...] Inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Lei 8.142/90, Art. 1, § 3).

“Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde” (Lei 8.080/90, Art. 33).

O controle social, cantado em prosa e verso, ficou como a essência da participação do cidadão. Entretanto, este termo nem mesmo existe na legislação geral ou do SUS. O que se fala é em participação da comunidade e participação popular.

O Controle não é função única, mas é uma das funções da participação explícita: “controle da execução da política [...] inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [...] acompanha e fiscaliza o fundo [...] os recursos do SUS movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde” [...] (Lei 8.142/90, Art.1, § 2).

Está bem explícita esta função: fazer o controle de tudo que foi realizado incluindo-se a questão econômico-financeira.

Esta tríade da Participação da Comunidade: ação, proposição e controle deve substituir nosso enfoque errado e distorcido de falarmos exclusivamente no controle social. É muito mais que Controle: é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos.

6.1.2. O controle tem como base a avaliação

O controle muitas vezes é sistematicamente separado da avaliação. Ouso tentar ver o controle como um conjunto de medidas a serem tomadas alicerçadas por uma avaliação prévia. O controle interno ou externo de uma instituição,

situação ou um processo é o meio administrativo que tenho para corrigir trajetórias ou reafirmá-las como adequadas. Punir ou premiar. Colocar no devido caminho aquilo que seja avaliado como errado, mal, distante de um *optimum* estabelecido. É a aplicação prática de um processo avaliativo.

Partindo deste entendimento, vamos conceituar a avaliação inicialmente e depois a avaliação em saúde.

A avaliação pode ser genérica ou específica. Específica é aquela já qualificada, aplicada a uma área de conhecimento ou a um determinado objeto. Em seu conceito genérico, etimológico, avaliação significa o ato de dar valor ou merecimento a alguém ou algo. A Organização Mundial de Saúde define avaliação como “processo de determinação quali e quantitativa, através de métodos específicos e apropriados, do valor de alguma coisa ou acontecimento.”

Este conceito pode ser dissecado e entendido através de seus componentes: processo, determinação de valor, qualidade, coisa ou acontecimento como objeto. O processo como o conjunto de atos, procedimentos realizados com algum objetivo. A determinação de valor implica num juízo com características subjetivas ou, cada vez mais objetivas, na medida em que se represente consensualidade entre um maior número de avaliadores. Estes valores determinados podem ser de características quanti ou qualitativas. O objeto a ser avaliado pode ser algo, alguém ou algum acontecimento.

O cerne da avaliação é a expressão do “juízo de valor”. Para se emitir este juízo é preciso buscar parâmetros, como o *optimum* desejável para cada objeto a ser avaliado. A escolha deste parâmetro pode ficar na subjetividade individual do avaliador ou na consensualidade dos peritos e entendidos em cada objeto a ser avaliado.

Estes parâmetros são expressos em paradigmas, que são as normas, critérios ou padrões. Podem, como qualquer juízo de valor, estar explícitos através de conhecimentos já estabelecidos e determinados, ou implícitos no julgamento

daqueles que emitem seu juízo. Muitos parâmetros já foram explicitados e são do conhecimento universalizado, por critérios científicos ou mesmo empíricos, por padronização feita por pesquisadores ou peritos em determinada área a ser avaliada. Portanto, o estabelecimento do *optimum* é variável, segundo o conhecimento que se tem do objeto avaliado, segundo condições sócio-culturais onde se insere o objeto avaliado, segundo o grau de otimização pretendido e estabelecido como possível.

Outros conceitos genéricos de avaliação podem se somar ao já emitido. Reinaldo Ramos define avaliação como “o controle indireto através de resultados físicos medidos em termos de produção, eficiência, efeito.” Fernandes e Biocca definem avaliação como “um processo de medição que, por sua vez, é um processo de comparação”. Schaefer coloca a avaliação como “levantamento, análise e interpretação da informação que se necessita para identificar as opções que se oferecem entre aquelas que se há de escolher”. Schaefer já coloca aí mais um componente que é o caráter finalístico da avaliação, pois ela mostraria opções, identificaria caminhos para serem escolhidos. Ela não teria uma terminalidade a não ser quando oferecesse subsídios para se conseguir um objetivo maior na frente.

Em síntese, a avaliação pretende medir, através de parâmetros, utilizando-se muitas vezes de símbolos, o nível de alguma coisa, pessoa ou situação. Suas funções podem se classificar como gerais ou específicas. A função básica, geral, é estabelecer bases para o planejamento, ajustando políticas e posicionamentos. Como funções específicas têm-se a facilitação de um diagnóstico de situação, o exercício do controle e o descortíneo de encaminhamento de soluções. As formas de avaliação são diversas e para cada situação ou objeto de avaliação um modelo pode se mostrar de melhor excelência que outro.

Entre os conceitos de avaliação encontra-se mais co-

mumente aquele aplicado a determinada área. Trata-se do “conceito qualificado”, ou conceito aplicado. Aqui se vai até ao conceito qualificado de “avaliação em saúde” em que se utilizam todos os atributos e características da avaliação em seu sentido genérico somados às qualificações específicas relativas à saúde.

A avaliação em saúde compreende todo o processo de emissão de juízo de valor, aplicado à questão saúde: serviços, programas e atividades de saúde. Avalia todos os componentes da saúde, desde seus macro condicionantes, setoriais e extra-setoriais, até as ações específicas terminais de saúde. A própria conceituação de saúde pode ser colocada amplamente quando ela se define como o bem-estar completo do indivíduo e da sociedade. Este pode ser o macro-parâmetro de *optimum*. Este parâmetro poderá ser mais específico descendo ao detalhamento de objetos parciais de avaliação.

Os parâmetros na avaliação de saúde podem ser universais ou ajustados a uma realidade dada. Seriam os marcos ou parâmetros colocados como o *optimum possível* adequado a uma realidade de tempo e lugar, ligados não exclusivamente ao aspecto técnico, mas também sócio-cultural. Do que foi exposto acima se pode inferir que os padrões de avaliação nem sempre podem ser transpostos de um local ao outro, pois diferenças culturais, estágio de desenvolvimento e outros condicionantes, podem fazê-los inadequados à situação.

Dentro desta conceituação de avaliação tenho a convicção que posso situar o controle como um tipo de avaliação. O controle, bem como a avaliação em geral, procura comparar um desejável com um encontrado. Faz comparações entre aquilo que acontece, que vê, que observa e aquilo que está colocado como certo, como bom, como *optimum*.

A partir de um processo avaliativo assumo um juízo de valores. Pode uma avaliação acabar em si mesma ou, o que é desejável, ser utilizada a seguir para confirmar o certo

ou tentar corrigir o errado.

O Controle na área de saúde tem parâmetro de ótimo quando uma sociedade estiver atingindo melhores condições de saúde, bem estar e felicidade. No caso da saúde no Brasil que tem no SUS o Seguro de Saúde Público e Solidário do cidadão, o SUS tem que ser avaliado. A avaliação poderá ser feita de várias maneiras sendo comum avaliarmos a estrutura, o processo e os resultados. O ótimo é o estado de saúde, bem estar, felicidade e o processo é a organização dos serviços de saúde baseada na legislação que a rege. O controle social e Institucional é essencial na garantia deste ótimo.

6.1.3. O controle público

Controle público é o controle sobre o público, a *res publica*. Controle social é o controle exercido pelos cidadãos individual ou coletivamente. Controle institucional é o controle do público sobre o próprio público, intra-institucional e interinstitucional.

O fundamento legal do controle social está no Art. 1º da CF: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. O fundamento legal do controle institucional encontra-se no Art. 37 da CF: “A administração pública, direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos poderes da União, estados, municípios e Distrito Federal, obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade.”

Como o SUS é um sistema público, propriedade do cidadão, nossa avaliação e controle devem dar-se em cima de sua organização. Na estrutura, processo e resultado, devendo estar em acordo com aquilo que está estabelecido nas leis. Como conceituar e praticar o controle público?

a) De como os donos devem controlar e exigir o controle

daquilo que é seu: controle público: *O olho do dono...*

Para agir como dono tem-se antes que ter a consciência e práticas de dono. De sócio proprietário. Já nos disse o Betinho que “cidadão é aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade.”

b) Assunção da cidadania: o direito de ser gente.

Para o cidadão controlar a sociedade e o estado ele, antes de tudo, tem que conquistar sua cidadania. O componente essencial para que se dê este processo é a troca de saber, o acesso à informação e à educação. Sem a informação e o saber é quase impossível conquistar a cidadania.

Enfim, controle social e institucional devem se colocar permanentemente a serviço da eterna e permanente busca dos homens pela nossa felicidade.

6.1.4. Atores e mecanismos de controle público

No exercício do controle social, podemos identificar os seguintes atores:

- individualmente cada cidadão que ao fazer-se representar, institucionalmente ou não, não perde sua condição de exercer diretamente o poder;
- coletivamente através de partidos políticos, as associações de classes trabalhadoras, as associações de moradores, movimentos de majorias e minorias, vários outros coletivos congregadores de cidadãos e os diversos conselhos existentes dentro da instituição pública geralmente ligados ao Executivo como os conselhos de saúde e suas conferências.

O controle institucional se opera da seguinte maneira:

- intra-institucional ou intra-poder por unidade, setor, órgão, esfera de governo como as ouvidorias, os sistemas e subsistemas de auditoria internos ou setoriais como a Ciset, o Ministério Público e os Tribunais de Contas.

- interinstitucional ou inter-poderes, como o Legislativo e Judiciário sobre o Executivo.

6.1.5. Ferramentas de controle social institucional

Saber o que se quer, qual o objetivo que se quer ver atingido; saber o como se quer e ver o que está acontecendo nesta busca do objetivo e finalmente analisar os resultados e compará-los para sentir até quando estão perto dos objetivos pretendidos.

Conhecer, sugerir e aprovar os planos da atividade pública em geral e específica da saúde. Conhecer a explicitação dos planos através da peça orçamentária (Plano Pluri-anual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária) e de sua execução orçamentária e financeira. Analisar a execução do plano, o atingimento de metas e os recursos despendidos neste fazer.

Para tanto, se faz necessário dar e ter acesso a informações individuais e coletivas via mídia, a domicílio ou nos espaços coletivos como escolas, clubes, salas de espera dos serviços de saúde.

Acesso à crítica positiva ou negativa, à avaliação dos usuários e o grau de satisfação com os serviços públicos: urna, livro, telefone, gravador, ouvidor (todos os níveis).

Recorrer a instâncias superiores, sociais ou institucionais públicas, para resposta às suas demandas: conselhos estaduais, nacionais, comissão intergestores de saúde, tripartite ou bipartite.

Cobrar um controle institucional eficiente: Ministério Público (saúde como relevância pública), mandado de segurança, mandado de injunção, *habeas data*, ação popular, ação direta de inconstitucionalidade, comissões do Legislativo, código de defesa do consumidor.

6.1.6. Controle público: “o olho do dono...”

O grande desafio é aprender a controlar através de resultados: todo o aparato da sociedade e do estado tem que ter como resultado final a conquista do estado de bem-estar dos cidadãos.

A sociedade pode olhar para o público através dos indicadores de resultados: indicadores de morbimortalidade; indicadores de saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso; indicadores de conhecimento de saúde pela população; indicadores de conhecimento de acesso físico e adequado aos serviços de saúde; indicadores de grau de satisfação dos usuários; indicadores do processo de integração intersectorial.

O caminho, por mais difícil e penoso que seja, só deveria ser aquele capaz de ajudar as pessoas a viverem mais felizes. Viverem mais e melhor.

6.2. Os interrogadores iniciais do controle público em saúde

Apontamos a seguir para uma série de interrogadores que devemos fazer para saber como está a implantação do Sistema Único de Saúde. Tanto se referem aos meios como às atividades fins. Ainda que a listagem tenha sido mais dirigida aos municípios, existem inúmeras questões que podem ser apresentadas às esferas estaduais de saúde. Estes interrogadores podem ser transformados em indicadores tanto de diagnóstico inicial de situação, como de avaliação posterior para medir as conquistas.

a) Conselhos e Conferências de Saúde

- A Secretaria de Saúde tem Conselho de Saúde?
- Ele é paritário (50% comunidade usuária) e 50% dividi-

do entre Governo, Prestadores e Profissionais?

- Existe vereador, membro do Judiciário ou do Ministério Público como conselheiro?
- Existem profissionais de saúde representando usuários?
- Os membros dos outros segmentos que não governo são escolhidos por quem?
- Existe lista tríplice? O Executivo (Secretário, Prefeito, Vereador) indica?
- Está em funcionamento permanentemente? Com que frequência?
- Identifique a ata das cinco últimas reuniões.
- As reuniões são públicas, abertas?
- As decisões são tomadas por resoluções? Identifique as últimas resoluções.
- Os membros divulgam as discussões e resoluções com as suas bases?
- Os conselheiros participam ativamente? Com que justificativa participam ou não?
- Existem comissões no Conselho? Pelo menos Comissão de Acompanhamento do Plano e Comissão do Acompanhamento Orçamentário-Financeiro?
- Têm sido dadas condições de real funcionamento dos Conselhos?
- O Conselho tem autonomia?
- O presidente do Conselho é eleito entre os pares?
- A Secretaria de Saúde tem feito Conferências de Saúde? O que manda a lei? De quanto em quanto tempo?
- Quais foram as decisões tomadas nas duas últimas conferências de saúde? O que foi praticado, implantado destas decisões da Conferência de Saúde? Existe alguma conferência marcada? Para quando?

Vejam o que diz a lei:

“Participação da comunidade” (Art. 198, CF);
“O SUS contará em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde” (Lei 8.142/90).

b) Plano de saúde

- Como é feito o planejamento da Secretaria de Saúde?
- Segundo a Lei Geral do Público (CF e outras) em que se deve fazer o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e só depois da Lei Orçamentária?
- Este planejamento foi feito por quem? Pelos técnicos da Prefeitura? Pelos técnicos da saúde? Com opinião da sociedade organizada?
- Ouviu-se o Conselho de Saúde? Está sendo acompanhado e demonstrado mensalmente ao Conselho de Saúde?

Vejam o que diz a lei:

“O processo de planejamento e orçamento do 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” (Lei 8.080/90, Art. 36);

“É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos [...]” (Lei 8.080, Art. 36, § 2).

c) Administração financeira

- Como está sendo administrado o recurso específico da saúde?

- Existe Fundo de Saúde?
- Tem Lei que o criou?
- Existem leis, decretos, portarias, ordens de serviço ou outros detalhadores de seu funcionamento?
- O Fundo é administrado onde? Sob as ordens de quem: do Secretário de Saúde ou do Secretário da Fazenda?
- Quem assina os cheques? Quem é o ordenador de despesas?
- Todos os recursos destinados à saúde estão dentro do Fundo ou só os recursos recebidos do Governo Federal?
- Os recursos próprios do município ou próprios dos estados, estão ficando onde? Sob as ordens de quem?

Vejam o que diz a lei:

“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.” (Lei 8.080/90, Art. 33).

d) Convênios e contratos

- São feitas transferência de recursos voluntariamente através de convênios com instituições privadas não lucrativas?
- Estas transferências estão previstas nos planos?
- A Secretaria de Saúde divulga estes convênios com informações de quem foi beneficiado, em que quantidade de recursos e para que finalidade?
- Isto é acompanhado rotineiramente pelo Conselho de Saúde?
- Da mesma forma o repasse de recursos por convênio para os municípios de determinado estado, têm tido a aprovação e divulgação necessárias?
- Estados e municípios têm celebrado contratos administrativos com prestadores de serviços privados?

- Têm seguido o processo licitatório?

Vejam o que diz a lei:

“É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos [...]” (Lei 8.080/90, Art. 36, § 2).

Ver as leis 8.666/93 e 8.883/94, que tratam sobre as licitações.

e) Descentralização com apoio técnico e financeiro

- A secretaria de Saúde do Estado está repassando serviços e recursos para os municípios?
- Tem investido técnica e financeiramente na descentralização para os municípios?
- Como está sendo este processo?
- Há incentivo para que os municípios assumam algum tipo de gestão, principalmente a gestão plena de todo o município?
- Com que critérios límpidos e transparentes, conhecidos por todos, aprovados pelo Conselho, estão sendo repassados os recursos para os municípios?

Vejam o que diz a lei:

“Compete aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” (CF, Art. 30, § VII).

“À direção estadual do SUS, compete: promover a descentralização para os municípios das ações de saúde” (Lei 8.080/90, Art. 17, I).

f) Prestação de contas públicas em geral

- A Secretaria de Saúde tem cumprido a Lei 8666 afixando ou publicando mensalmente a lista de tudo aquilo que comprou, com data, processo, fornecedor, valor unitário e valor total?
- Em que veículo tem sido publicado ou onde ficam afixados os relatórios pelo menos nos meses de janeiro e julho. Vejam o que diz a lei:

“Será dada publicidade, mensalmente, em órgão de divulgação oficial ou em quadro de avisos de amplo acesso público, à relação de todas as compras feitas pela administração direta e indireta, de maneira a clarificar a identificação do bem comprado, seu preço unitário, a quantidade adquirida, o nome do vendedor e o valor total da operação, podendo ser aglutinadas por itens as compras feitas com dispensa e inexigibilidade de licitação” (Lei 8.666/93, Art. 16; Lei 8.883/94).

g) Prestação de contas específicas da saúde

- A Secretaria de Saúde tem prestado contas trimestralmente ao Conselho?
- Quais foram as datas das três últimas prestações de contas?
- Houve aprovação das contas pelo Conselho?
- Quais são as Resoluções que as aprovaram?
- Tem prestado contas na Assembléia Legislativa ou Câmara em audiência pública a cada três meses? Em que dia e mês aconteceu?
- Qual a listagem das auditorias feitas, no próprio e no contratado, no mesmo período e apresentados ao Conselho e ao Legislativo? Vejam o que diz a lei:

“O sistema único de saúde, em cada esfera de governo, apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde

de e em audiência pública nas câmaras de vereadores e assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e fonte de recursos aplicados, auditorias, serviços produzidos no próprio e contratado.” (Lei 8.689/93, Art. 12).

h) Estrutura física das unidades de saúde próprias e contratadas

- Há análise da estrutura física das unidades de saúde públicas e privadas, em particular as contratadas e conveniadas?
- Elas têm alvará de funcionamento?
- Estão em acordo com as posturas da vigilância sanitária?
- Tem instalações suficientes para a demanda?
- Estão em estado de limpeza desde a recepção e portaria? Banheiros, chão? Pintura interna e externa?
- Estado de conservação pintura e limpeza de macas, cadeiras de roda, cadeiras e mesas de atendimento?
- Bilhetes, avisos, cartazes colocados incorretamente, ou danificados?
- Existe padronização de medicamentos? Faltam medicamentos internos e externos?

i) Relação com a clientela

- Os trabalhadores de saúde tratam bem os cidadãos clientes?
- Existe programa de acolhimento nas unidades de saúde?
- Nos hospitais?
- Existe informação disponível sobre as pessoas internadas ou em observação?
- Existe sistemática de avaliação da satisfação dos usuários de alta na internação ou atendidos nas unidades?
- Existe relatório de alta para o paciente?

j) Organização dos serviços de saúde

- Os vários serviços da Secretaria estão devidamente organizados?
- Os servidores sabem exatamente o que devem fazer e a quem se referendam?
- Existem rotinas de serviços? Existe padronização de condutas?
- Os serviços de saúde estão organizados de forma hierarquizada de complexidade crescente?
- Existe referência e contra-referência internas?

k) Integração entre municípios

- Existe integração com outros municípios?
- Em micro e macro região?
- Está formalizada em consórcio?
- Consórcio com administração direta dos municípios ou administrado através de Associação Privada?
- Está funcionando a contento?
- Como tem se dado o controle público desta integração de municípios?

Vejam o que diz a lei:

“Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio de direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância” (Lei 8.080/90, Art. 10);
“Os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si, parcelas de recursos” (Lei 8.142/90, Art. 3, § 3).

l) Pessoal dos serviços de saúde

- Os servidores estão sendo admitidos por concurso público?
- A situação funcional de todos está regular perante as leis trabalhistas?
- Existe programa de treinamento continuado?
- Existe plano de cargos, carreira e salário?
- A remuneração é digna?
- As condições de trabalho são satisfatórias?
- Qual o grau de satisfação dos servidores?
- Existem reuniões periódicas com as chefias? Entre os servidores?

Vejam o que diz a lei:

Lei 8.080/90, Art. 12, 26, 27, 28 e 30;

Lei 8.142/90, Art. 4, VII.

m) Programas prioritários dos serviços de saúde

- As ações e serviços de saúde estão organizados em programas explícitos?
- Existem programas ou semelhantes para: atendimento de rotina?
- Atendimento da urgência-emergência? Da internação hospitalar?
- Da criança? Da mulher? Do idoso? Da saúde bucal: néon, preventivo infantil e escolar, curativo, protético?
- Das doenças infecciosas em geral? DST-AIDS? Dengue? Cólera? De prevenção do câncer do seio, do útero, da próstata?
- De planejamento familiar com chance de laqueadura e vasectomia? De saúde do trabalhador?
- De acidentes de trânsito, do trabalho, do lazer, das crian-

ças no lar? De hipertensos? De diabéticos? Existem campanhas? Sobre o que e com que frequência?

- Tuberculose? Hanseníase?
- Vigilância sanitária (água, ar, lixo, alimentos, medicamentos, cosméticos? Medicina dita alternativa)?
- Programa de combate ao alcoolismo e droga? Programa de conhecimento da sexualidade humana?
Vejam o que diz a lei:

Constituição Federal, Art. 200;
Lei 8.080/90, Art. 6 e 7.

n) Intersetorialidade

- Existe uma relação com os outros setores direta ou indiretamente relacionados à saúde?
- Relação com a educação: curso para professores? Discussão do programa de educação relacionado à saúde e às questões de saúde particulares em cada local?
- Relação com obras e serviços urbanos? Com destino de dejetos, esgoto, lixo? Com locais de criação de transmissores? Com água potável?
- Com acidentes de trabalho, de trânsito? Ligação com setores responsáveis por estas áreas na mesma esfera administrativa?
- Em outras esferas administrativas? Integração com programas regionais micro e macro?
- Existe relação com os demais Conselhos da própria esfera de governo? De outra?
- Com as Comissões Intergestores Tripartite? Bipartite? Com Conselho Estadual e Municipal de Saúde?
- Levantamento das questões gerais que acabam por interferir nos problemas de saúde de forma negativa?

o) A relação com a mídia

- Existe identificação dos órgãos locais de difusão e divulgação?
- Mídia escrita (jornais, revistas, tablóides, cartazes, outdoors)? falada (alto-falante, torre de igreja, rádios comunitárias, rádios oficiais) e televisiva?
- Está sendo aproveitada a mídia? Ela teve uma explicação sobre o SUS, o direito à saúde, o controle social?
- Os cartazes e avisos próprios da saúde estão tendo espaço para sua fixação no comércio e em locais públicos?

p) A relação com o Poder Legislativo

- Existe relação com o Legislativo? Câmara Municipal? Assembléia Legislativa, Congresso Nacional (Câmara e Senado)?
- O relacionamento com os vereadores é no sentido de entenderem o SUS? Entenderem o papel diferenciado do Conselho que não colide com seu papel de legislador e fiscalizador do poder executivo?
- Tem havido subserviência ao seu clientelismo? Tem havido compreensão do caráter universal da saúde que não permite qualquer discriminação entre os cidadãos?
- Tem sido feito trabalho com os deputados estaduais para aprovação de leis que favoreçam à saúde?
- Existe Código Sanitário no Estado?
- Já foi implantado o Piso Estadual de Saúde com distribuição direta e automática, fundo a fundo, dos recursos estaduais para os municípios?
- Tem sido mantido contato com os deputados federais? Tem sido cobrado dele legislação favorecedora ao SUS? Discutiram a proposta de um financiamento suficiente, definido e definitivo para a saúde (EC 29)?

q) A relação com o Ministério Público e o Poder Judiciário

- Existe relação com o Ministério Público?
- Ele está ciente de sua responsabilidade constitucional pela área de saúde?
- O MP tem trabalho integrado aos provedores de saúde? Públicos? Privados? Ao Conselho de Saúde? Aos cidadãos individualmente?
- Já foi provocado alguma vez? Já tomou atitude diante de algum fato?

Vejam o que diz a lei:

“São funções institucionais do Ministério Público [...] II - zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.” (CF, Art. 129, II).

r) A integração com as forças sociais

- Tem havido busca de integração com as forças sociais do local? Igrejas? Partidos Políticos? Clubes de serviços? Associações? Sindicatos? Setor produtivo: indústria, comércio, rural?
- Há interligação e verdadeira representação no Conselho de todas as forças sociais dos municípios?

Vejam o que diz a lei:

“O dever do Estado [de garantir a saúde da população] não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Lei 8.080/90, Art. 2).

s) Resultados quali e quantitativos dos serviços de saúde

- Existem dados sistematicamente colhidos sobre a popu-

lação? População cadastrada? Implantação do Cartão-SUS ou similar?

- Morbimortalidade? Atendimentos prestados por área? Por procedimentos? Por unidades? Por bairros?
- Acompanhamento e estudo de algum tipo de evento-sentinela como óbitos em menor de um ano? Óbitos por diabetes? Acidentes Vasculares Cerebrais em hipertensos? Casos de doenças evitáveis por vacinas?
- Por tratamentos conhecidos? Situação de saneamento? Acidentes do trabalho, do trânsito, domésticos e outros?

t) Informações disponíveis à população

- As informações são repassadas aos servidores e usuários?
- Têm acesso aos dados de seu interesse?
- Dados epidemiológicos? Dados de vigilância sanitária? Informações aos comerciantes em geral? Aos de alimentos?
- Explicação e divulgação das disposições da vigilância sanitária? Do estado de saúde das pessoas? Do conhecimento do corpo? Dos riscos? Da prevenção das doenças? Dos locais e horários de atendimento nos serviços de saúde?

Vejam o que diz a lei:

“Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral que serão prestadas nos prazos da lei, sob pena de responsabilidade” (CF, Art. 5, XXXIII).

u) Facilidades para a população avaliar os serviços de saúde

- Facilidades para que a população possa avaliar os serviços de saúde?
- Para exercer o controle social? Apoio aos conselheiros (sala, infra-estrutura, xérox, condução, passe, alimenta-

ção, telefone, correio)?

- Acesso permanente às informações internas e externas?
Ao conhecimento da legislação do SUS?

v) A participação dos cidadãos na defesa e garantia de sua saúde

- As pessoas da comunidade estão fazendo sua parte no sentido de garantir sua saúde?
- Elas têm utilizado de medidas preventivas necessárias à manutenção do bem-estar não só individual como coletivo?
- Têm tomado medidas preventivas individuais? Coletivas como no caso da dengue? Da vacinação?
- Têm modificado seus hábitos de vida no sentido de melhorar sua qualidade? Têm utilizado medidas preventivas para evitar acidentes? Têm educado os filhos para que tomem idênticas medidas?

x) Análise e aplicação de medidas verificadoras da correção dos gastos com compras

- Primeira regra: ver as maiores, as mais comuns, as do mesmo vencedor. O resto fazer por amostragens;
- Concorrências: vencedores mais freqüentes; vencedores cuja empresa não trabalha na área; firmas concorrentes que sempre perdem; endereços das empresas concorrentes (vencedoras ou não);
- Maiores valores de compra ou por unidade; comparar alguns preços por amostragem;
- Verificar e conferir por amostragem alguma entrega: maior valor ou maior número de unidades;
- Compra de equipamentos: usados, remanufaturados, de segunda linha, similares;
- Compra de material médico hospitalar; segunda linha ou

similar ou diferente do apresentado no pedido.

y) Análise e aplicação de medidas verificadoras da correção dos gastos com recursos humanos

- Pagamento de funcionários de outras áreas que não trabalham na saúde, com recursos da saúde;
- Pagamento de horas extras exageradas e fantasmas; salários turbinados;
- Pagamento de pessoas sem contrato como trabalhadores avulsos ou autônomos, fora da legislação;
- Pagamento de assessorias e consultorias a servidores da própria administração e da secretaria de saúde;
- Pagamento por produção a servidores;
- Pagamento de gratificações, adicionais e outros sem autorização legislativa (câmara ou assembléia);
- Terceirização de trabalhadores de saúde para trabalharem nos próprios serviços públicos de saúde.

w) Análise e aplicação de medidas verificadoras da correção dos gastos com os vários tipos de contratos

- Verificar contratos em atividade meio terceirizada; o quadro contratado e o quadro real em operação; refeições fornecidas e cobradas; material de limpeza usado e o cobrado; serviços e peças de veículo, de aparelhos, de informática e outros;
- Termos aditivos a contratos: excesso de termos e excesso de valores aditivos;
- Verificar contratos em atividade meio terceirizada; o quadro contratado e o quadro real em operação; refeições fornecidas e cobradas; material de limpeza usado e o cobrado; serviços e peças de veículo, de aparelhos, de informática e outros;

- Termos aditivos a contratos: excesso de termos e excesso de valores aditivos.

6.2.1. Conselho de Saúde como o locus privilegiado do controle público-social

O Conselho de Saúde é o *locus* privilegiado de controle público na sua face de controle social. Os conselhos de cada esfera de governo devem ser valorizados e utilizados da forma mais intensiva possível: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

Todo o incentivo tem que ser dado para que ele funcione plenamente. Muita crítica tem se feito a conselhos manipulados, amorfos, submissos, contaminados. Entretanto, pouca divulgação se dá a Conselhos que realmente funcionam em sua plenitude. São escolhidos livremente por seus pares. Têm autonomia de discussão dos mais variados assuntos pertinentes ao setor saúde. Exercem controle real sobre a esfera de governo em que atuam. Já evoluíram do processo acusatório e solicitatório para o criativo e colaborativo. Colocam as mãos na massa e desenvolvem um papel meritório de crescimento da cidadania.

As dificuldades existem. Fazem parte da implantação do novo. Da construção da nova civilização brasileira. É o difícil, mas gratificante processo civilizatório. Processo. Lento, mas que avança. Aparentemente fluido como a gota d'água, mas forte a ponto de perfurar a rocha. É um dos marcos avançados de implantação da verdadeira Reforma do Estado Brasileiro, o Estado a serviço do cidadão.

6.2.2. Roteiro de providências para o controle público efetivo e eficaz na saúde

Qual o caminho para que o controle público, através

do controle social, tenha resultados palpáveis? O que fazer para que o Controle não acabe em si mesmo?

a) O primeiro passo deve ser a habilitação dos conselheiros para que possam entender e praticar este controle.

b) O passo seguinte é apresentar as providências a serem tomadas para se levar até as últimas conseqüências este controle. A idéia central não é punir, mas modificar o errado e ratificar o correto. A punição deverá ser a última medida a ser buscada. A negociação e a pactuação devem ser o caminho.

Vamos listar as providências em ordem seqüencial que se pode adotar:

- 1) Levantar pontos prioritários a serem controlados;
- 2) Avaliar, demonstrando o certo e o errado;
- 3) Oferecer chance de explicação pelo gestor público (esgotar os canais de negociação e pactuação);
- 4) Receber respostas do gestor de medidas a serem tomadas por ele, a curto, médio ou longo prazo, submetidas a critério de prioridades e disponibilidades financeiras (no que depender deste fator);
- 5) Esgotados os canais de negociação, iniciar as demais fases do processo a partir da emissão de parecer final reprovando contas, denunciando irregularidades, denunciando ineficiências e insuficiências;
- 6) Usar as forças sociais e políticas locais, regionais, estaduais e nacionais;
- 7) Usar a força da mídia local, regional, estadual e nacional;
- 8) Recorrer administrativamente ao Conselho Estadual de Saúde e depois ao Conselho Nacional de Saúde (nos casos de sua competência);
- 9) Recorrer à Comissão Intergestores Bipartite regional, depois à estadual (nos casos de sua competência);
- 10) Recorrer ao Poder Legislativo (à Comissão de Saúde);
- 11) Recorrer ao Ministério Público Estadual e/ou Federal (no caso de sua competência);

12) Recorrer ao Poder Judiciário (ingressando com ação judicial).

Trata-se de um longo caminho. É o sistema em que se enquadra a ação controladora da participação da comunidade neste país. O poder de punição do Conselho de Saúde é indireto. Ele provoca os demais setores para que, conhecedores de situações indesejáveis, possam, desde que apuradas as responsabilidades e assegurado amplo direito de defesa, tomar as providências cabíveis administrativas ou civis.

6.2.3. Avaliação do processo

Implantado o processo de controle público efetivo este deverá sofrer uma ação contínua de acompanhamento e avaliação. Reafirmo a necessidade de que as Secretarias Estaduais de Saúde assumam sua missão constitucional. Está claro no Art. 30, VII que aos Estados (como à União) compete oferecer cooperação técnica e financeira aos municípios para que eles possam desempenhar bem sua função que é oferecer ações e serviços de saúde à população.

Um dos papéis mais importantes hoje é a preparação dos cidadãos para que eles possam exercer o controle público de forma efetiva. A idéia de criar multiplicadores em cada município é fundamental para a implantação do SUS.

No intervalo de seis meses a um ano, após as medidas de formação de conselheiros, deverá ser feita uma avaliação mais profunda do que ocorreu, para se medir se os caminhos foram eficazes.

6.2.4. Conclusão

Passamos por várias fases neste breve estudo. Con-

ceituamos nosso maior objetivo que é o de conquistar saúde como condição condicionante da felicidade humana. Expli-
camos os fundamentos deste direito, o Sistema Único de Saúde como a expressão constitucional para a garantia do direito à saúde: universal, eqüitativo e integral. Com recur-
sos suficientes, definidos e definitivos e com ampla partici-
pação popular.

Definimos o controle instrumentalizado pela avalia-
ção. Definimos amplamente o controle público que tem dois
pólos, o controle social e o controle institucional, que de-
vem estar integrados o tempo todo para garantir saúde como
qualidade de vida. Numa visão intersetorial envolvendo ações
específicas de saúde, mas também integradas às medidas
que devam ser tomadas pelo cidadão e pelos demais setores
administrativos e da sociedade.

Foram apontados questionamentos amplos sob vários
aspectos, por onde deve caminhar o controle público na saú-
de. São inúmeras questões, entre as quais poderão ser sele-
cionados, a seu tempo, os indicadores da eficiência do con-
trole público no seu componente social. Indicadores que
podem fazer parte de um diagnóstico de situação em cada
um de nossos municípios e posteriormente servirem para
aferir os progressos e avanços.

Mais à frente foram discutidas duas questões polêmi-
cas: o agrupamento dos municípios em micro-regiões sob
uma das formas de consorciamento, e como se dá o controle
social neste espaço.

Fica evidente que os municípios não podem viver em
auto-suficiência na área de saúde bem como em outros seto-
res, principalmente os de pequeno porte que são a reconhe-
cida maioria dos municípios brasileiros. O consorciamento
dos municípios no setor saúde precisa cada vez ser mais
amplo atingindo as áreas meio e as áreas fim. Desde a com-
pra de insumos até a ação finalística que são as ações de
saúde. Não devem se limitar a elas ou às de maior comple-

xidade.

Este consorciamento tem que ser feito entre entes iguais que são os próprios municípios. Deve ser respeitada a autonomia municipal. Pode e deve ser feito um processo indutivo, mas jamais impositivo com punições administrativas e financeiras para quem não aderir. De outro lado a sociedade e o Conselho devem analisar até quando motivos menores estejam fazendo com que seus municípios não façam adesão à regionalização ou a consórcios.

A figura do Estado estará presente na Comissão Intergestores Bipartite Regional. Diferentemente dos Conselhos, as bipartites regionais como *locus* de pactuação, podem ser criadas por portaria, como assim o foram a CIT e CIBs.

De outro lado deixamos claro que este pacto consorcial deverá ser formalizado segundo os parâmetros da Lei 11.107/05. Ainda que, de início, possa ter caráter informal, chegará o momento de maior integração que é mandatório que ele se formalize.

A segunda questão polêmica foi a maneira de se fazer o controle público nesta microrregião ou macrorregião ou em consórcios. A primeira idéia surgida foi a formação de um Conselho de Saúde Microrregional. A demonstração levou à conclusão de que isto não seria legal e poderia trazer problemas para os Conselhos Municipais envolvidos, diminuindo suas forças ou criando superposições complicadoras.

A idéia que pareceu melhor, depois de ouvir técnicos, conselheiros e gestores, foi que devesse haver um fórum de conselheiros, ou assembléia. Este fórum seria do coletivo dos conselheiros ou de representações paritárias de cada um deles, ou de um ou mais delegados escolhidos por cada um dos Conselhos. Esta, aparentemente, é a proposta mais sensata.

Finalmente defendi um roteiro para que se implante o controle público no seu componente social: levantamento de situação, treinamento de conselheiros, acompanhamento das

ações dos conselheiros com apoio técnico permanente, e avaliação. Foi apresentado um roteiro de providências a serem tomadas para o exercício do efetivo, eficiente e eficaz controle público.

A nós resta o desafio de construir nosso Brasil. Cada um de nós como um cidadão de primeira categoria, cumprindo deveres e gozando de direitos. Um Estado Servidor controlado por nós. É um dos muitos desafios esperando por incansáveis ousados que os tomem como missão: a conquista da saúde como bem-estar e felicidade.

6.3. Roteiro básico de análise de prestação de contas a ser feita pelo Conselho de Saúde

Este texto é, na sua quase totalidade, retirado de uma Resolução de janeiro de 1991, do Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos, SP.

- a) Criação de uma Comissão de análise da prestação de contas para assessorar o Conselho de Saúde;
- b) Os membros da Comissão devem ser conselheiros ou indicados oficialmente por estes para representá-los;
- c) A Comissão pode pedir assessoria a técnicos da área entre as entidades que compõem o Conselho ou que este representa ou de qualquer cidadão qualificado na área de análise.
- d) A administração poderá, de comum acordo com o Conselho, financiar a contratação de técnico permanente ou esporádico para assessorar o Conselho e a Comissão na análise das contas;
- e) A Comissão, como qualquer Conselheiro, tem, seguindo procedimentos administrativos acordados, direito à abertura e análise permanente de todas as contas, incluindo todos os processos de licitação;
- f) A Comissão analisa a prestação de contas tanto sob o

- aspecto contábil, como o administrativo, que corresponde a adequação dos gastos em relação ao Plano Diretor de Saúde e suas alterações;
- g) Diante de quaisquer dúvidas da Comissão estas têm que ser transmitidas ao Gestor, formalmente, que tem prazo para responder aos questionamentos. Se os questionamentos não forem adequadamente respondidos a Comissão deve fazer uma segunda consulta ao gestor. Somente diante de uma segunda resposta do Gestor, que não satisfaça, é que a Comissão poderá emitir seu parecer final;
 - h) A cada prestação de contas mensal será emitido um parecer único da Comissão que fará parte integrante do parecer do trimestre;
 - i) A prestação de contas e o parecer são encaminhados à Diretoria Executiva para que encaminhe ao Conselho Pleno;
 - j) A prestação de contas e o parecer são apresentados ao Conselho pleno que:
 - não aprova a prestação de contas;
 - aprova totalmente a prestação de contas;
 - aprova parcialmente a prestação de contas;
 - aprova a prestação de contas (total ou parcial) e emite ressalvas ou recomendações de ordem técnica ou administrativa;
 - k) O resultado da reunião da prestação de contas consta em ata com todas as observações pertinentes de ressalvas ou recomendações por votação de acordo com o regimento interno. (Ideal: emitir resolução de aprovação);
 - l) A prestação de contas é encaminhada pelo presidente do Conselho às instâncias competentes, acompanhada de cópia da ata ou da resolução de aprovação. (É esta a prestação de contas que tem que ser feita em audiência pública na Câmara (para Municípios) e Assembléia Legislativa (para Estados) a cada três meses - Lei 8.689/93);
 - m) Todas as dúvidas deverão ser dirimidas na fase anterior à

- emissão do parecer da Comissão, não cabendo sua discussão no ato de reunião de aprovação;
- n) O Conselho Pleno delega poderes à Comissão para que ela analise e emita parecer em nome dos demais membros do Conselho;
 - o) A não aprovação total ou parcial das contas deverá vir acompanhada da comprovação da irregularidade encontrada, bem como da justificativa explícita de qualquer ressalva ou recomendação;
 - p) Antes da emissão de parecer da Comissão, desde que constem restrições à aprovação ou ressalvas e recomendações, tem que ser documentalmente comprovada a solicitação de explicações à Secretaria de Saúde e/ou à Diretoria Executiva do COMUS. Só após as respostas será emitido o parecer;
 - q) Finalizando: a Comissão não tem nenhuma autonomia e independência em relação ao Conselho. É o Conselho que delibera e assume o parecer final sobre todas as questões. Esta e outras Comissões de Conselho subsidiaram o Conselho. A palavra final é do Conselho.

6.4. Acompanhamento do processo orçamentário: a expectativa da sociedade quanto às ações do Ministério Público e dos Conselhos de Saúde*

Sinto-me honrado em ter sido convidado para estar junto com o Ministério Público, tentando ajudar nesta nova etapa da efetivação real do Sistema Único de Saúde. Coube a mim, exatamente, fazer a discussão do financiamento da saúde.

Primeiramente, gosto muito de falar sobre cidadania. Muitas vezes nós saímos de manhã com uma roupa de médico, de tarde com uma roupa de membro do Ministério Pú-

* Este texto foi transcrito de linguagem coloquial de palestra proferida no Ministério Público.

blico, de noite com uma roupa de membro de um Clube de Serviço, conforme seja, de alguma associação de bairro. Mas eu gosto de pensar na nossa “túnica básica”, que é a de seres humanos, cidadãos, políticos. Aqui neste auditório, temos representados, de alguma maneira, todos os segmentos da sociedade. Gosto de fazer esta discussão de saúde a partir do conceito de cidadão que nos une e iguala todos aqui presentes. Cidadão transitoriamente membro do Ministério Público, transitoriamente conselheiro, transitoriamente médico, professor, pedreiro. O que seja, mas, permanentemente cidadão.

Por isso, começo sempre pela frase do saudoso Betinho, que colocou isso muito bem: “Cidadão é aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade”. Ter consciência é mais profundo e mais essencial do que dizer simplesmente “tenho direito”. Todo mundo diz que tem direito, mas não existe direito sem dever. O direito é consequência do dever, só o dever garante o direito. Não basta levantar a mão e dizer “tenho, tenho, tenho direitos”. Você precisa ter consciência de ter, tanto deveres como direitos.

Este primeiro conceito, para mim, é fundamental. Tanto a Constituição como a Lei da Saúde não falam em controle social, mas sim em participação da comunidade. Comunidade esta, da qual todos nós fazemos parte. E nós, seres humanos, participamos da comunidade, participamos do mundo, nos inserimos no mundo através da nossa ação, da nossa proposição, do nosso controle.

Atrás disso é que eu faço a discussão de tudo dentro da sociedade e, principalmente, dentro da área da saúde. Quer dizer, ser participativo, em primeiro lugar, é fazer bem aquilo que nós fazemos dentro da sociedade. Ser um bom padeiro, um bom pedreiro, um bom médico, um bom engenheiro, qualquer das funções humanas. É essa ação participativa, em busca de uma ação perfeita, fazendo bem o que

fazemos, em qualquer lugar que estivermos, que a sociedade está esperando de nós. Em segundo lugar, ser participativo é ser propositivo. O famoso pró-ativo, ajudando, criando, dando idéias, fazendo proposições. Em terceiro lugar, ser participativo envolve a função do controle. Nós temos que, permanentemente, dentro do mundo, controlar o mundo, controlar a sociedade, controlar o Estado; desta forma, é preciso estar a favor do coletivo, de todos nós cidadãos.

Eu me criei em Minas e o mineiro tem uma frase caipira que diz assim: “os óio do dono é que engorda a boiada!” Todos nós sabemos o significado disso. Eu acho que está, exatamente, faltando, para nós, os *óio* de dono em cima do mundo, da sociedade, do nosso país, da nossa cidade. Temos que pensar e agir como cidadão-dono, usuário dos serviços públicos de saúde. Cidadão-dono trabalhador do serviço de saúde. Sou médico, trabalhei trinta anos dentro da pediatria, dentro da área de saúde pública, mas não é apenas com a visão de médico e sim, o que é importante, com a visão de cidadão-dono. Cidadão-dono prestador do serviço público. Cidadão-dono administrador transitório da coisa pública, Prefeito, Secretário de Saúde. Cidadão-dono legislador, fiscalizador, investido nas funções de servidores, nos Tribunais de Contas, em todas as áreas de controle. Aqui, hoje, junto a nós temos cidadão-dono investido da função de Procurador dentro do Ministério Público. Todos nós, permanentemente, cidadãos. Deveria ser a glória para quem tivesse a visão: “puxa, agora eu tenho oportunidade de fazer um trabalho em prol da minha porção cidadã, que é a minha essência. Bom, agora eu estou com poder, agora eu sou Prefeito, agora eu sou Secretário de Saúde, é a minha vez de poder ajudar a avançar um pouco mais a favor de todos os cidadãos e de minha porção essencial de cidadão.” Todos nós temos que fazer uma ação sinérgica, coletiva, combinada, para defender a nossa essência que é a vida, que é a saúde. Dentro dessa visão, o passo seguinte é percebermos que,

quanto mais lutarmos para termos direitos e cumprirmos nossos deveres, mais teremos chance de ter mais direitos.

Nós percebemos como fomos, cada vez mais, garantindo direitos, o que antes nós não tínhamos. Quando me formei médico, há trinta anos, trabalhei numa cidade do interior, em Alfenas, Minas Gerais. Alfenas era uma cidade que tinha praticamente plantação de café e de cítricos, população rural extensa. Esta população rural não tinha direito à saúde. No segundo dia do mês, acabava a verba mensal do FUNRURAL para cuidar dos doentes, mas nós continuávamos atendendo na Santa Casa de Misericórdia, que naquele tempo tinha muito de santa e muito de misericórdia na caridade dos profissionais médicos. Eu lembro que metade da clientela nos pagava e a outra metade nós atendíamos de graça. Ainda havia os mais ricos que eram atendidos nas cidades grandes perto dali. Era a história daquela época. Nem pensar em saúde como direito de todos. Direito universal e igualitário.

Hoje a saúde é direito de todo mundo, por isso nós temos que fazer com que este direito aconteça. O mecanismo que nós temos que usar para isso é a luta por direitos e cumprimento de deveres. Nós fazemos isto diretamente, através da democracia participativa e, indiretamente, através de nossos representantes, pela democracia representativa, assim prevê a Constituição Federal: “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”. Mas há, corriqueiramente, a idéia de que “não mexo com política, eu não me meto com político, político é sujo”. É verdade: será sempre sujo enquanto as pessoas que acham que são limpas não forem para a política. O velho filósofo grego Platão, antes de Cristo, já dizia esta frase, que acho genial: “os bons que não fazem política têm, como castigo serem governados pelos maus”. Isto é uma realidade, quer dizer, nós não estamos fazendo o que nós chamamos de participação. Quando nós escolhemos os nossos re-

presentantes, nós não damos a eles todo o poder, como está lá na Constituição, Art. 1º, parágrafo único. Nós damos a eles parte do poder, a outra parte fica conosco, para nós continuarmos livremente exercendo este poder.

Então, o desafio é conseguir fazer com que esses direitos aconteçam, passem, além da ação e da proposição, pelo controle. E nós temos dois tipos de controle público: o controle social, feito pelos cidadãos, através, no caso da saúde, dos Conselhos, das Conferências e o controle institucional, que é feito dentro da própria instituição pública interna ou externa. O Ministério Público, por exemplo, faz um controle externo em cima do público, que faz saúde. Mas dentro da saúde tem, também, como controle institucional, a auditoria, o ombudsman, alguma organização dentro do próprio executivo. Desta forma, o controle social é o controle do cidadão sobre a sociedade, sobre o público, sobre tudo o que tem na sociedade e o controle institucional é o da própria instituição sobre si ou fora.

Eu quero lembrar uma coisa, a relação entre Executivo e Conselho é uma relação que está se esgarçando e sabem por quê? Porque muitas vezes o administrador transitório da coisa pública, vestido com a vestimenta de gestor, de Prefeito, do que seja, acha que aquilo é permanente. Mas não é permanente, aquilo é transitório e, ao ser transitório, tem que predominar a sua porção cidadã naquela transitoriedade. A túnica básica de cidadão. E não adianta ficarmos uns contra os outros. Existe Conselho que se partidariza achando que vai resolver, mas o Conselho partidarizado é o começo do fim. Sempre foi. O Conselho tem que ser o “retratinho” da sociedade, tem que ter a representação da sociedade com cidadãos que têm diferentes convicções religiosas, filosóficas e partidárias. A sociedade não é única, não é unívoca, tem vários interlocutores, vários modos de pensar. Para isso, então, eu acho que nós precisamos chegar num acordo para que o Conselho tenha esta visão supra e

pluripartidária.

Não se trata de ser luta contra ninguém. Todos nós temos que trabalhar a favor de nós mesmos, cidadãos, em qualquer função que seja. Para que possamos realizar este controle, no caso específico da saúde pelas Conferências e Conselhos, temos que usar pelo menos dois instrumentos básicos: conhecer o Plano de Saúde, participar, contribuir e aprovar o Plano, não esquecendo, depois, de ter acesso ao relatório de gestão, que relata tudo aquilo que foi feito em um determinado período.

Mas nós vemos vários municípios que não têm Plano. Quem não tem Plano, como é que pode discutir alguma coisa daquilo que está sendo feito? Na verdade, não é que não exista Plano, o que tem é um Plano sem Plano, é o Plano da improvisação, é o Plano do simples atendimento à demanda, conforme vai exigindo a necessidade. Nós sabemos que este não é o melhor Plano. Ele não vai dar conta de ser feito e, do outro lado, não se faz avaliação daquilo que ainda precisa ser feito.

Esta avaliação e este controle não podem ser apenas dos meios, do processo, nós temos que avaliar, também, os resultados. Não adianta apenas preservar a vida, evitar ou diminuir a mortalidade infantil é necessário, também, preservar a qualidade de vida do sobrevivente. E, através dos serviços de saúde, das ações de saúde, nós estamos conseguindo melhorar esta qualidade de vida.

Desta forma, este controle, tanto do processo como dos resultados, deve ser feito sinergicamente e junto com o Ministério Público, hoje visto, muitas vezes, pelo gestor, como inimigo. Ele não é inimigo, ele é o grande aliado que podemos ter para conseguir garantir o direito à saúde. Se nós pensássemos sempre em captar a porção aliada do Ministério Público, do Conselho, do gestor, do prestador, do profissional, eu tenho certeza que o SUS daria mais certo. Enquanto ficamos nos digladiando, brigando, uns com os

outros, nós não vamos chegar a lugar nenhum. Será pior para os outros cidadãos que esperam pela nossa ação perfeita.

Uma questão importante é a composição do Conselho, que está na Resolução 33/92 e na Resolução 333/03, que é a mais recente. Os Conselhos não podem estar “contaminados”. Ou seja, metade tem que ser cidadão usuário, cidadão usuário mesmo e, a outra metade, tem que ser governo, prestador e profissionais de saúde. Na legislação do Estado de São Paulo, desde 1995, já existe a importante determinação legal que não pode ter “contaminação”, dentro do grupo de usuários, de outros segmentos, que já tenham lugar no outro lado do Conselho. No Código de Saúde de São Paulo, é vedada a escolha de representantes de usuários que tenham vínculo, dependência econômica e comunhão de interesses com quaisquer dos representantes dos demais segmentos do Conselho.

A esposa do Prefeito, com todo respeito aos Prefeitos que estão aqui, não pode ser representante dos usuários nos Conselhos. O profissional de saúde e a entidade, que recebe recursos da Prefeitura, não podem ser representantes do usuário. Não posso colocar na função de controle um controlador escolhido pelo controlado. Aqui vai um “puxão de orelha” no Decreto presidencial, do Presidente Lula, de novembro de 2003, que diz que “compete ao Ministro da Saúde escolher a entidade e designar o seu representante”. Quer dizer, um erro fundamental, de essência, de princípio, em um Decreto em relação ao Conselho Nacional de Saúde. Nisto daqui, há várias contaminações. Digo de novo, não é ser contra ninguém, é procurar ter, distintamente, cada um, dentro do seu papel, representação verdadeira do seu segmento.

Penso que tudo isto que eu falei até agora seja essencial para que possamos compreender o passo seguinte. Vou entrar na discussão do controle social do financiamento da saúde, que é o tema que me foi reservado.

Nós temos a idéia, às vezes, de que o orçamento é só

a indicação do destino de recursos. Quando falo em orçamento gosto muito de falar da necessidade de controlar a execução do orçamento e não adianta falarmos do papel do orçamento, que é, na verdade, uma grande carta de intenções. Gosto de lembrar que, se eu quiser saber o que está na cabeça, na intenção, na política de uma família, de uma sociedade, de um governo, eu tenho que olhar não o discurso, mas o caminho do dinheiro. A melhor leitura de política que se tem é ver para onde vai o dinheiro. Quer dizer, é muito bom o discurso de que a prioridade é o social. Mas o que diz a prioridade é a análise de onde se está gastando o dinheiro da Prefeitura, da família. O pai e a mãe dizem que a prioridade é a educação, mas quanto do dinheiro está sendo destinado para a educação dos filhos? O Prefeito diz que a prioridade é o social e o gasto principal é com obras.

A minha base é a da lei, por isso vou mostrar o que nós temos que fazer para fiscalizar e controlar o financeiro, identificando quais são os princípios legais deste controle.

Vamos analisando ponto por ponto da determinação legal.

1) A obrigação legal do gestor, do dirigente, do Prefeito, do Secretário de Saúde deixarem o Conselho de Saúde acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde. Todo dinheiro precisa estar dentro do Fundo de Saúde, que será fiscalizado e acompanhado pelo Conselho de Saúde. Tem alguma dúvida? Há possibilidade de alguém negar algum documento de informação para o Conselho? Não há possibilidade. Como o Prefeito e o Secretário de Saúde administram para todo mundo, eles não podem ter nenhum segredo que aqueles que os sustentam, nós cidadãos, não possamos saber.

Então uma coisa nós sabemos: quando escondemos, não deixamos ver, é porque há “treta”. Assim, a maior carta de recomendação para o administrador é dizer: “pode olhar, olha tudo, é teu, olha”. Quer dizer, o administrador inteligente, fala assim: “está aqui, não tem segredo, olha tudo”.

Ele tem que fazer por obrigação, mas eu digo que ele deveria fazer não só por obrigação, mas por prazer, entendendo que a maior prova para ele de que está tudo bem, é ele ser aberto e transparente. Se eu sair daqui para conversar, ali, com a Elza (Promotora de Justiça, coordenadora da mesa), vocês vão pensar: “o que eles estão falando ali escondidinho”? Agora, se eu chego aqui, pego o microfone e falo, não tem segredo. Então, a primeira coisa essencial é a determinação legal: transparência. Abertura total para a informação.

Eu falo assim muito a vontade. Já fui médico da ponta de pronto socorro, de unidade básica de saúde, de escola, tive também meu consultório, minha clínica, fui médico de berçário e acompanhei hospital. Fiz muitas coisas e, também, numa determinada hora, pegaram-me para ser gestor, foram me buscar em casa, para ser Secretário de Saúde, no período de 1989 a 1992.

Na minha cidade, uma cidade grande, São José dos Campos, São Paulo, tem mais de 600.000 habitantes, hoje gasta algumas centenas de milhões só com saúde. Tem 2700 funcionários sendo 700 médicos. Os membros do Conselho de Saúde, desde 1989, olhavam nota por nota da Prefeitura de São José dos Campos, na área da saúde. A Lei da Saúde saiu em 1990, contudo já existia Conselho olhando nota por nota e nunca teve problema nenhum, estava tudo lá. Já sabia que existia um lugar onde sentava o conselheiro, a comissão de orçamento e finanças (muitas vezes os conselheiros não entendem de finanças, portanto, devem procurar por pessoas que entendem e fazer uma comissão de finanças para poder olhar com critério). Então é uma coisa possível, não me arrependo, absolutamente. Não tive nenhum entrevero, não tive nenhum problema. Quando tinha qualquer coisa, eu dizia: “vocês podem olhar, vocês é que vão avaliar se as contas estão boas ou ruins, etc e tal, depois venham falar comigo”. Então, fazer isso é possível, a minha experiência foi muito boa, muito gratificante, eu me honro disto. Eu não

tive problemas, só tive coisas gratificantes em relação ao Conselho de Saúde na minha época.

2) A obrigação do gestor manter todos os recursos da saúde, da Secretaria da Saúde, sob administração da área e do gestor único de saúde.

Prefeito, fique tranqüilo, o Secretário de Saúde é demissível, como diz a Constituição, *ad nutum*, quer dizer, ele pode ser demitido na hora em que o senhor quiser. Por isso, coloque uma pessoa de sua confiança. Se não tiver confiança, não coloque. Tenha confiança, o senhor não pode ficar cortando a ação dele, ele tem que obedecer o Plano, obedecer o orçamento, prestar contas dentro da administração. A Constituição de 1988 determina, no Art. 195, que o dinheiro da saúde tem que estar dentro da área de saúde e ser administrado nela.

Eu fui gestor também do Ministério da Saúde, Secretário Nacional de Assistência à Saúde, e quem administrava o dinheiro da saúde não era o Ministério da Fazenda, pois ele passava para a saúde. Desta forma, quem fazia a administração era o Ministro da Saúde e, no caso, nem era o Ministro da Saúde, mas o Secretário dele, que, no caso, era eu quem fazia os pagamentos. Naquela época, eram 600 milhões de dólares, todo mês, que eu assinava (ordenador de despesa) para pagar o Brasil inteiro, médicos, profissionais, hospitais, etc.

Pela lei o Fundo de Saúde e a sua administração devem ficar dentro da Secretaria de Saúde. Nas Prefeituras pequenas, a operacionalização pode até ficar na Secretaria da Fazenda, mas o Fundo é da Secretaria de Saúde. Quer dizer que o Secretário de Saúde manda mais que o Prefeito? Que nada, não manda mais que o Prefeito, ele manda junto com o Prefeito naquele pedaço. Prefeito bom, que eu conheço, é Prefeito descentralizador, Prefeito que traz tudo para ele tem grande chance de errar e, infelizmente, vai errar sozinho.

3) Obrigatoriedade do administrador público dar in-

formação e ouvir o cidadão.

Também está na Constituição. Nós não podemos negar nenhuma informação. Isso vale para prontuário, exame, que não é do médico, não é do serviço, mas sim do paciente. Então nós temos obrigatoriedade geral e obrigatoriedade da saúde.

4) Obrigatoriedade do gestor manter Fundo de Saúde.

União, Estados e Municípios têm que ter um Fundo onde será aplicado todo o dinheiro Federal, Estadual e Municipal da saúde. Existem vários municípios que não têm Fundo de Saúde, só têm no papel. O dinheiro arrecadado pelo município, destinado à saúde, tem que estar no Fundo de Saúde para ser administrado pela Secretaria da Saúde. Por que a legislação colocou isso? Foi uma condição, pois é um setor cuja maior parte do recurso aplicado nos municípios vem da esfera Federal. Não é o caso de municípios grandes, como o meu, cuja maior parte dos recursos da saúde vem das receitas próprias municipais. Colocar os recursos da saúde num único lugar, numa conta especial foi uma negociação que fizemos. Vocês têm que respeitar um compromisso que a gente fez para poder “arrancar” a descentralização da área da saúde e colocar no texto constitucional e depois na Lei Orgânica da Saúde. Comprometeu-se pela lei a colocar o dinheiro em um lugar separado, para não misturar com o resto do dinheiro da Prefeitura, para que fosse usado só na saúde e ficasse mais fácil fiscalizar.

5) Obrigatoriedade do gestor administrar, no Fundo, todos os recursos do SUS, os transferidos da União, dos estados e municípios.

Os municípios devem colocar dentro do Fundo de Saúde todos os recursos da saúde. Os recursos que recebem como transferências da União, via Ministério da Saúde, têm que estar depositados e aplicados no Fundo de Saúde. Os recursos transferidos pelos Estados, igualmente. Os recursos próprios municipais também, todinhos, dentro do fundo. O

fato mais comum que acontece é das prefeituras não colocarem seus recursos próprios no fundo de saúde. Colocam os recursos que chegam de fora e não depositam os recursos próprios. Isto é uma ilegalidade.

6) Obrigatoriedade dos municípios colocarem, no mínimo, neste ano agora de 2004, 15% de seus orçamentos em saúde, os estados 12% e da União aumentar o investimento a cada ano.

Infelizmente nós temos problemas, pois isso não saiu do papel. O Ministério da Saúde mesmo, não tem cumprido a parte dele. Também existem Estados que não aplicam o recurso na área da saúde e as pessoas estão sofrendo nos municípios. Nós precisamos ter mecanismos para que o dinheiro da área da saúde seja destinado para a área da saúde. O Estado não pode ficar brigando, muitas vezes, com os municípios, quando ele próprio não está colocando todo o dinheiro. Os municípios em média são os entes federados que, em geral, colocam recursos acima do devido e previsto. É muito fácil quando eu vou para cima do mais fraco, bato no mais fraco, piso no mais fraco. Eu não posso punir o município quando o Estado é que está deixando de cumprir.

Tem Secretário de Saúde e Prefeito que roubam, que desviam recursos da saúde e de outras áreas? Tem! Nós cidadãos temos o direito de estar controlando todo mundo que estiver errado. Nós precisamos ver quem está, neste momento, prejudicando mais, para não deixar que o dinheiro da saúde falte.

7) Obrigatoriedade do gestor ter Plano de Saúde associado ao Plano Plurianual, à Lei de Diretrizes Orçamentárias, à Lei Orçamentária.

O Plano de Saúde depois de feito e aprovado no Conselho deve resultar nestes documentos legais. O Plano de Saúde deve ser encaminhado pelo Prefeito inserido na Lei do Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual. O Plano Plurianual é o plano

dos quatro anos: os três últimos anos de seu mandato e o primeiro ano do mandato subsequente, se ele próprio reeleito ou de quem o substituir.

Esta passagem precisa ser feita. Não adianta estar no Plano se não estiver no orçamento. Quer dizer, o Legislativo, às vezes, reclama que agora, então, não terá papel. Mas terá papel, porque a sua hora vai ser aprovando o orçamento, no qual está incluso o Plano de Saúde. Assim, cada um deve atuar no seu tempo e no seu lugar.

8) Obrigatoriedade do gestor comunicar aos sindicatos, entidades empresariais e partidos políticos a chegada de qualquer recurso para a saúde vindo do Ministério da Saúde, até 48 horas depois de recebido o dinheiro.

É uma coisa que nós não vemos acontecer, mas nós tínhamos que ter mecanismos para fazer isso. Eu não sei nem se o Ministério Público faz isso. A Lei de Licitações manda que, todo mês, todo órgão público publique ou afixe num lugar de ampla circulação, a lista de tudo o que se comprou, data, número do processo, firma vencedora, valor unitário, valor total. Está escrito na lei, o que é urgente e que saia do papel e seja cumprido. Em raríssimos lugares eu tenho visto esta divulgação. Já vi, em alguns aeroportos, a prestação de contas da Infraero, não sei se ainda existe. Está na lei que deve ser dito tudo o que foi comprado, pois estão gastando nosso dinheiro.

Vocês dão dinheiro para o filho de vocês e dizem assim: “pode gastar como quiser, não precisa me dar satisfação”? Se fizerem isso eu quero ser filho de vocês! Todos nós queremos um controle em cima daquilo que é feito. Não podemos, simplesmente, entregar o dinheiro ao órgão público e não saber o que faz com o dinheiro. O administrador público apenas trabalha com o nosso dinheiro. Assim como o banco.

9) Obrigatoriedade do gestor prestar contas ao Conselho a cada três meses e em Audiência Pública nas Câmaras Municipais e na Assembléia Legislativa.

No mínimo a cada três meses devem ser prestadas contas ao Conselho de Saúde. Se não estiver diferente na legislação estadual ou municipal, uma vez que há legislação estadual ou municipal que estabelece que a prestação de contas deve ser mensal. O gestor municipal tem que prestar contas em audiência pública, na Câmara Municipal, a cada três meses, de tudo o que fez com o dinheiro da saúde, de tudo que gastou.

Quando tenho explicado e cobrado isto dos gestores muitos argumentam que não vai ninguém. Nós temos que começar a divulgar isso. Temos que ir atrás do padre, do pastor e chamar todos eles. Nós temos que nos acostumar com esta prestação de contas para, então, começar a cobrar. Falar com as pessoas dos bairros e comunidades: “Vocês reclamam de tudo, falam mal de tudo, então devem ir verificar a prestação de contas”. É uma glória o Secretário de Saúde falar assim, poder dizer de boca cheia, “Olhe eu fui lá prestar contas de tudo o que eu fiz. Você estava lá para reclamar na hora? Como você vem dizer, agora, se você nem ouviu”. Mas se ele não foi prestar contas, ele está ao contrário, está na alça de mira para as cobranças e críticas

10) É obrigatoriedade do gestor publicar bimestralmente prestar contas. Isso, normalmente, é feito no jornal de um jeito que ninguém entende. Na verdade, sabe por quê? Porque nós entramos num ciclo vicioso, no qual existe uma prestação de contas oficial, dentro das regras de orçamento, mas que ninguém entende e como ninguém entende, ninguém reclama e continua sendo feito desta forma, ano após ano. Então fica num círculo vicioso. As pessoas devem começar a dizer: “Mas espera aí. Traduz isso. Eu quero entender isso. Eu tenho direito de entender. Eu que botei dinheiro nessa saúde aí, entendeu? Eu quero saber em que você está usando o meu dinheiro”.

De receitas e despesas todos nós entendemos. De orçamento, o melhor “entendido”, no Brasil, é o indivíduo que

vive com um salário mínimo. Esse é “entendido”, ele sabe priorizar, sabe escolher a despesa, sabe que dia vai ter verdura na casa dele, que dia que vai ter carne, se vai comprar isso ou aquilo, se vai em algum lugar a pé ou de passe e assim por diante. Desta forma, sobre quanto saiu de dinheiro e quanto entrou, nós entendemos que por isso as contas públicas precisam ser trazidas para este entendimento e não aqueles nomes que ninguém entende das prestações de contas oficiais.

11) Obrigatoriedade do gestor prestar contas aos cidadãos pelos relatórios resumidos de execução orçamentária.

Neste caso, muitas vezes se utiliza a Lei de Responsabilidade Fiscal como desculpas para tudo. Dentro desta questão de responsabilidade fiscal é sabido que antes se podia contratar gente, pagava-se gente, depois ficava toda a despesa para o ano seguinte. Quer dizer, nós tínhamos uma administração na qual existia um administrador que gastava tudo e o outro eleito posteriormente, que era bonzinho, pagava as contas mas não aparecia e nunca mais era reeleito. Não fazia mais nada a não ser pagar contas. Antes, também, nomeavam-se pessoas sem contrato e hoje tem que contratar por concurso. A população não entendeu que o concurso é defesa dela e critica o Prefeito porque está fazendo a coisa certa. Assim, quem paga a dívida é considerado, infelizmente, “o ruim”, quem contrata por concurso público é o “ruim”. São estas coisas que nós temos que começar a mudar. Nós só vamos mudar participando: ação, proposição e controle.

Isso tudo eu falo para vocês de experiência municipalista. Sou municipalista de quatro costados, defendo o Município de todas as formas. Acho que a única maneira deste país melhorar é melhorando a base, pois é dela que saem os representantes que vão para os governos estaduais, para o parlamento estadual e nacional. Se vocês observarem, a grande maioria, se não quase a totalidade que está Congresso, nasceu dentro das Câmaras Municipais, dentro das administrações municipais como Prefeito, Vice- Prefeito. Por isso eu

acredito que a renovação vai se fazer de baixo para cima.

Diante de tudo que falei a vocês quero agora fazer uma listagem de como podemos trabalhar para melhorar estas questões expostas.

Vamos escolher onde está o problema e qual é o maior deles. Primeiramente, existe Conselho constituído, funcionando legal e moralmente bem? Vamos ver se o nosso Conselho está bom. Existe Fundo de Saúde legal e real? O Conselho tem acesso às informações financeiras para acompanhar e fiscalizar o Fundo? Todos os recursos, próprios e transferidos estão sendo administrados no Fundo? O depósito desse recurso está sendo feito automaticamente no fundo de saúde pelo órgão arrecadador? Pois, neste caso, existem aqueles que mantêm o dinheiro da saúde no caixa da Prefeitura um mês, dois meses, depois é que o repassam, mas não pode, pois é automático, chegou, tem que repassar.

Qual o gasto próprio com saúde? O gasto com recursos transferidos? O gasto total? Qual o gasto percentual de recursos próprios dos últimos anos? Neste ano, o piso do Município é de 15%, pode investir mais recursos que este percentual, todavia não pode gastar menos.

Entre as despesas com recursos do Fundo existe alguma despesa indevida? O próprio Prefeito e o Secretário de Saúde só podem gastar o dinheiro segundo a Lei 8.080/90, a Lei da Saúde que, no Art. 6º, diz exatamente onde pode ser gasto o dinheiro. Não podendo, desta forma, ser gasto em outras coisas senão as mencionadas na lei. Mas tem Prefeito gastando em saneamento, em merenda, em pagamento de inativo, em plano de saúde para funcionários. Tem Estados, também, que acabam usando erradamente o dinheiro.

Todas as despesas feitas estão dentro do Plano de Saúde? Está lá na lei, não pode fazer uma despesa que não esteja no Plano. Plano aprovado deve ser seguido.

Estão sendo obedecidas as obrigações legais de licitação, plano de cargos, carreira, salários, contratação de pes-

soal? As despesas são demonstradas periodicamente? As compras são relacionadas a cada mês? Alguns dizem que custa muito caro a publicação das contas realizadas, mas a própria lei diz que não é necessário publicar. Basta afixar em algum local de ampla circulação, assim está na lei. Se não tiver parede grande em que todos possam ver, pode ser feito como lista telefônica, colocando uma argola, uma corrente, um banquinho do lado e deixando as pessoas olharem.

Prestação de contas trimestral ao Conselho e na Câmara, prestação de contas quadrimestral do Prefeito, incluindo saúde, segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal. Dá para fazer tudo ao mesmo tempo? Não dá, vamos escolher o que é mais prioritário, o que é mais importante, vamos avaliar sempre o certo e o errado.

Repito que tenho quarenta anos de saúde, trinta anos de médico. Eu comecei saúde na ponta, como atendente, aplicando injeção, com 16 anos. Exercício “ilegal” da medicina e da enfermagem. Neste tempo todo, eu quero dizer para vocês, nós melhoramos. Não quero apenas fazer o discurso do contente. Vocês podem pensar “o Gilson veio aí e falou que está tudo bem”. Não, não está. Eu talvez sou a pessoa que mais sabe dos defeitos e problemas do sistema. Mas, quero que reconheçam o que está sendo feito em sua cidade, em Marialva, em Maringá em milhares de cidades brasileiras. Progredimos, só que não progredimos tudo. No Brasil, foram feitos, ano passado, 2,25 bilhões de procedimentos pelo SUS. Foram feitos 2,6 milhões de partos e cesarianas pelo SUS. Foram feitas 11 milhões de internações pelo SUS, quase 3 milhões de cirurgias, 350 milhões de consultas.

Quer dizer, não fiquemos com saudades do passado, porque o passado era muito pior. Agora nós queremos o futuro, empurrando o limite da possibilidade. Ver o que está certo, o que está errado, analisar as propostas, denunciar aquilo que está errado, mas primeiro pedir explicação. Isto é

democracia e ela é muito boa porque nos dá chance de dizermos o que queremos e ouvirmos o que os outros querem dizer. Não pode haver democracia apenas do nosso lado, só a nosso favor. Quando o gestor diz que comprou um computador de cem mil reais, ele merece ter a chance de dar uma explicação. Ele vai dar uma explicação por escrito e, caso a explicação não convença, você pode, então, partir para a discussão. Mas primeiro você deve deixar ele demonstrar e explicar os seus motivos. Esgotada a negociação, deve-se reprovar, denunciar o erro, com medidas concretas.

O que não está certo e deve ser reclamado é quando existe despesa de saneamento, de merenda, dentro da área da saúde, quando existe funcionário da saúde que não está trabalhando na sua área, mas em outros lugares, como na Câmara. Mas muita gente só reclama e não faz nada para melhorar. Chope e refrigerante na esquina nunca resolveram problema nenhum, a não ser melhorar nosso índice calórico.

Nós precisamos ver qual a ação propositiva que temos para mudar isso. Vamos transformar, aliando as forças sociais, políticas, a mídia e recorrendo administrativamente no âmbito do SUS, Conselhos, Tripartite, Bipartite, recorrendo ao controle externo: Tribunal de Contas, Legislativo, Ministério Público, Judiciário.

O grande desafio é controlar pelo resultado. Eu quero saber se as pessoas estão sobrevivendo mais, se está melhorando a qualidade de vida das pessoas, se estão melhorando o conhecimento sobre saúde, sobre seu corpo, se sabem exatamente onde ir no serviço de saúde. São alguns indicadores. Não basta dizer “o SUS fez 350 milhões de consultas.” Precisamos saber que resultados foram obtidos com 350 milhões de consultas.

O desafio do fazer, em todos os lugares, é ver como dono, agir como dono. Cumprir dever e cobrar como dono, que é a parte de direitos. De forma individual ou em sociedade, para que a gente tenha possibilidade de ter mais saúde

e chegar à felicidade. Gosto de pensar e discutir saúde ligada à felicidade.

Às vezes a gente desanima, “para que eu estou fazendo isso, não preciso disto, eu tenho meu plano de saúde, resolvo tudo com ele”. Olha gente, eu estou, como disse para vocês, há quarenta anos nesta luta. Trinta anos só de médico. Às vezes o desânimo bate, mas eu digo: “Bom, se você estiver desanimado, pense diferente: eu não vou mais lutar por mim, agora eu vou lutar para os outros, os que não podem lutar, os que não conseguem lutar. Dessa geração e das outras gerações futuras”. Talvez isso dê uma injeção de ânimo.

Para terminar, cito uma reflexão de Paulo Freire: “O grande desafio nosso é diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal modo que, num determinado momento, a nossa fala, seja igual à nossa prática.”

7. TEXTOS COMPLEMENTARES

7.1. Educação permanente dos cidadãos e dos conselheiros

7.1.1. Como trabalhar com educação para a cidadania na tríplice visão de participação: educação para a ação, para a proposição e para o controle?

Uma das maiores carências de hoje é um banco de dados sobre o tema cidadania e participação comunitária na saúde. Sua criação é algo indispensável. É uma ferramenta destinada aos conselheiros de saúde, titulares, suplentes, membros de comissões, simpatizantes, líderes comunitários; trabalhadores de saúde e dirigentes de saúde; juristas e economistas, contadores públicos e outros profissionais de áreas afins à saúde.

Através da criação de um banco de dados se teria a maneira mais rápida e eficiente de atingir um maior número de pessoas no menor tempo possível. Ele deveria ter a amplitude nacional e a responsabilidade direta do Ministério da Saúde. Parcerias poderiam ser feitas para sua viabilização. Uma parceria a ser tentada como opção é com a OPAS-BIREME-BVS — Biblioteca Virtual de Saúde. Neste sítio já são concentradas várias bases de dados essenciais à proposta de apoio à participação comunitária na saúde.

Conteúdos essenciais para o banco de dados

- *Consolidação de toda a legislação e jurisprudência sobre saúde e SUS.*

Oferecer para consulta toda a legislação do SUS. Fazer uma coleção especial de todas as citações da CF e das Leis de Saúde que faem referência à participação da comunidade.

- *Elaboração de minutas de leis de conselhos, de regimentos internos de conselhos municipais, de gestores de unidades próprias e de unidades contratadas/conveniadas.*

A proposta não é a simples criação de minutas padrão obrigatórias em cada um dos municípios ou estados, mas ajudar aqueles que não têm condições de fazer sozinhos e outros que gostam de cotejar textos para usar ou deixar de usar determinado artigo. Ninguém é obrigado a seguir determinada minuta. Pode usá-la como auxiliar ou não.

- *Banco de respostas aos questionamentos mais comuns.*

Fazer um banco de respostas aos questionamentos mais comuns sobre cidadania, participação comunitária, saúde, conselhos de saúde (composição, organização, regimento interno, etc.) e conferências de saúde. Este banco estaria sendo atualizado, ininterruptamente, diante de novos questionamentos e do preparo de respostas e pareceres.

- *Resposta a novas consultas.*

Manter um mecanismo para receber questionamentos novos e velhos que serão respondidos através de pareceres já existentes ou novos. Em seguida serão incorporados ao banco de respostas.

- *Modelo de participação no Plano de Saúde.*
Preparar um modelo com os vários passos para a participação na feitura e aprovação do Plano de Saúde. Acompanhamento posterior depois de aprovado nas leis orçamentárias (PPA, LDO, LOA).
- *Modelo de análise do fundo de saúde e da execução orçamentária e financeira (função controladora do cidadão sobre o econômico e financeiro).*
Preparar um modelo com os vários passos para a participação no acompanhamento e fiscalização do Fundo de Saúde. Acompanhamento da execução orçamentária e financeira pelas prestações de contas. Oferecer um modelo de prestação de contas que seja inteligível pelo cidadão comum.
- *Modelo de análise do relatório de gestão com prestação de contas trimestrais (função controladora do cidadão sobre a quantidade e qualidade dos serviços de saúde produzidos).*
Preparar um modelo com os vários passos para a participação no acompanhamento e fiscalização do relatório de gestão como documento oficial anual de prestação de contas financeiras e de serviços produzidos e sua qualidade.
- *Roteiro de agenda para conselheiros.*
Um roteiro de datas para os conselheiros com os eventos essenciais e seus prazos: PPA, LDO, LOA, prestações de contas trimestrais, entrega de relatório de gestão, reuniões do Conselho, plenárias de Conferências, etc.
- *Espaço aberto para artigos de responsabilidade dos autores sobre o tema cidadania e participação do cidadão.*
Manter um espaço aberto para artigos, trabalhos, estudos, pesquisas, opiniões sob a responsabilidade dos autores.

- *Espaço aberto para relato de experiências.*
Manter um espaço aberto para o relato de experiências correlatas. De dirigentes, conselheiros, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço.
- *Links correlatos.*
Listagem de ligações com outros sítios de interesse para acesso a informações: MS, DATASUS, IBGE, CONASEMS, CONASS, OPAS, UNICEF, BIREME, BVS, ETC.

Outras medidas educativas

- *Cursos, seminários, oficinas e palestras.*
As atividades educativas têm que se multiplicar começando pelo preparo de multiplicadores. A tônica destes treinamentos e aprimoramentos deve ser a base legal e as medidas operacionais para exercer a função propositiva e controladora dos conselheiros e seu núcleo expandido. O foco do treinamento tem que ser sobre coisas concretas do dia a dia, tendo como base a legislação. Tem que versar sobre o concreto da ação participativa que depende do conhecimento e interpretação da legislação, único balizamento que poderá dar força na ação dos conselheiros.
- *Treinamento do núcleo central de apoio dos conselhos estaduais de saúde.*
Em cada Estado deve haver um núcleo de apoio à participação comunitária. A base deste núcleo pode ser o pessoal de apoio do Conselho e/ou aqueles que fazem o treinamento de pessoal. Os coordenadores dos Conselhos de Saúde têm que ser uma peça chave neste processo educativo.

- *Produção e distribuição de material educativo.*

Deverá ser produzido material educativo sob o substrato descrito acima para ser distribuído aos conselhos e conselheiros ou, no mínimo, disponibilizado em um sítio. Os materiais educativos devem ser divulgados sob várias formas, incluindo-se net, fitas de vídeos e som, dvds, CDs, etc.

7.1.2. Lei dos cinco “Es”: educação, educação, educação, educação e educação

O objetivo deste texto é discutir educação e saúde. Educação e, na, para, por, pela e em saúde. (Estou tentando não chocar, mas agradar a todas as correntes filosóficas da educação!) Podemos ter os maiores investimentos em saúde do país, o maior número de serviços, o maior e melhor parque de equipamentos, medicamentos e procedimentos. Sem melhorar o conhecimento e a prática das pessoas envolvidas neste processo de conquista da saúde, a qualidade final de vida e saúde das pessoas continuará ruim. A própria Constituição Federal e a Lei de Saúde condicionam o estado de saúde das pessoas ao econômico e ao social. A principal ferramenta, para modificar os condicionantes e determinantes do estado de saúde e a qualidade de vida das pessoas é a educação. Os países desenvolvidos e os que mais se desenvolvem têm investido fortemente em educação.

Venho defendendo, principalmente nos últimos anos, como uma das saídas para a saúde no Brasil, a aplicação da Lei dos “5 E”: Educação, Educação, Educação, Educação e Educação. Neste refrão entra a educação dos governantes e dirigentes públicos e privados de saúde, dos prestadores de serviços de saúde, dos profissionais de saúde, dos cidadãos usuários dos serviços de saúde, do Ministério Público, do Judiciário, da mídia, etc. O caminho para se ter uma população com mais saúde é a educação. Investir em educação é a

tônica de minha fala-ação há décadas e, a cada dia, mais convicta e enfaticamente. Quero compartilhar esta idéia-fonte aprofundando este debate.

7.1.2.1. Educação dos governantes e dos administradores públicos e privados de saúde

Governantes e administradores são prefeitos, assessores, secretários, gestores, dirigentes públicos e privados, gerentes de unidades e de equipes. Primeiro, é preciso ter rigor para escolher as melhores pessoas para ocuparem os cargos de direção geral e intermediária em saúde. A administração de saúde é de extrema complexidade. Não tenho preconceito que ela não seja feita exclusivamente por profissionais de saúde. Mas, é preciso buscar as melhores e mais competentes reservas de profissionais, dentro ou fora das corporações privadas ou político-partidárias. Cabe evitar a perda de tempo e dinheiro com improvisações e tentativas frustradas de saídas, por vezes ingênuas e simplistas, de gente inexperiente. Defendo uma gerência de saúde mais profissional que político-partidária (ainda que sejamos todos políticos). Hoje, mais que nunca, o exagero do uso do instituto constitucional da livre nomeação nos serviços públicos é fonte e convite à corrupção, ao nepotismo e o clientelismo. Nas chefias da administração pública deve-se usar como de livre nomeação o menor corpo possível de pessoas de “fora”. Defendo que a grande maioria das chefias, até mesmo as de livre escolha, sejam feitas dentre os profissionais de carreira. Só assim não remexeremos a essência da saúde a cada um, dois ou quatro anos. Há equipes de neófitos e despreparados que, quando começam a entender de saúde, estão no tempo de passar o cargo a outros que vão começar a se informar! Mesmo com muita competência e experiência, administrar saúde é um grande desafio. O fale-

cido papa da administração moderna, Peter Drucker, dizia que se o convocassem para administrar uma instituição de saúde ele recusaria por não se considerar capaz para enfrentar tamanha complexidade. Além de buscar os mais competentes e comprometidos dirigentes, entre profissionais de saúde e de outros saberes, não se pode deixar de investir em sua educação permanente.

7.1.2.2. Educação dos profissionais de saúde

Educação dos profissionais universitários, técnicos, auxiliares e operacionais. Há que se investir muito em formação sobre três enfoques: o saber fazer técnico, o saber do bem conviver humano e o saber e viver o compromisso individual humano com a sociedade onde se está. Educação é processo permanente. Os empregadores e gestores da saúde, além de garantir salários e condições de trabalho, devem investir em educação permanente sob todas as formas. Poderíamos sintetizar o processo de mudança em duas tônicas: re-integraliza e re-humanizar. A humanização no encontro dos profissionais de saúde com os cidadãos usuários é um dos maiores desafios, cobrados e recobrados por todos os que demandam os serviços de saúde. Outro componente é a prática da integralidade: voltar a ver o ser humano como um todo e agir com ele e nele de maneira mais global e holística. A chave das mudanças na saúde são os trabalhadores de saúde. A ação educativa é o único caminho de integrá-los, potencializando e aprofundando sua atuação na sociedade. Isto, para o bem dos seres humanos usuários dos serviços de saúde e o próprio bem-estar dos trabalhadores, operários da saúde.

7.1.2.3. Educação dos prestadores de serviços de saúde

Falamos aqui daqueles serviços de saúde privados, lucrativos ou não, que assumem parcerias com o público ou entre o próprio privado. Os prestadores de serviços contratados ou conveniados precisam ter seu momento de educação para seu aprimoramento administrativo, humano e no compromisso com a sociedade.

Os prestadores de serviços devem fazer as vezes de seu contratante, público ou privado (planos, seguros, auto-gestão), desempenhando bem seu papel complementar. Igualmente devem cumprir as regras contratuais e seguir a regulação institucional própria e do contratante. A ferramenta para isto é a educação e a formação técnica e humana. O preparo e manutenção institucional da prestadora de serviços, como instituição.

7.1.2.4. Educação dos cidadãos usuários

Para todos os cidadãos obterem mais saúde é fundamental que tenham mais acesso à educação. Mulheres com mais conhecimentos têm mais chances de cuidar melhor de sua própria saúde, de sua gravidez e de suas crianças. A mortalidade infantil é menor em famílias cujos pais têm maior grau de instrução, mesmo com esta variável isolada do nível de renda. Temos muitos mecanismos de investir em educação da população que não pode ser apenas para ocasiões de campanha eleitoral e feita, exclusivamente, por profissionais de saúde. O conhecimento técnico de saúde é primordialmente do pessoal da saúde, mas a técnica educacional é primordialmente dos educadores. Tem-se que investir em educação para a saúde nas escolas, nos bairros, no trabalho e nos meios sociais. Os temas são amplos: conhecimento do corpo, da saúde, das doenças, da prevenção, da

contribuição a seu tratamento, do estilo de vida, sobre o uso racional dos serviços de saúde. Se não se investir em educação da população para a saúde teremos pouca chance de melhorar a qualidade de vida. Com isso, cada vez se consome mais recursos no tratamento daquilo que poderia ser evitado ou minimizado. Neste horizonte mais amplo de educação para a saúde entra o uso correto de exames, internações, especialistas, terapias e medicamentos, bem como o consequente combate a seu uso indevido, não com o intuito de fazer economia, mas de gastar melhor os poucos recursos existentes.

7.1.2.5. Educação para o Ministério Público, o Judiciário, a mídia e outros

O Ministério Público tem a obrigação de garantir os direitos constitucionais do cidadão. Foi o grande avanço da CF de 1988. Os direitos constitucionais do cidadão têm que ser assegurados pelo poder público e pelos serviços de relevância pública (só saúde, constitucionalmente o é!). O Judiciário, associado ou não à ação do Ministério Público, deve salvaguardar estes direitos. Para que isto aconteça de forma efetiva e harmônica ainda precisamos de muita ação educativa destes dois setores essenciais. Eles precisam conhecer o direito à vida e à saúde, e o sistema público de saúde no Brasil com suas nuances. Só o investimento em educação poderá fazer a ação do Judiciário e do Ministério Público legal, eficaz e justa.

A mídia e seus vários atores, os da informação, propaganda, marketing e outros, devem ser aliados das administrações de saúde, dos profissionais e dos cidadãos. A mídia não pode aliar-se unilateralmente apenas a uma destas forças da sociedade. Se isto acontecer ela pode levar ao desequilíbrio essencial. A mídia pode usar o tema da saúde

como foco de suas intervenções na sociedade, pode ser apenas crítica e criticada, ou pode ser pró-ativa na ajuda às pessoas para tenham mais saúde e sejam mais felizes. O desafio é trabalhar com a educação da mídia para que ela conheça a saúde e exercite ao máximo o potencial de sua área de atuação. Ou seja, é educar a mídia para que ela possa ser uma das grandes educadoras da sociedade.

Estas e outras forças da sociedade precisam perceber, em certo momento, que o individual pode servir de escuta, mas que a ação deve ser coletiva. O coletivo, do bem comum, tem que ser soberano ao individual, principalmente quando houver litígio entre os seus interesses. Precisamos avaliar os problemas mas, não reduzi-los às aparências esquecendo da essência. Não perceber e não interferir nas causas dos problemas continua sendo uma impropriedade imperdoável.

7.1.2.6. Concluindo

O saber técnico pode ser primordialmente de saúde, mas há que se acoplar o conhecimento da área de educação. Esta associação é necessária. É preciso investir no processo educacional para fazer cada vez mais e melhor a educação em saúde.

As várias técnicas e momentos educativos têm que ser rediscutidos e usados adequadamente a cada tempo e lugar. Temos persistido na idéia de usar mais os treinamentos presenciais com professores, o que acaba limitando o acesso, pois não se pode tirar os ouvintes, por muito tempo, da missão precípua de prestar atendimento. Os vários meios educativos aí estão, há bastante tempo, esperando que os usemos mais: consulta e leitura (folhetos, revistas, livros), audiovisual, internet e outros meios eletrônicos, consultoria e tutoria à distância.

Parcerias com os setores mais avançados das univer-

sidades e dos centros técnicos formadores têm que ser feitas para que este desafio seja enfrentado com solução positiva, mediante o aproveitamento da assessoria gerencial e educacional. Não é possível que não tenhamos novidades a serem introduzidas no processo de educação permanente para a saúde, envolvendo os vários segmentos acima descritos. Tudo isto garantido, incentivado e facilitado dentro da administração de saúde, pública e privada.

Está aí o desafio para todos nós da saúde. Investir em educação: de saúde, em saúde, para saúde, pela saúde! De forma profunda e permanente: com as equipes técnicas de gerência, bem escolhidas e preparadas, com os profissionais de saúde, os prestadores parceiros, os cidadãos usuários e as diversas forças da sociedade, como o Ministério Público, o Judiciário, a mídia e outros. Todos com o único objetivo de ajudar as pessoas a terem mais vida, saúde e felicidade.

7.2. A Resolução 333/2003 e o Decreto 4878/2003

Chamo estes dispositivos de “as duas pérolas” de ilegalidade sobre participação na saúde da administração do Ministério da Saúde na gestão 2003-2006. Explico por quê.

7.2.1. A Resolução 333/2003

Infelizmente a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde repetiu inúmeros erros da 33/1992. Não foi por falta de manifestações, mas talvez por não buscar entendê-las e não aceitar o contraditório no momento de decidir. O Conselho não é soberano para decidir a ponto de não querer ouvir e debater com juristas e outros peritos na matéria saúde! Isto é prepotência e temeridade.

Eu mesmo fiz uns três pareceres, em épocas diferentes, contestando erros de primeira, segunda e enésima ver-

são da 333/2003. Críticas e sugestões apresentadas, algumas delas mostrando ilegalidades, foram rejeitadas e se permaneceu no erro inicial da primeira vez. Pior: sem nem mesmo querer ouvir e discutir!

Vou aqui apenas elencar algumas questões, no mínimo, controversas:

Permanece o viés de uso do termo controle social que é de menor peso que o termo legal de Participação da Comunidade e/ou Popular;

O caráter da resolução qual é? A anterior era uma recomendação, e esta? Uma deliberação, uma recomendação, uma sugestão? Qual é o nível de normatização de uma diretriz do Conselho Nacional de Saúde?

1ª Diretriz: ao se redigir em separado “incluindo os Conselhos Indígenas” a observação seguinte “sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera correspondente” passou a referir-se apenas aos indígenas quando deveria ser imperativo para os conselhos regionais, locais e distritais que só podem existir subalternos aos conselhos das esferas de governo onde se localizam;

2ª Diretriz: o significado de acolher as demandas das conferências pode ser entendido apenas como recebimento e não acatamento, o que deve ser imperativo.

3ª Diretriz - I: o número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde: o que se entende por plenários? Não bastaria Conselhos e Conferências? Sendo os dois qual deles prevalece? Ou plenário é uma expressão particular de algum conselho e não genérica a todos os conselhos.

3ª Diretriz - II: pulou a deliberação, ainda que errada e ilegal da IX sobre os 25% dos profissionais de saúde; na descrição da representação faz-se uma miscelânea confundindo conceitos, inclusive o da paridade: 50% de entidades dos usuários; repete-se o erro dos 25% de entidades de trabalhadores de saúde; mistura-se nos 25% restantes o governo e os

representantes de prestadores; a lei denomina Profissionais de Saúde: por que mudar a nomenclatura legal pela simples autoridade hierarquicamente inferior de uma resolução?

3ª Diretriz - III: ao colocar que “poderão ser contempladas as seguintes representações” comete o grande erro de agregar as entidades e órgãos que poderão fazer parte do Conselho e aqueles que são obrigatórios; não existe possibilidade de ter Conselho de Saúde sem representação do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores e dos usuários, tendo obrigatoriamente entre eles os aposentados, trabalhadores e empregadores (CF,194); novamente não se menciona os clubes de serviços, maçonaria e similares que, para resgatar a inconstitucionalidade da X Conferência, deveriam ser citados como exemplo possível segundo o tão decantado “conjunto de forças sociais”.

3ª Diretriz - IV: a indicação dos nomes pelos segmentos deveria ser feita em atas da entidade ou da assembléia das entidades e não se esquecer da comprovação da existência legal da instituição ou entidade;

3ª Diretriz - V: ser reconduzidos indefinidamente?

3ª Diretriz - VI: cargos de chefia e de confiança: dentro do poder público? Dentro do segmento? Dentro da entidade? Não consegui entender este inciso no qual se misturam cargos de chefia e confiança com segmento e entidade.

3ª Diretriz - VII: a presença do Judiciário e Legislativo no Conselho não é problema de caber ou não, questão facultativa, mas uma declarada inconstitucionalidade.

3ª Diretriz - VIII: pode-se obrigar a administração municipal a fazer Conselho e Conferência, mas não se pode determinar simplesmente a interferência do Estado dentro do município; diferentemente disto espera-se que o Estado dê orientação e cooperação técnica na convocação da Conferência e formação do Conselho.

3ª Diretriz - IX: este dispositivo que fala da representatividade genérica dos conselheiros está fora do lugar.

3ª Diretriz - X: é uma afirmativa de desejabilidade, mas não conheço nenhum dispositivo legal que garanta isto. Existe?

4ª Diretriz - I : o que é isto? Só quem pode determinar isto é o Legislativo. O Conselho pode definir como seu desejo e isto tem que passar pelo Executivo e o Legislativo, a menos que não se criem cargos nem funções e seja feito simples remanejamento, por vezes desfalcando outras áreas.

4ª Diretriz - III: se for a Secretaria Executiva dos conselheiros está correto, se for a do Conselho a dúvida fica a mesma que a imediatamente acima.

4ª Diretriz - IV: só a decisão, pois a execução tem que ser dos servidores.

4ª Diretriz - VI: os grupos de trabalho deverão ter integrantes não conselheiros, mas com alguma regra para sua indicação: pelos Conselho? Pelos conselheiros? Deliberados pelo Conselho e homologados pelo Executivo.

4ª Diretriz - VII: Isto tem a ver com o inciso III ou não?

4ª Diretriz - IX: ouvido o Ministério Público antes, durante ou depois da auditoria? Quem paga e garante?

4ª Diretriz - XII: Como se dará esta validação via Ministério Público?

5ª Diretriz - caput: É essencial buscar e citar a base legal, levando-a em consideração e obediência; fazer os desdobramentos, se necessário, e não ficar fazendo novos textos e redações muitas vezes em discordância com o substrato legal. Isto aplica-se a todos os incisos abaixo.

5ª Diretriz - XVIII: estabelecer critérios [...] isto é real competência do Conselho. A pergunta é quem faz e apresenta ao pleno do Conselho?

Outras questões polêmicas não receberam o pronunciamento dentro desta Resolução como a rediscussão dos regimentos nas conferências quando a aprovação pela lei é exclusiva do Conselho, a indicação dos representantes de entidades, que é uma prerrogativa das organizações e instituições e não do Governo, nem direto e nem por lista trípli-

ce. Vale comentar que agora com o novo Decreto 5839, provavelmente alguma coisa tem que ser corrigida na Resolução 333. Que se aproveite o momento para fazer a faxina geral!

7.2.2. O Decreto 5.839/11/07/2006, que revogou o Decreto 4.878/18/11/2003

O Decreto nº 4878, revogado, cometeu pecadilhos e um pecado que só se resolveu com “indulgência plenária pontifical em ano de jubileu” com o Dec.5839 – três anos depois de muita grita. Cabe citar a pérola do pecado mortal do Dec. 4878, revogado, na íntegra: “fica delegada competência ao ministro de estado de saúde para identificar as instituições e entidades a serem representadas no CNS, bem como para designar os seus membros.”

Comentário:

Sobre o que está escrito não se tem dúvidas: em cada um dos segmentos listados caberá ao Ministro da Saúde identificar a instituição/entidade e depois designar o seu membro. É o Ministro que vai dizer quais são as entidades de portadores de patologias e deficiências, qual a confederação religiosa, quais centrais sindicais, aposentados, rurais, moradores, empresários, pesquisadores, indígenas e movimentos populares. Isto nos parece sobremaneira absurdo. Tudo que se lutou para que não acontecesse em cada Conselho. O direito imoral do controlado escolher seus controladores! Como corrigir este efeito e seus desdobramentos? Como impedir o famoso efeito cascata nos conselhos estaduais e municipais? Era tudo o que determinados Governadores e Prefeitos queriam!

De tantas críticas aos disparates deste Decreto, ele foi revogado em 11 de julho de 2006 pelo Decreto 5839 de 11 de Julho de 2006. Pelo menos o erro maior acima citado desapareceu. Quem indica os membros do Conselho são

seus pares. O Ministro apenas designa os membros escolhidos. Apenas os ratifica através da nomeação.

Quando se redimiram de um grande pecado, aproveitando-se da indulgência do passado, cometeram outros tantos pecados mortais além de alguns pecadinhos.

A representação dos usuários, como colocada, deixa lacunas enormes: “Art. 3, § I “cinquenta por cento de representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS;” e vem complementado pelo “Art. 5º, Para efeito de aplicação deste Decreto, definem-se como: I - entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS — aqueles que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País.” Não ficou em nenhum lugar garantida a presença de trabalhadores, empregadores e aposentados, exigência legal da CF Art. 194. Como se pode fazer um processo eleitoral no qual todas as entidades estão em pé de igualdade quando umas são constitucionais e não poderiam deixar de existir e outras são genericamente facultativas? E se, no processo eleitoral não ficar nenhuma entidade de trabalhadores, empregadores e aposentados? Uma verdadeira aberração legal. Fico aborrecido pois tudo isto foi amplamente discutido antes, escreveu-se contra, divulgou-se que isto é inconstitucional. Entretanto, prevaleceu o ilegal. Será que as idiosincrasias e as disputas corporativas pelo poder são superiores à legalidade, princípio constitucional da administração pública?

Retirou-se inconstitucionalmente, a representação dos empregadores dentre os usuários dos serviços de saúde. A CF é clara em seu Art. 10 sobre a presença dos “empregadores nos colegiados de órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação.” A CF repete esta determinação no Art. 194 que a seguridade social, saúde, previdência e assistência social, deve ser organizada, entre outros, com o objetivo do

“caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo, nos órgãos colegiados”. Portanto, a presença dos empregadores que anteriormente estava explícita no segmento dos usuários foi sumariamente tirada. O mais assustador é que isto passou pelo critério dos técnicos da saúde, especialistas em participação da comunidade e em conselhos e conferências. Pressupõe-se que sejam muito entendidos nestas questões. Passou pelo jurídico do Ministério da Saúde. Passou pela Advocacia Geral da União e pelos técnicos do Planalto. Passou esta inconstitucionalidade e outras menores. Interessante que não houve reação de nenhuma das Confederações de Empregadores: nem CNI, CNC, CNT e CNA etc.. Mais preocupante ainda, pois, mostra o grau de importância que o Conselho Nacional de Saúde granjeou nestas confederações. Um dia desses alguém do Conselho se justificou dizendo que os empregadores referidos na Constituição Federal estão representados pelas “entidades empresariais com atividade na área de saúde”. Errado. Estes ou são prestadores de serviços de saúde (o que já estava e continua incluso) ou, se forem fabricantes e comerciantes de equipamentos ou medicamentos, este é que não é o seu lugar. A Lei 8142 é clara o suficiente sobre os quatro segmentos que devem estar presentes no Conselho de Saúde: Governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários. A CF no Art. 194 já havia colocada a gestão no mínimo quadripartite com presença do Governo, trabalhadores, empregadores e aposentados.

Entre as competências do CNS o Decreto coloca: “Art. 2º - III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde (SUS)”. Esta competência, dada ao Conselho é ilegal, pois o ele não tem função executiva.

Outro erro, repetido ao excesso, é dar 25% de representação aos profissionais de saúde. “Art. 3, I - vinte e cinco por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde”. A questão já foi discutida em texto acima. Para completar esta observação aqui transcrevo apenas a última frase do capítulo que trata do assunto. “Lamentável que, a partir de um erro (IX CNS e RES. 33), de uma ilegalidade, tenha-se partido para legitimar a ilegalidade, privilegiando-se um dos segmentos do Conselho, os profissionais de saúde. O que antes nasceu pela ilegalidade agora querem legitimar cometendo outra que é dar proporcionalidade privilegiada a um dos segmentos do Conselho.” Vi recentemente um convite para uma plenária de conselheiros na qual, no seu final seriam escolhidos 4 delegados, 2 dos usuários, 1 dos profissionais e 1 do governo e prestadores. Não conseguir um ser humano híbrido que seja meio a meio governo e prestador de serviços! No momento em que se comete o erro básico os seguintes nem são percebidos. Ninguém percebe isto? Como vai ficar a paridade entre os quatro segmentos do Conselho na grande plenária nacional?

A corporação dos profissionais que arquitetou esta proporcionalidade 50% (usuários), 25% (profissionais de saúde), 25% (prestadores), mesmo depois que teve que admitir a presença constitucional e legal do Governo, mantém a “boca torta do hábito do cachimbo”. Continua fazendo a divisão por três e coloca junto com os prestadores, sem nenhum pudor, a presença do governo. Agora reserva — condescendentemente — mais um partícipe para estes 25%: “entidades empresariais com atividade na área de saúde”. Se este segmento representa os prestadores de serviços de saúde não se entende como existam duas representações diferentes: uma de prestadores e outra “de empresários com atividade na área de saúde”. A ilegalidade fica mais patente quando no Art. 5, IV se define as “entidades nacionais em-

presariais com atividades na área da saúde — as confederações nacionais da indústria, do comércio, da agricultura e do transporte que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País”. Aqui não é o lugar destas entidades. Pois se a definição primeira é de “entidades nacionais empresariais com atividade na área de saúde” limitou-se à Confederação Nacional de Saúde. Ao se estender esta representatividade às confederações nacionais da indústria, do comércio, da agricultura, do transporte em geral, a representação não é mais “de empresários das atividades de saúde”. Parece até ter havido má fé. O que está por trás é um discurso corporativo da velha luta de que “empresário” não é usuário dos serviços de saúde. Passamos anos e mais anos escrevendo, fazendo debates, palestras, conferências explicando que todos os brasileiros somos usuários do SUS, empregadores e empregados, ricos e pobres. Vem, de repente, uma decisão infeliz, escrita corporativamente por pretensos únicos e legítimos representantes dos cidadãos usuários e joga por terra uma luta do direito de todos à saúde como usuários dos serviços. Se este espaço foi criado para abrigar fabricantes e comerciantes de material médico hospitalar e medicamentos, isto é uma transgressão da lei pois, nesta metade, só podem estar: governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde. Se foi para esconder aqui os empregadores retirando-os de entre os usuários, desculpem-me mas nada tão inconstitucional e ilegal. Não entendo de onde saem tantas sandices. Lamentável, pois é justamente de onde se espera o exemplo para estados e municípios!

Outra questão é em relação aos representantes dos profissionais de saúde. A representação profissional é de profissionais de saúde, como manda a lei 8.142/90. Entidades científicas, de per si, não são representantes dos profissionais de saúde. Elas tratam do saber científico e não são associações profissionais nem de livre acesso ao universo

deles. Se restritivas, não representam o conjunto dos profissionais. Pior que isto: poderíamos colocar todas as associações de profissionais de saúde em pé de igualdade? Seria negar a realidade. Pode-se pensar em saúde sem pensar nos milhares de profissionais de enfermagem que trabalham Brasil a fora? Estes terão que concorrer em pé de igualdade com as associações científicas e com todos os demais profissionais de menor representatividade, mas que, quando reduzidos a suas associações/conselhos/sindicatos os votos se individualizarão em igualdade. O mesmo se diga dos médicos. Correremos o risco de, na representação dos profissionais de saúde, não termos necessariamente os representantes destas duas profissões essenciais e majoritárias nos serviços de saúde? Não se trata de diminuir ninguém, nenhuma profissão. Mas, para valorizar a todos, não preciso deixar de reconhecer a essencialidade de representantes, pelo menos destas duas profissões de saúde. Não entendi — neste segmento legal dos “profissionais de saúde” — a presença de entidades científicas não representativas dos profissionais de saúde, nem a garantia da presença mínima dos representantes médicos e enfermeiros! Sair da crítica à hegemonia da presença médica para a negação da importância de médicos e enfermeiros nas ações e serviços de saúde é, no mínimo, ridículo.

Como último temos no Art. 5, Parágrafo Único: “Consideram-se colaboradores do CNS as universidades e as demais entidades de âmbito nacional, representativas de profissionais e usuários de serviços de saúde. O que é isto? Pedido de desculpa por possíveis exclusões?”

7.2.3. Algumas sugestões de saída para efetivar uma verdadeira participação comunitária

- a) Refazer a Resolução 333 à luz da legislação e das necessidades de informações das bases;

- b) Refazer o Decreto 5.839, de julho de 2006, com todos seus equívocos, ilegalidades e inconstitucionalidades;
- c) Batalhar para que o conceito de controle social seja cada vez mais substituído pelo de Participação Comunitária o único constitucional e legal que envolve, com muito mais clareza, a idéia da inserção do cidadão através da ação, proposição e controle;
- d) Quebrar, dentro dos conselhos, a visão radicalizada de defesa das mais diversas corporações e transformar esta visão e prática distorcida na visão de promoção e defesa do cidadão;
- e) Quebrar com a transformação real dos conselhos, muitas vezes, em cenário de brigas político-partidárias, para que sejam as arenas de pejejas em defesa da saúde; compreender os contrários, negociar e construir consensos que favoreçam o maior número de pessoas;
- f) Quebrar com o princípio ilegal da reserva de 25% dos assentos nos conselhos e conferências para os profissionais e seguir a lei e seu espírito que, ao colocar três segmentos contrapondo paridade com os cidadãos usuários, sem distinção entre eles, no mínimo deve ser entendido como a presença de três partes igualmente aquinhoadas (16,7% para cada uma das partes responsáveis pelos 50% outros que se contrapõem aos 50% dos usuários);
- g) Modificar a estrutura, o conteúdo, a forma, os tempos e movimentos, a participação, a tomada de decisões das Conferências de Saúde para que sejam mais representativas da sociedade, mais efetivas nas discussões da política de saúde.

7.3. Autonomia dos Conselhos de Saúde

Os conselhos de saúde têm autonomia administrativa e financeira? Podem decidir o que fazer? Contratar? Alugar

sala? O gestor pode deixar de autorizar estas despesas?

São muitas as dúvidas que surgem a cada dia e acabam caindo em meus ouvidos pedindo uma opinião sobre o que pode ou não pode. O que deve ou não deve. O que é certo ou errado, ou... mais ou menos. Perguntam-me até o que não sei responder. Pelo menos me esforço. É o que vou fazer.

Vamos pontuar o essencial dos conselhos de saúde que valem para todas as três esferas de governo. Onde estiver escrito gestor, dirigente ou Secretário de Saúde ou apenas Secretário, que se leia Secretário Municipal de Saúde, Secretário Estadual de Saúde e Ministro da Saúde.

Os conselhos são órgãos colegiados do Poder Executivo, dentro da estrutura do Governo e submisso a ele.

Os conselhos têm como objetivo único participar da grande orquestra para ajudar as pessoas a viverem mais e melhor.

Os objetivos específicos de todos os órgãos da saúde estão na Lei 8.080/90, Art. 5, § 1) identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; 2) planejar e ajudar que planejem para promover nos campos econômico e social a redução do risco de adoecer e ao acesso às ações e serviços de saúde; 3) fazer ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde juntando assistência e prevenção.

O Conselho de Saúde deve: propor e controlar. Só isto. Formulação de estratégias (propor: função ligada ao plano) e controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Lei 8.142/90.

Em resumo, os dois instrumentos deste fazer estão inscritos na CF, ADCT, Art. 77, § 3: o conselho de saúde acompanha e fiscaliza o Fundo de Saúde. Se tudo que for feito será com dinheiro administrado no Fundo o Conselho tem muito poder, ao ter a missão constitucional de acompanhar e fiscalizar o Fundo.

Nada pode ser feito que não esteja no orçamento. Nada

pode ir para o orçamento sem estar no plano de saúde. Nada pode ir para o plano sem a aprovação do Conselho. Lei 8.080/90.

O Secretário tem que garantir o cumprimento do dever do Conselho de acompanhar e fiscalizar o fundo fazendo proposição e controle. Conselho tem obrigação de fazer. Secretário tem obrigação de exigir e garantir que seja feito.

O Secretário tem que prestar contas ao Conselho a cada três meses como mínimo e em Audiência Pública no legislativo, no mesmo intervalo. Secretário tem obrigação de fazer. Conselho tem a obrigação de exigir que seja feito.

Para executar em detalhes estas funções o Conselho de Saúde tem que ter condições mínimas de funcionamento: local, móveis, equipamentos (máquinas, computador), telefone, meio de transporte, alimentação, pessoal técnico e administrativo. O grau de disponibilidade destes locais, materiais e pessoas, é muito variável na dependência do tamanho do município e da complexidade das Secretarias. A grande maioria dos municípios brasileiros vai usar a infra-estrutura comum a toda prefeitura, ou a toda a Secretaria. O conselho usa conforme sua necessidade, sem exclusividade, mas, com disponibilidade de acordo com a necessidade.

A administração pública nos aspectos orçamentários e financeiros tem regras próprias que devem ser sempre seguidas (pelo menos na norma) só que com maior ou menor grau de detalhamento (definição do uso dos recursos). Novamente na proporção do tamanho do município e da receita com que trabalha. Sabe-se que detalhar em excesso, principalmente quando o volume de recursos é pequeno, é uma impropriedade administrativa. Engessa a administração.

O Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução 333 apresenta algumas diretrizes que são recomendativas para orientação do próprio Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Não têm caráter impositivo. Servem como orientação para que cada

um, na sua esfera de governo, negociando e enfrentando Executivo e Legislativo, cometa os seus avanços. O teor da diretriz referente a estas questões é o abaixo da qual comentarei alguns incisos.

“Da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde

Quarta Diretriz: Os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

Comentário:

Só quem pode determinar vagas e contratação de pessoal é o Legislativo. O Conselho pode definir como seu desejo que seja assim ou de outra forma. Deliberado no Conselho tem que seguir os trâmites legais e passar pelo executivo e pelo legislativo. Diferentemente o pedido de disponibilização ou remanejamento de algum servidor público já da estrutura. (Cuidados para não desfalcar outras áreas!) As unidades não têm autonomia total, nenhuma delas da estrutura, nem as Secretarias, nem ninguém. Outra questão é colocar a NOB-RH como referência e não como sugestão. A NOB-RH não tem nenhum efeito até se tornar uma norma jurídica, um diploma legal. É mais uma recomendação.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

Comentário:

Um conjunto de desejos, sem nenhum efeito prático coercitivo do legal.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

Comentário:

Se for a Secretaria Executiva dos conselheiros está correto, se for Secretaria Executiva de apoio ao Conselho a dúvida fica a mesma que a imediatamente acima. A definição da estrutura e dimensão não terá nenhum efeito prático a não ser pela negociação democrática, pois envolverá disposição do executivo e do legislativo. Os funcionários públicos podem ocupar cargos ou funções públicas e ter ou não estabilidade, mas só admissíveis por concurso-seleção pública. As funções de chefia e podem ser cargos denominados como cargos comissionados. Estes são admissíveis e demissíveis por livre opção do Presidente, Governador ou Prefeito. Estas vagas não podem ser criadas para funções administrativas ou técnicas que não sejam de confiança. Por exemplo, não se pode ter vagas para médicos atendentes, plantonistas etc. como cargos em comissão. Qualquer destas vagas precisam ser criadas pelo legislativo. Executivo não cria cargos, nem funções, comissionados ou estáveis, nem altera salários: tudo só pelo legislativo.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

Comentário:

Aqui nasce a confusão. Todos os órgãos públicos são obrigados a cumprir o orçamento como instrumento de gestão-gerência, obrigatório por lei e com regras bem definidas. O orçamento é sempre operado em um único local. As uni-

dades só administrativas não executam o orçamento, mas têm recursos alocados a ela. As unidades administrativas podem ser orçamentárias e aí fazem a administração financeira com maior ou menor atribuição de gerência financeira. Imagina-se que dentro de uma estrutura pública sejam unidades administrativas-orçamentárias aquelas de maior porte ou que trabalhem em condições especiais que necessitam da agilidade de se tomar providências financeiras. Não imagino que os Conselhos de Saúde sejam unidades administrativas e financeiras. São administrativas com recursos oficialmente alocados a ela, têm poder de decisão do que fazer dos recursos, mas não se imagina que devam administrá-lo com todas as implicações daí decorrentes. Seria uma impropriedade o Conselho de Saúde ter um setor de compras, um setor financeiro, uma tesouraria etc. Esta infra será toda do Fundo de Saúde. A decisão, nos limites da lei, do Conselho. A execução do setor administrativo-financeiro do Fundo de Saúde.

Os parágrafos V, VI, VII, VIII, IX, X não se aplicam aqui.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

Comentário:

A idéia é que o Conselho tenha um corpo de técnicos contratados públicos ou voluntários. Trabalhos esporádicos imagino que possam ser contratados conforme a necessidade. Auditorias externas também podem acontecer em situações especiais.

Os conselhos têm que entender que devem seguir rigorosamente as regras públicas. Não se imagine o Conselho escolhendo pessoas apadrinhadas, indicadas, sem concurso público. Não se imagine o Conselho pagando altos salários para seus funcionários, diferenciados dos da Secretaria ou até mesmo do Governo como um todo. Não se imagine o Conse-

lho comprando móveis sofisticados, equipamentos, veículos, imóveis. Lamentavelmente, já vi Conselho que usou recursos de sua atividade fim para comprar uma sala em prédio comercial para significar a independência da administração!

Na prática, o Conselho tem que ter excesso de cuidado para não fazer absolutamente nada com resquício de ilegalidade. Já vi muito Conselho fazendo proposições totalmente ilegais e inconstitucionais e alegando democracia como o direito de decidir livremente... ilegalidades.

O Conselho, ao usar seus recursos, tem que ter um plano de trabalho (o que gerou a necessidade de orçamento) e segui-lo. Não se faz nada sem a balize legal. Nenhum compra sem o processo licitatório. Espera-se que isto seja feito pela área correspondente, mas sempre com a autorização do Presidente do Conselho.

Se o Conselho estiver usando os recursos dentro do previsto, seguindo a legislação, com disponibilidade financeira real, qualquer outro agente que estiver apresentando óbice a isto tem que ter justificativa, igualmente legal.

Além do limite legal tem uma questão ligada à legitimidade, à moralidade, à aceitação social. O Conselho tem que ter justificativa para vir a público, a qualquer hora, explicar seus atos, suas compras, suas decisões. Com um agravante: sempre estar se perguntando se o mesmo dinheiro, usado em outra área da saúde, seria capaz de ajudar mais as pessoas a ter mais saúde.

O Conselho não pode se esquecer que tem plena e total responsabilidade pública pelos seus atos e que cada um dos conselheiros exerce função pública e pode igualmente ser responsabilizado.

Os princípios da administração pública, dos quais nenhum ente público e seus agentes públicos e funcionários pode se afastar são: legalidade, impessoalidade, publicidade, eficiência e moralidade (CF, Art. 37). Vale para todos.

Um último lembrete: mesmo nas piores condições

materiais, mesmo sem ter orçamento próprio o Conselho pode fazer sua ação essencial que mais depende da dedicação das pessoas em ler, analisar, propor e controlar. Lamento que o mundo esteja cheio de gente que anda de braços cruzados esperando as condições ideais para começar a fazer amanhã o que deveria ter sido feito antes de ontem!

Nunca perder de vistas que o objetivo principal e único de todo o aparato de saúde, inclusive Conselho, é ajudar as pessoas a viverem mais e melhor!

7.4. Participação da comunidade: o mundo sob a visão do dono

Estas são apenas algumas reflexões sobre uma prática de luta de décadas em defesa da Participação da Comunidade. Vejo a Participação da Comunidade de maneira bem mais ampla que no sentido usual de controle exclusivamente sobre o estado. Defendo a posição do cidadão-dono que tem que controlar a sociedade como um todo e o estado, aqui representando todo o aparato dos governantes da União, estados e municípios.

Só conseguiremos evoluir para uma sociedade mais igualitária, diminuindo as desigualdades sociais, no exato momento em que, cada um de nós assumirmos o papel de sócio-proprietário de nosso bairro, cidade, país e chegando a sócia-propriedade do mundo.

A Participação da Comunidade, com participação ativa do cidadão pela proposição e controle, têm determinações constitucionais federais, estaduais e em leis orgânicas municipais. Controle sobre o todo e várias áreas. Na de saúde existem definições constitucionais e legais com duas expressões: conselhos de saúde e conferências de saúde nas três esferas de governo.

Como andam estas instâncias de participação do cida-

dão no controle da sociedade e do estado? Como os cidadãos trabalhadores, prestadores e usuários estão se portando neste novo espaço de cidadania? Como os governos estão abrindo este espaço? Como os administradores progressistas, que tanto defenderam esta participação e controle, estão concretizando isto, depois de assumido o poder?

Cair na real é refletir sobre a bipolaridade do controle. Não haverá controle social evoluído, aberto, democrático numa sociedade e governo que ainda não evoluíram.

Tirar do atraso, governantes e conselheiros é o maior desafio. Como não se sabe qual deles vai evoluir primeiro, temos que tentar a precedência onde ela for possível. Ter a certeza de que uma coisa estimula outra. Batalhar pelas duas. Sempre.

Tenho visto desvios dos dois lados. Existem alguns conselheiros que se julgam donos da verdade. Extrapolam suas funções. Querem virar Executivos. Quarto poder. Acima do Legislativo. Minoria manipulando seus companheiros (e como!). Sofismam nas decisões. Praticam o democratismo. Não cumprem decisões quando são voto vencido. Defendem corporações, as mais diversas, em detrimento da maior delas a corporação dos cidadãos. Detém-se exclusivamente nas participações acusatórias, que tanto assustam os administradores (progressistas ou não). Fazem a política do quanto pior, melhor. São detentores exclusivos do bem. Jamais admitem que os que governam possam ter bons propósitos, idéias e ações corretas. Sistemáticamente são contra só para ver o circo pegar fogo. Felizmente a maioria não é assim!

De outro lado algumas destas atitudes imaturas e anticidadãs podem ter, em sua gênese, a resposta a governos fechados. Não transparentes. Perdidos no tempo e no espaço. Eles próprios sem clareza de onde estão e para onde querem ir.

Temos ouvido de alguns Governantes críticas acerbas: “Este negócio de participação é uma balela. Só tem

abuso. É um espaço manipulado pela oposição política. Não dá certo. Não quero que dê certo. Vou fazer tudo para que não funcione. Vou usar de todos os meios para melar estas reuniões. Vou usar de protelação para responder cada pedido de informação. Vamos ver quem a gente pode mudar no conselho. Vamos descobrir falhas e assim já desmoralizamos o conselho. Quem pensam que são agora? Fomos nós que ganhamos a eleição e conselho nenhum vai mandar na Prefeitura, nem no Estado, nem no Ministério da Saúde.

E, para pôr mais lenha na fogueira, sempre existem assessores oniscientes, com experiência. “Babam” sua sabedoria retrógrada mostrando o quanto já foram travestidos de democratas e portadores de carterinha de ex-perseguidos. É um ótimo alvará: “quem já foi perseguido estará sempre certo, mesmo que hoje seja um tremendo *reaça* e falsário de idéias e ideologia.” Dão até conselhos: “Não acreditem nos outros. Já fui ‘oposição’ e conheço, por ter feito muito este joguinho de mentiras!”

Isto na boca de conservadores é mais palatável, mas na boca, no pensamento e nas ações de militantes progressistas, defensores da democracia, ex-combatentes inflamados das práticas da ditadura, é extremamente chocante. É um passo de mágica: assumir o poder e mudar de discurso e conduta achando que guerra é guerra e que todos conspiram contra a sua insignificância.

Temos encontrado vários lutadores pela participação popular e que hoje são governantes, gestores, administradores, assessores e que deixam de apoiar, ajudar e compreender conselhos e conselheiros. É a defesa, inconfessa, de que era muito bom o controle social... Sobre os outros.

Não adianta subir no palanque e fazer o discurso de nº 18 dizendo que se é a favor da Participação da Comunidade e, de outro lado, não respeitar o conselho. Não dar apoio tático para suas ações. Não dar suporte para que ele funcione. É, pura e simplesmente, não valorizá-lo por atitudes práticas.

Governos antidemocráticos, fechados, autoritários, plenipotenciários, feitos de iluminados oniscientes que dispensam ouvir e sempre avocam a sua razão, tendem a ter conselhos gerais e de saúde de igual comportamento ou até agravado. É a velha lei da ação e reação. Vale para a direita e para a esquerda. A teoria, na prática, para alguns, pode ser outra!

Precisamos romper com esta polarização: conselhos versus administradores e administradores versus conselhos. Corrigir os desvios de ambos os lados. Só se espera que, deste aprendizado, ganhem os dois lados. E, no final, quem deverá ganhar é o cidadão, que somos todos nós. Participação é conquista. Ádua conquista!

Só tem um jeito de evoluirmos. A receita deste bolo é simples: buscar a participação o mais precoce e rapidamente possível. Diuturnamente. Rompendo barreiras. Quanto mais intensa e radical for a busca, aumenta a chance de queimar etapas e um dia ter a participação madura. Aquela que irá contribuir no processo civilizatório. Quanto mais se participar, mesmo com erros e inflexões desastrosas, mais chance de um dia aprendermos. O progresso jamais se dará por portas fechadas! Nem de uma hora para outra.

Uma segunda reflexão se volta para uma questão mais ampla. Trata-se da representação que se conseguiu legitimar na constituição e leis. Alguns, por simples erro de leitura, ainda sentem necessidade de manter as maneiras de movimentação e participação anteriores, antigas, quando ainda não se tinha espaço institucional oficializado.

Defendemos a Participação da Comunidade e conseguimos colocá-la nas leis. Nosso papel agora é fortalecer esta posição e não deixarmos os conselhos à sua sorte e continuarmos nos mecanismos de luta anteriores, criando paralelismos. Acaba-se até por descobrir teorias que justifiquem a manutenção destes espaços paralelos.

Vejo, assim, a tentativa infrutífera, em termos de re-

presentatividade, de manutenção nos antigos moldes das Plenárias Nacional e Estaduais de Saúde. Se os conselhos são (ou deveriam ser) representativos da sociedade, eles, agora, têm que estar à frente desta participação. Consultar suas bases. Dar retorno de suas decisões à plenária é uma função dos conselheiros. Plenárias de Saúde tem hoje que ter a participação imprescindível dos conselheiros com os cidadãos da base. Ao redor deles é que tem que acontecer as plenárias. É lá que temos que ver fortalecida a participação. Não podemos pensar na força das plenárias anteriores à implantação do SUS desligada dos Conselhos participativos que conseguimos pela Constituição e Leis da Saúde. Se assim pensarmos e agirmos estamos retroagindo e deslegitimando os conselhos. Continuaremos a fazer plenárias nacionais de 10 a 20 pessoas que, em sua maioria, já estão acompanhando e participando. Só para manter o antigo? Acho que o caminho não é este.

Só temos a elogiar as atuais reuniões periódicas de conselheiros que começaram a se fazer, em nível nacional, depois da X Conferência Nacional de Saúde. Para mim este é o caminho. Devemos é ampliar a participação trazendo para ela, além dos conselheiros, as entidades de onde saíram eleitos e que eles representam. As bases nacionais em Brasília e as bases estaduais nas capitais de cada estado. E, em cada município, pelo menos a cada três meses, cumprindo a obrigatoriedade de prestação de contas do gestor, uma plenária de entidades de saúde puxada e coordenada pelo Conselho Municipal de Saúde. Esta é uma atitude sensata. Bom início. Importantíssimo.

Fortalecer ao máximo os conselhos, sem paralelismos. Manter, pura e simplesmente, as antigas Plenárias de Saúde (que foram essenciais ao processo até sua institucionalização) é um risco de desacreditar e enfraquecer o poder dos Conselhos.

A reflexão derradeira. Para encurtar o caminho entre

o hoje e o futuro, temos ainda um trabalhinho a fazer. Investir em formação dos conselheiros de todos os níveis, com palestras, cursos, dinâmicas, folhetos e vídeos. O caminho é formar conselheiros incentivando cidadania ativa e levando, através da saúde, para que as pessoas descubram o que significa ter parte no mundo como sócio-proprietário.

O estado de justiça social, com bem-estar coletivo, só acontecerá quando, pelo processo democrático, cada pessoa assumir o controle da sociedade e do estado pela participação como cidadão ativo e pela consciência e prática plenas de deveres e direitos de sócio-proprietário de sua cidade, seu país e do mundo.

7.5. Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e democracia

Há tempos venho denunciando, mais do que acham que devia e menos do que tenho certeza que precisava fazer, que têm usado os Conselhos de Saúde e outros fóruns, apenas pró-forma e como vitrine como se de decisões democráticas. Uma ilusão de transparência, participação e democracia!

Vejo isto nas três esferas de governo. Não é apenas em relação aos Conselhos de Saúde, compostos pelo Governo, Profissionais, Prestadores e Cidadãos Usuários. Vejo o mesmo em relação às Comissões Interdirigentes Trilateral (Tripartite) de dirigentes públicos de saúde federais, estaduais e municipais e as Comissões Interdirigentes Bilateral (Bipartite) entre os dirigentes públicos de saúde, estaduais e municipais.

Nos Conselhos temos a hegemonia (não numérica, mas de fato e de moral) dos dirigentes de saúde. Nas Comissões de Dirigentes (CIT e CIBs) a hegemonia do dirigente maior: CIT, Ministério da Saúde e CIB, Secretarias Estaduais de Saúde.

Tenho insistentemente perguntado, por inúmeras vezes e fóruns, até que ponto as pautas, as resoluções, os encaminhamentos dentro dos Conselhos estão cuidando das coisas essenciais ou são simulacros a cuidar da periferia das coisas, das migalhas concedidas pelos dirigentes. Muitas vezes por inócuas, são excelentes artifícios para desviar a atenção do principal e essencial. Quais os Conselhos que realmente trabalham em cima das suas duas únicas missões constitucionais: cuidar do plano (o que deve ser feito) e do acompanhamento e fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (se foi feito o que devia ser feito)? Até que ponto, o não mexer no essencial, é muito bom para os governantes? A aparência é de democracia, participação. A prática pode ser de simulacro disto mesmo.

Discuto igualmente o que vem ocorrendo nas reuniões dos dirigentes públicos das esferas de governo. No âmbito federal, dos três níveis e no âmbito estadual dos dois níveis. É real, existe de fato, a co-gestão de entes federados que têm competências constitucionais iguais e autonomia de unidade federada? Ou, temos que concordar que tudo isto nada mais é do que uma simulação de co-responsabilidade onde o mais forte, o supostamente superior hierárquico, pois tem “dinheiro e poder de decisão” impõe aos, supostamente, inferiores suas vontades e interesses. Parece tão perfeito o simulacro que saem os co-participes convictos que participaram e foram ouvidos!

Parecia que este raciocínio e constatação que eu fazia, nada mais era que uma paranóia. Parecia que se queimavam fóruns democráticos de indiscutível valor teórico e de comportamento prático, a meu ver pífio. Isto, até ontem, quando na imprensa li o texto do Chico de Oliveira, Prof. Doutor Francisco de Oliveira, Sociólogo de reconhecido saber-sabedoria e humildade, em sua aula magna inaugural na Universidade de São Paulo.

Em síntese a frase do Chico de Oliveira: “A democra-

cia e a república são um luxo que o capital tem que conceder às massas, dando-lhes a ilusão de que controlam os processos vitais, enquanto as questões reais são decididas em instâncias restritas, inacessíveis e ausentes de qualquer controle”.

Entrei em depressão, quase chegando a pedir meus saís, pois de repente o que venho repetindo em textos e conferências faz parte de uma constatação maior e mais ampla, tão bem sintetizada pelo grande Chico de Oliveira.

Até que ponto os Governos estão vendo nos nossos fóruns democráticos dos conselhos de saúde e das comissões tri e bilaterais de dirigentes públicos uma concessão ilusória de que estamos decidindo, exercendo a democracia, participando?!

Onde estão sendo decididas as questões centrais da saúde como: o que se vai fazer com o dinheiro? Como vai acontecer a descentralização? Como será a contratação de pessoal? Vai se gastar mais na atenção básica ou na média e alta complexidade? Quem vai ser beneficiado com convênios extras? Nada disto se decide na mesa de negociação de Conselhos e até mesmo de Comissões Intergestores Públicos de Saúde. “As questões reais são decididas em instâncias restritas, inacessíveis e ausentes de qualquer controle.” Tripartites, Bipartites e Colegiados Municipais sobrepondo-se aos Conselhos em questões fundamentais como o Plano de Saúde detalhado. Ainda mais: comissõezinhas ou dirigentes federais ou estaduais e seu seleto grupo de assessores, decidindo tudo de essencial e passando para trás Tripartites e Bipartites e o pior, desconsiderando os próprios Conselhos de Saúde.

Na mosca? É isto que acontece com a saúde, em inúmeras e incontáveis vezes. Não se pode dizer sempre, para não faltar com a verdade. Mas quase sempre e na maioria das vezes!

Parodiando o Chico de Oliveira podemos repetir: “A democracia e a participação dos Conselhos de Saúde e das

Comissões Intergestores Trilateral e Bilateral são, por vezes, um luxo que os executivos federal, estadual e municipal concedem às massas (cidadãos usuários, profissionais e prestadores) e aos dirigentes de “níveis inferiores”, dando-lhes a ilusão de que controlam os processos vitais, enquanto as questões reais do SUS, são decididas em instâncias restritas, inacessíveis e ausentes de qualquer controle.”

Na dúvida, pergunte a ex-dirigentes e assessores do Ministério da Saúde e de várias Secretarias de Saúde, o que ocorreu nos últimos anos!

Agora o principal: constatar? Acertar na mosca? Deixar que isto continue ocorrendo? Ou, na boa técnica de combate, fazendo contra-terrorismo intelectual, buscar mudança nestes comportamentos.

Deixarmo-nos manipular ou reagir para transformar esta realidade grosseiramente suja em uma realidade mais humana e verdadeira?

7.6. Reflexões sobre a conquista do direito à saúde

Várias perguntas e questionamentos me têm sido feitos sobre o momento atual, sobre a municipalização e os fatores mais importantes para seu sucesso, a participação dos usuários, as experiências bem sucedidas, a razão dos fracassos, o compromisso dos gestores e a importância da vontade humana na alavancagem destas mudanças. Ao invés de analisar questão a questão fiz opção de fazê-lo conjuntamente dado ao embricamento natural de suas respostas.

Uma das questões é a identificação do que seria mais importante para o sucesso da municipalização em saúde. O mais importante dos fatores é, sem dúvida, a capacidade de, através da ação finalística, resolver os problemas de saúde da população, interferindo nas causas e conseqüências. É mostrar o novo: que se faz mais ou que se faz melhor ou ambos. Mostrar a guinada que se pode dar. Não adianta que

isto seja bom e certo para nós técnicos, profissionais ou aficionadas. Tem que ser visível para a população. Que possam ver e dizer com convicção: mudou para melhor! Não por convicção ideológica ou por adesismo político, mas no real do dia a dia, sentido na própria carne.

A Municipalização tem que se vista como caminho, como ferramenta e não como finalidade em si. Ela obedece ao princípio da descentralização que, em seu bojo, traz a possibilidade de se ser mais eficiente e mais eficaz quando se administra perto da realidade.

Não foge das grandes respostas da vida: querer e poder. Saber de onde se está e para onde se quer ir. Conhecer e depois querer ir de um lugar a outro. O poder vai ser relativizado. Você pode não poder tudo. Nem mesmo a maior parte. Nem mesmo a grande parte. Mas, você pode poder — o pouco que for — de maneira diferente em direção ao melhor. Não basta ser diferente. Tem-se que sê-lo com requintes (e não apenas resquícios) da boa qualidade.

Uma segunda questão que se destaca é sobre a interferência dos usuários na formulação e implantação das políticas locais após a municipalização. Participação, como cidadania ativa, é o desafio dos povos. Este é um difícil caminhar. Se partirmos do começo temos certeza que já saímos do menos zero para algum número qualquer positivo. Estamos longe de conseguir. Mas este caminho é feito pelo caminhar como disse o poeta. Não se vencem etapas quando se trata do processo civilizatório de uma nação inteira, de todo um povo.

A população sabe claramente o que quer: resolver seu problema de saúde, da melhor maneira possível e, de preferência, sem nenhum custo aparente (desembolso no ato). Isto é insofismável. Ninguém duvide. Ninguém conteste. E, não tenham dúvida, isto é o fulcro da questão. É o essencial.

A formulação sobre “como fazer isto” não está clara para a imensa maioria. Não está discutida; por conseguinte,

nem entendida. Não se trata, por isso, de desacreditar na possibilidade de resolver este problema, mas de se ter a paciência de aceitar as limitações deste lento crescer da cidadania e participação das pessoas na construção de seu destino.

Existem inúmeras contaminações. Desde o início. Quando a própria proposta de saúde nasceu de técnicos, incorporou-se aos poucos a algumas lideranças populares, mais por inculcação que por entendimento. O incorporar pensamento novo do conjunto da sociedade. Assimilar informações retrabalhadas, com redefinições, é um lento processo.

Queiramos ou não o ideal da dita reforma sanitária está longe de se socializar por completo. Entretanto, vale a pena dizer que existe um conhecimento explícito e implícito da população que ela precisa de cuidados de saúde. Ela sabe avaliar muito bem a parte humana do seu tratamento. Sujeita-se muitas vezes à desumanização do atendimento que lhe prestam, por medos e receios. É o medo de retaliações futuras dos que lhe prestam cuidados. Engole o grito de revolta. Só externa esta revolta em situação extrema: diante da morte de um ente querido principalmente se filho, ou numa revolta coletiva onde há relativização da retaliação.

A interferência dos cidadãos na construção das políticas públicas nacionais, regionais e locais ainda é muito discreta e, o mais das vezes, com viés clientelista. Mesmo nos locais onde haja orçamento participativo. Mas, é uma etapa que não pode ser pulada. O cliente, cidadão participante, ainda está longe de acontecer em sua integralidade. Participação ainda tem significado espúrio. Para vários indivíduos e segmentos, existe o vislumbre de, na participação, enveredar por dois caminhos ou descaminhos. A pura luta corporativa e o vislumbre de se poder fazer tráfico de influência, por menor que seja.

Participação plena é complexa. Mais complexa ainda na área de saúde. É uma questão, no mínimo de três mãos. Três interesses intrinsecamente divergentes onde os pólos

principais são os administradores, os profissionais e prestadores e os cidadãos usuários. É muito bom ao primeiro e aos segundos que se retarde a participação plena. Ela choca aos dois grupos. Na verdade esta mudança tem que passar pela transformação radical do profissional de saúde e isto é obra para século! O fazer da divergência, a convergência salvadora do homem, é sonho para anjo com um pesado peção de barro!

Quando me perguntam em que municípios a municipalização está dando certo, dar resposta correta me preocupa. Ainda faltam parâmetros de avaliação confiáveis para saber do resultado final dos serviços de saúde. Por falta destes parâmetros mais universais e que possam ser vistos com menos contaminação, caímos, o mais das vezes, no mais velho dos axiomas: “todas as definições dependem de quem as define, por que e para que o fazem.”

Muitas vezes deparei-me com conceitos não objetivos de experiências bem sucedidas emitidos por amigos meus, circunstancialmente administradores públicos de algum município. Enquanto estes, euforicamente, contavam suas vitórias (não duvido em absoluto que tenham sido e que tenham intimamente este sentimento) ouvíamos outras posições, víamos críticas acerbas de usuários, profissionais e prestadores. Cito aqui um exemplo típico de determinada cidade-capital. LOAS foram feitas à municipalização em estágio de semiplenitude. Quando ouvimos membros da comunidade (e olhe que conversei com motoristas, taxistas, pessoal de hotel, garçons e balconistas, jornalistas, empresários, sindicalistas, membros de conselho e membros do Ministério Público) estes não têm a mesma opinião e, muitas vezes, mostram as mazelas do sistema. Quando ouvimos prestadores, também há muitas críticas. Por quê? Por que perderam com o maior controle? Quem está certo? São partes de uma mesma verdade? Seria cada um, vesgamente, vendo só através de seus olhos tortos?

De outro lado quando vemos experiências bem sucedidas como processo e que, ao mudar governo, não têm continuidade fico preocupado. Até quando houve incorporação da idéia pela população e até quanto foi apenas um verniz, ou a vontade isolada dos que detinham o poder?!

São José dos Campos, minha adoção de mais de 20 anos! Digo com sinceridade que, com tudo que tem, que investe (mais de 20% de seu orçamento próprio: parabéns aos vários prefeitos que neste tempo não deixaram de investir em saúde!), nada mais faz que repetir o modelo tradicional de atendimento. Todo o esforço administrativo e técnico de inúmeras pessoas comprometidas em direção geral, intermediária e inferior, mal dá conta de atender às demandas de se manter o existente nos mínimos padrões aceitáveis. Já tivemos momentos ricos e produtivos das unidades básicas de saúde quando foram implantadas nos idos de 70-80. Agente de Saúde escolhido na comunidade (treinamento de 500 horas), organização e discussão com a comunidade de todos os problemas, incluindo o de saúde, médico generalista, desmedicalização, inversão do modelo com ênfase na prevenção, derrubada da mortalidade infantil (o primeiro impacto natural de medidas efetivas), desospitalização, educação em saúde... uff! Quanto avanço! Com o crescimento da cidade e dos serviços de saúde agora com mais de 2.500 servidores, 600 médicos, com o sufoco da emergência e do hospital municipal, acho que estamos na mesmice do anti-modelo. Este anti-modelo que é o próprio modelo que aí está como hegemônico e dominante. Ninguém diz que é, mas sutilmente a maioria o defende através da prática legitimada pelo dia-a-dia com consentimento mútuo dos profissionais e da população. Podemos apenas estar patinando na fase de, descentralizadamente, administrar melhor a mesmice de um velho modelo assistencial. O de inovador, é desproporcionalmente pequeno em relação à máquina que trabalha inercialmente no de sempre hegemônico.

Um dia os acadêmicos me pegaram numa entrevista e me apertaram para que eu explicasse o que eu entendia como “vontade política”. Tenho certeza que eles próprios não tinham certezas e não fizeram aquilo para julgamentos sobre minha pretensa sabedoria. Talvez quisessem, de pronto, escutar a visão de alguém que tinha a mão na massa na ponta do sistema. Vontade política existe. É essencial. É o motor básico. Vontade é tudo, em todas as pessoas, e ela é política enquanto nossas ações de cidadãos, homens da “polis”, são sempre políticas. Dinheiro não é o determinante único nem o principal. O essencial é a vontade política individual e coletiva de se querer fazer e colocar as mãos na massa!

A vontade do ser humano é a alavanca motora. Chamem-na de compromisso, de vontade política, de decisão de fazer, de algum nome em língua estrangeira (que não sei qual seja), de alguma sigla técnica moderna de motivação, etc. O que a vida me ensinou até aqui (continuo em aprendizagem!) é que nós somos os únicos determinantes de tudo. Nós e os outros. Nossa vontade é o mais essencial e importante.

A história de nossas trajetórias, os ditos militantes da luta sanitária, da defesa da saúde, devia servir como mostruário do caminho a ser seguido. Como foi que nos convenceram disto tudo? Como chegamos a este nível de compromisso? Como, ainda que buscando nossa sobrevivência financeira, em geral não discutimos nossos salários quando estamos nas nossas lutas em defesa da saúde e da vida? Como conseguimos passar por cima de uma série de limitações e frustrações que a vida nos reserva e continuamos em frente? Defendemos algo essencial que, ainda que diga respeito a nós como pessoas e cidadãos, afeta na prática menos as nossas vidas, pois temos uma situação social, financeira e profissional que nos faz ter garantido com mais facilidade o acesso aos serviços de saúde.

Este salto de socializar uma melhor postura dos que trabalham em saúde, é o salto não dado. Ainda que nossas

histórias de vida sejam mostras de como se pode conseguir isto, não temos sabido repetir com os demais. Ou... não temos priorizado com nossa “vontade política” a superação deste fosso.

Mesmice só muda quando os atores mudarem. Trabalho individual, artesanal, não tem chance de mudar por decreto. Ainda que a orquestra seja grande, o produto de cada cliente atendido nos serviços de saúde é quase que individualizado. Não é um produto único com a contribuição de todos até sair no final da linha “o carro inteiro fabricado”. É uma estrutura imensa em que, no mais das vezes, o atendimento principal é feito por uma única pessoa. O produto sai da linha com um único contato, individual e pelo qual será julgado todo o conjunto. Aquela consulta individual pode ser a que não deu certo e queima toda “a linha de produção”.

Na minha análise simplista, as grandes mudanças que tem acontecido no SUS geralmente são nos lugares onde não se tinha nada ou pouco se tinha. Nestes locais pode-se dar um salto de qualidade baseado na vontade política dos dirigentes quase que individualmente. É um primeiro momento onde a vontade de poucos pode ser extremamente determinante de modificações ou novas implantações no todo. Neste momento primeiro é fácil contaminar para o bem!

Outro facilitador é quando os profissionais não são médicos e não são universitários. Estes podem ser mais contagiados pela vontade política do novo. Os profissionais médicos são mais difíceis de assumirem uma nova postura. Foram anos e mais anos de escola e muitas vezes de prática num sentido inverso da proposta SUS o que torna quase impossível uma mudança no curto e no médio prazos. Isto tem que dobrar o esforço para contaminá-los e trazê-los para o campo da defesa da vida e saúde como direito de cidadania e não apenas corporativo-profissional.

Finalizando, digo e reafirmo que é só através de nós homens que mudaremos o mundo. Mudanças são demora-

ANEXOS

ANEXO I

MINUTA DE PROJETO DE LEI DE CRIAÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE*

Esta é uma minuta para servir de base para a elaboração de lei orgânica municipal. Na medida que se fizer algum trabalho nos municípios no sentido de elaborar uma lei sobre saúde, pode-se utilizar este “modelo”, mas com o devido cuidado para fazer as adequações de acordo com as realidades específicas dos municípios.

Lei Municipal nº..., de... de... 200...

Cria o Conselho Municipal de Saúde e define as suas atribuições, nos termos da Lei Federal 8.142/90.

O Prefeito do município de... faz saber que a Câmara Municipal decreta e ele promulga a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica criado, nos termos da legislação nacional, estadual e municipal, o Conselho Municipal de Saúde, que funcionará em caráter permanente, como órgão colegiado superior que efetiva a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º - Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - atuar na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, incluídos os seus aspectos econômicos e financeiros, que serão fiscalizados mediante o acompanha-

* São autores deste anexo: Lenir Santos, Guido Carvalho e Gilson Carvalho.

mento da execução orçamentária;

II - articular-se com os demais órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde das esferas federal e estadual de governo;

III - traçar diretrizes para a elaboração do plano de saúde, adequando-o à realidade epidemiológica e à capacidade organizacional dos serviços e aprová-lo nos limites do orçamento;

IV - propor a adoção de critérios que definam o padrão de qualidade e melhor resolutividade das ações e serviços de saúde, verificando, também, o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;

V - receber e apreciar relatórios da movimentação de recursos transferidos pela União e pelo estado ao município, já analisados e referendados pelos setores técnicos de planejamento, orçamento e gestão da direção municipal do SUS;

VI - propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde do Município;

VII - examinar propostas e denúncias, responder consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;

VIII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, impugnando aqueles que eventualmente contrariarem as diretrizes da política de saúde ou a organização do sistema;

IX - incentivar e defender a municipalização de ações, serviços e recursos de saúde como forma de descentralização de atividades;

X - apoiar a organização de conselhos gestores em distritos, circunscrições, divisões administrativas e unidades de saúde próprias e/ou contratadas, conveniadas, com composição e funcionamento semelhantes à do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde é integrado pelos seguintes membros:

I – Representantes do Governo:

3 (três) escolhidos pelo Prefeito Municipal, sendo membro

nato do Dirigente da Saúde;

II – Representantes dos Prestadores:

- 1(um) dos Serviços Públicos de Saúde sob comando não municipal;
- 1(um) dos Serviços Privados sem fins lucrativos;
- 1(um) dos Serviços Privados de fins lucrativos;

III- Representantes dos Profissionais de Saúde:

- 1 (um) dos Profissionais de Saúde dos Serviço Público de Saúde Municipal;
- 1 (um) representante dos Profissionais Universitários Públicos e Privados sediados no Município;
- 1 (um) dos Profissionais de Nível Médio Públicos e Privados sediados no Município;

IV - Representantes dos usuários:

- 1 (um) dos aposentados (obrigatório no mínimo um);
- 1 (um) dos empregadores (obrigatório no mínimo um);
- 1 (um) dos trabalhadores (obrigatório no mínimo um);
- 6 (seis) dos cidadãos usuários escolhidos entre instituições que sejam mais representativas da sociedade de cada lugar como por exemplo: Conselhos Gestores de Unidades ou Distritos (parte dos usuários); portadores de doenças ou deficiências; por região da cidade; sociedades de bairros ou moradores; movimentos populares (saúde, meio ambiente, direitos humanos, etc.); clubes de serviço (Lions, Rotary, Maçonaria, etc.); mídia, etc.

§ 1º - A cada representante titular corresponderá um suplente.

§ 2º - Os órgãos e as entidades com representação no Conselho encaminharão ao Dirigente Municipal do SUS os nomes dos representantes, titulares e suplentes, escolhidos de comum acordo entre elas.

§ 3º - Os representantes titulares e seus respectivos suplentes terão sua designação formalizada por ato do Prefeito Municipal.

§ 4º - Os membros do Conselho serão investidos na função

pelo prazo de dois anos, cessando a investidura, antes desse prazo, por renúncia, destituição ou perda da condição original de sua indicação.

§ 5º - A função de membro do Conselho não será remunerada, sendo, porém, considerada como relevante serviço público.

§ 6º - O plenário do Conselho se reunirá, ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocado pelo Departamento Municipal do SUS, ou mediante requerimento da maioria dos seus membros ou da maioria dos membros da Diretoria Executiva.

Art. 4º - O Conselho funcionará com os seguintes órgãos:

I - Institucionais:

- a) Colegiado Pleno;
- b) Diretoria Executiva.

II - Auxiliar: Secretaria Técnica e Administrativa.

Art. 5º - O Colegiado Pleno, presidido pelo Presidente eleito entre os cidadãos usuários, é o Conselho utilizando-se de todos os seus membros.

Art. 6º - A Diretoria Executiva, presidida pelo Presidente do Conselho, é composta por 1(um) representante do Governo; 1 (um) representante dos prestadores; 1 (um) representante dos profissionais de saúde; 3 (três) representantes dos cidadãos usuários (sendo um deles o Presidente do Conselho), todos eleitos pelo Colegiado Pleno.

§ 1º - A cada membro titular da Diretoria Executiva corresponderá um suplente.

§ 2º - A Diretoria Executiva se reunirá, ordinariamente, semanal ou quinzenalmente e, extraordinariamente, quando convocada pelo Dirigente Municipal do SUS ou mediante requerimento da maioria dos seus membros.

§ 3º - A Diretoria Executiva terá, além de atribuições delegadas pelo Colegiado Pleno, a incumbência de acompanhar a execução das deliberações do Conselho.

Art. 7º - A Secretaria Técnica e Administrativa é o órgão de apoio e de assistência técnica às atividades do Colegiado Pleno e da Diretoria Executiva, e se comporá de:

I - Secretário Geral;

II - Corpo Técnico e Administrativo, integrado por assistente, assessores e pessoal administrativo.

Art. 8º - Em torno da competência estabelecida no Art. 2º, as deliberações do Conselho poderão ser de natureza normativa, recomendativa ou diligencial.

§ 1º - Além da competência deliberativa que o Colegiado Pleno venha a lhe delegar, à Diretoria Executiva cabe acompanhar a execução das deliberações do Colegiado Pleno.

§ 2º- Na execução das deliberações do Conselho serão observadas as disposições legais e as da ética decorrentes dos direitos do indivíduo assistido.

Art. 9 - Para terem eficácia, dependem de homologação do Dirigente Municipal de Saúde as deliberações normativas do Conselho que impliquem a adoção de medidas administrativas de alçada privativa do Governo, como a consistente em aumento de despesa, reorganização administrativa e alteração de planos ou programas. As deliberações impugnadas serão devolvidas à instância de origem, com os motivos da impugnação.

§ 1º - A homologação ou impugnação será efetuada pelo Dirigente Municipal de Saúde no prazo máximo de quinze dias úteis, a contar da data da deliberação.

§ 2º - Decorrido o prazo de quinze dias, o silêncio do Dirigente Municipal de Saúde implicará homologação da deliberação, que assim será publicada.

Art. 10 - O Dirigente Municipal do SUS vetará total ou parcialmente, a deliberação que infringir a sua competência político-administrativa como dirigente do Sistema Único de Saúde, ou que seja ilegal ou inconstitucional, encaminhando ao Colegiado Pleno as razões do veto.

Art. 11 - As competências e organização interna, as normas de funcionamento do Colegiado Pleno e da Diretoria Executiva e o processo de designação dos responsáveis por setores técnicos e administrativos da Secretária técnica e administrativa, serão definidas em Regimento Interno, aprovado pelo Colegiado Pleno no prazo de 60 (sessenta dias), a contar da instalação do Conselho, e expedido pelo Departamento municipal do SUS.

Art. 12 - O Conselho poderá convidar instituições, autoridades públicas, cientistas e técnicos, nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos de interesse do Sistema Único de Saúde, ou participarem de comissões ou grupos de trabalho instituídos no âmbito do Conselho, pelo Regimento Interno, sob a coordenação de um dos seus membros.

Art. 13 - A Secretaria Municipal de Saúde (ou órgão equivalente) proporcionará ao Conselho as condições para o seu pleno e regular funcionamento e lhe dará o suporte técnico-administrativo necessário, sem prejuízo da colaboração dos demais órgãos e entidades nele representados.

Art. 14 - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 15 - Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

ANEXO II

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO DE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Este “modelo” foi elaborado pelo GICES de Santa Catarina, com a colaboração de várias pessoas representantes da comunidade. Tive a oportunidade de contribuir nesta discussão.

REGIMENTO INTERNO DE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º - O presente Regimento Interno dispõe sobre a atribuição, organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de, criado pela Lei Municipal nº ... de .../.../.....

Art. 2º - O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscal das ações de saúde realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde será abreviado pela sigla CMS -, cabendo a seus componentes o tratamento de Conselheiros.

CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Sem prejuízo das funções constitucionais dos Poderes Legislativo e Executivo e nos limites da Legislação vigente, são atribuições e competências do Conselho Municipal de Saúde de:

I - acompanhar, controlar e avaliar a implementação e con-

solidação do SUS;

II - atuar na formulação e controle da execução da política municipal de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

III - definir as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde e sobre ele deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas do município e a capacidade organizacional dos serviços, considerando os princípios do SUS e as prioridades estabelecidas nos Conselhos Locais de Saúde existentes ou a serem organizados pelas comunidades dos bairros e distritos do Município;

IV - acompanhar, avaliar e fiscalizar as ações e serviços do Sistema Único de Saúde e a alocação de Recursos Humanos das instituições/unidades integrantes do Sistema Municipal de Saúde;

V - participar da elaboração e atualização do Plano Municipal de Saúde, bem como aprová-lo e acompanhar sua execução;

VI - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS;

Parágrafo único - Os conselheiros poderão efetuar sua avaliação do Sistema Único de Saúde tomando como base estudos e/ou avaliações elaboradas por instituições e/ou técnicos vinculados ou não ao município. Tais estudos e/ou avaliações poderão ser solicitadas pelo Conselho;

VI - definir critérios de padrões e parâmetros assistenciais;

VII - participar da definição e formulação da proposta orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e sua programação financeira, acompanhando, apreciando e avaliando sua implementação;

VIII - controlar a execução do cronograma orçamentário do Fundo Municipal de Saúde, bem como a sua aplicação e operacionalização;

IX - acompanhar, avaliar e definir parâmetros para a compra de ações e serviços privados, de acordo com o Capítulo

II da Lei Federal nº 8.080/90;

X - avaliar as demonstrações de resultados do Fundo Municipal de Saúde;

XI - avaliar e deliberar sobre necessidade de serviços complementares a serem contratados e conveniados, bem como sobre o objeto do convênio/contrato, suas metas físicas, valores unitários dos procedimentos envolvidos, valores globais envolvidos em sua execução, forma de dispêndio e indicadores de resultado selecionados para avaliação do impacto da aplicação dos recursos;

XII - avaliar e deliberar, mediante manifestação formal, sobre convênios de cooperação técnica, ou de repasse de recursos ao Sistema Municipal de Saúde ou cuja ação tenha repercussão na saúde da população, considerando objeto, metas físicas, valores envolvidos, formas de dispêndio e indicadores de impacto selecionados para avaliação de seu impacto;

XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (Art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (Art. 36 da Lei nº 8.080/90);

XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo Municipal de Saúde e os transferidos e próprios do município;

XVI - avaliar e aprovar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal;

XVII - aprovar, acompanhar e avaliar a participação do município em ações e serviços regionais de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVIII - possibilitar o amplo conhecimento do Sistema Único de Saúde à população e às Instituições Públicas e Entidades Privadas, divulgando dados e estatísticas relacionados à saúde;

XIX - estimular articulação e intercâmbio com os demais Conselhos Municipais, entidades governamentais e privadas e instituições responsáveis por ações ligadas à saúde como Legislativo, Judiciário, Promotoria e Mídia, visando à promoção da saúde coletiva;

XX - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

XXI - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias de irregularidades aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;

XXII - examinar propostas e denúncias de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias;

XXIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das conferências de saúde, propor sua convocação, estruturar a Comissão Organizadora, submeter o respectivo regimento e o programa ao Pleno do Conselho correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências;

XXIV - convocar em caráter extraordinário a Conferência Municipal de Saúde, nos termos da Lei Federal nº 8.142/90, em seu artigo 1º;

XXV - estimular e apoiar estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;

XXVI - divulgar as funções e competências do Conselho, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

XXVII - estimular e apoiar a educação para o controle social;

XXIX - aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS;

XXX - acompanhar a implementação das deliberações da plenária.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

Art. 5º - O Conselho Municipal de Saúde é composto por representantes do Governo, Prestadores de Serviço, Profissionais de Saúde e Usuários de Serviços de Saúde, totalizando membros titulares e membros suplentes, indicados pelos respectivos órgãos, instituições e entidades, em Assembléia específica.

§ 1º - Os representantes das entidades, órgãos e instituições junto ao CMS/ deverão trabalhar e ter domicílio eleitoral em

§ 2º - O mandato do Conselho Municipal de Saúde será de 2 (dois) anos, a contar da data da sua instalação, ou até a realização da Conferência Municipal de Saúde, quando seus membros serão (re)eleitos e empossados.

§ 3º - O mandato do Conselho não deverá coincidir com o mandato do Governo Municipal.

§ 4º - O número de representantes de usuários é sempre paritário em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no Conselho. Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários é vedada a escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.

§ 5º - As representações serão as seguintes:

1) Usuários:

Exemplos:

Representantes de Associações ou dos Sindicatos Patronais, Associações ou Sindicato dos Trabalhadores, Conselhos Gestores de Saúde (CGU), Sociedades de Amigos de

Bairro ou Associações de Moradores, Associações dos Portadores de Deficiências ou Patologias Crônicas, Organizações de Defesa dos Direitos do Cidadão, Entidades Religiosas, Associações ou quaisquer Entidades interessadas na saúde.

Comentário:

Pelo Artigo 194 da Constituição Federal, o segmento dos Usuários precisa, obrigatoriamente, ter representantes de trabalhadores, de empregadores e de aposentados.

2) Governo:

Exemplos:

Secretário Municipal de Saúde, Representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Comentário:

Não deverá haver representação do Legislativo nem do Judiciário no Conselho Municipal de Saúde, em face da independência entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

3) Prestadores de Serviços:

Exemplos:

Representantes de Serviços de Saúde Filantrópicos, Serviços de Saúde Privados, outros Prestadores de serviços públicos de saúde (tais como universidades, Corpo de Bombeiros).

Comentário:

Onde houver, é preciso separar a representação de prestadores públicos (hospitais ou serviços públicos não subalternos à Secretaria de Saúde como hospitais de universidades públicas, de servidores, da polícia ou militares). Aqui se fala de prestadores. Portanto, podem ser prestadores privados que não sejam conveniados com o SUS, ou suas entidades representativas, que representem o conjunto dos serviços contratados e conveniados ou não.

4) Profissionais de Saúde:

Exemplos:

Representantes de Conselho de Servidores da Saúde, Sindicatos dos Trabalhadores na área de Saúde, Entidades

como Conselhos de Classe ou Associações de Profissionais de Saúde.

Comentário:

Quando a lei fala de profissionais de saúde, devem ser incluídos todos eles, públicos e privados, servidores ou não e de todas as categorias profissionais. Se o SUS cuida do público e do privado todos os profissionais têm a ver com o SUS.

Art. 6º - O Conselho Municipal de Saúde será coordenado por uma Mesa Diretora, eleita entre seus membros, composta de Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário.

§ 1º - A eleição da Mesa Diretora será realizada sob os seguintes critérios:

I - ocorre na primeira reunião ordinária após a posse do CMS;

II - o CMS definirá uma mesa escrutinadora que se encarregará de todo o processo eleitoral;

III - todos os membros titulares são candidatos natos. Os Conselheiros interessados em concorrer a um dos cargos da Mesa Diretora deverão manifestar-se com a antecedência mínima de 7 (sete) dias da convocação para a eleição;

IV - no processo da eleição cada candidato terá um tempo determinado pelos Conselheiros presentes para sua apresentação;

V - a fiscalização da eleição será exercida por todos os Membros do CMS;

VI - os eleitores são todos os membros titulares do CMS presentes à reunião;

VII - o voto será secreto.

§ 2º - A eleição será realizada em 1 (um) turno da seguinte forma:

I - para cada cargo, estará eleito o candidato que obtiver mais de 50% (cinquenta por cento) do total de votos, incluindo os brancos e os nulos;

II - no caso de empate será considerado eleito o candidato mais idoso;

III - a apuração será realizada logo em seguida à votação.

Art. 7º - Nas sessões plenárias os membros titulares do CMS terão direito a voz e voto.

§ 1º - No caso de impedimento ou falta, os membros titulares do CMS serão substituídos pelos suplentes automaticamente, podendo estes, exercerem os mesmos direitos e deveres dos titulares.

§ 2º - Em caso de vacância de Conselheiro Titular, sua substituição será feita exclusivamente à complementação do período de mandato.

§ 3º - Ocorrendo a exoneração de membros do Conselho Municipal de Saúde, em seus respectivos órgãos e entidades, estes deverão comunicar imediatamente por escrito, sob pena de ser vedado o direito de substituí-los.

Art. 8º - São competências da Mesa Diretora:

I - coordenar a preparação das reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde;

II - orientar a criação de mecanismos para acolher as denúncias, reivindicações e sugestões de entidades e instituições ou de qualquer pessoa interessada;

III - encaminhar, via Secretaria Executiva, as questões que lhe forem delegadas pelo CMS, quanto a denúncias, reivindicações e sugestões aos organismos competentes, solicitando a tomada de providências cabíveis, comunicando posteriormente à plenária do Conselho;

IV - encaminhar, para análise das comissões, assuntos pertinentes, visando subsidiar a apreciação e deliberação em plenário.

Art. 9º - São atribuições do Presidente do CMS, sem prejuízo de outras funções que lhe forem conferidas:

I - representar o CMS junto aos órgãos públicos municipais, estaduais e federais, sociedade civil e jurídica em geral;

II - coordenar as reuniões plenárias do CMS;

III - orientar na criação de mecanismos para pôr em prática as deliberações emanadas das reuniões plenárias do CMS;

IV - convocar as reuniões ordinárias ou extraordinárias do CMS;
Art. 10º - É atribuição do Vice-Presidente do CMS, substituir o Presidente em suas faltas e impedimentos legais e outras funções que lhe forem delegadas.

Art. 11º - São atribuições do 1º Secretário do CMS:

I - colaborar com a Mesa Diretora e demais membros do CMS em todos os assuntos conforme solicitação;

II - dar encaminhamento às Deliberações da Plenária do CMS;

III - acompanhar e avaliar o andamento das Comissões permanentes ou transitórias formadas pelo CMS;

IV - supervisionar o bom funcionamento da Secretaria Executiva do CMS;

V - supervisionar a elaboração das atas das reuniões, organização e guarda dos documentos do CMS.

Art. 12º - É atribuição do 2º Secretário do CMS substituir o 1º Secretário em suas faltas e impedimentos legais e outras funções que lhe forem delegadas.

Art. 13º - O Governo Municipal garantirá autonomia para o funcionamento do Conselho, proporcionando infra-estrutura e recursos necessários para o pleno exercício de suas funções, com dotação orçamentária própria, espaço físico permanente, assessoramento técnico, secretaria executiva e estrutura administrativa.

Art. 14º - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o respectivo quadro de pessoal conforme os preceitos da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

Comentário:

O prefeito não pode contratar ninguém nem criar cargos. Portanto, o Conselho pode sugerir sua estrutura mínima, que será criada e nomeada conforme a legislação (mediante a realização de concurso público). Entretanto, o Conselho poderá ter um ou mais cargos em comissão que, pela lei de livre provimento, serão demissíveis pelo prefeito.

Art. 15º - O Conselho Municipal de Saúde de contará com

uma Secretaria Executiva, cujas atribuições incluem:

I - elaborar a ata das reuniões plenárias;

II - encaminhar os ofícios e resoluções;

III - organizar e guardar os documentos;

IV - encaminhar convocação aos Conselheiros;

V - dar encaminhamento às correspondências recebidas;

VI - organizar e dar encaminhamento para publicação das Deliberações do CMS.

Parágrafo Único - O(a) Secretário(a) Executivo(a) do Conselho Municipal de Saúde de será indicado pelo Secretário Municipal de Saúde, devendo o(a) mesmo(a) ser referendado a) pela plenária do CMS, cabendo ao Presidente do CMS a sua nomeação.

Art. 16º - O exercício da função de Conselheiro não será remunerado, considerando-se como serviço público relevante.

Parágrafo Único - O CMS, através de sua Secretaria Executiva, solicitará a dispensa do trabalho de seus Conselheiros as suas respectivas empresas e instituições, quando necessário.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

DA NATUREZA DAS SESSÕES E DAS CONVOCAÇÕES

Art. 17º - O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á em local previamente determinado, pelo menos uma vez a cada trinta (30) dias, podendo ser convocado extraordinariamente com antecedência mínima de cinco dias úteis, sempre pelo seu Presidente ou por 01 (um) terço dos seus membros titulares.

§ 1º - O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é o órgão de deliberação plena e conclusiva, configurada pela sessão ordinária ou extraordinária dos conselheiros nomeados, que cumpra os requisitos de funcionamento estabelecidos neste registro.

§ 2º - As sessões do plenário instalar-se-ão em primeira convocação com a presença da maioria simples e em segun-

da convocação com a tolerância de 15 minutos em relação à primeira convocação, com a presença de metade mais um dos seus integrantes e deliberação por maioria simples dos membros presentes.

§ 3º - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão comunicadas a todas as entidades e órgãos participantes do Conselho Municipal de Saúde, com a sua respectiva pauta por correspondência específica, cujo recebimento, em caso de dúvida, será comprovado por livro de protocolo ou aviso de recebimento (AR) da Empresa de Correios e Telégrafos.

§ 4º - As reuniões deverão ser abertas ao público, abstendo-se de efetuar manifestações.

§ 5º - A cada três meses deverá constar das pautas e ser assegurado o pronunciamento do gestor do Sistema Municipal de Saúde, para que o mesmo faça prestação de contas em relatório detalhado contendo, dentre outras informações, o andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o Art. 12 da Lei nº 8689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

§ 6º - Excepcionalmente o gestor do Sistema Municipal de Saúde poderá convocar a plenária, mesmo não sendo presidente do Conselho, desde que obedeça trâmites regimentais e prazo específico para convocação extraordinária.

Art. 18º - As datas de realização do Plenário deverão ser estabelecidas em cronograma e sua duração será de duas (02) horas, podendo ser acrescida ou interrompida de acordo com a vontade expressa pela maioria simples do plenário.

Art. 19º - O órgão, entidade ou instituição que não se fizer representar pelos seus membros no CMS em três reuniões ordinárias consecutivas ou a seis intercaladas, será desligado.

§ 1º - As faltas deverão ser justificadas formalmente com

até vinte e quatro (24) horas de antecedência da sessão seguinte.

§ 2º - Não havendo sessão por falta de quorum poderá ser convocada nova reunião, havendo entre a data desta e a anterior, o intervalo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 20º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde poderão convidar órgãos, entidades, profissionais de qualquer área ou usuários para participarem das sessões do mesmo, com a finalidade de subsidiarem as discussões e decisões do plenário.

Parágrafo Único - Os órgãos, entidades, profissionais ou usuários convidados manifestar-se-ão única e exclusivamente no processo de discussão sobre o tema ou assunto que para tal foram convidados a esclarecer, sendo vedada a participação nas demais etapas do Plenário.

Art. 21º - Para melhor desempenho de suas atividades o Conselho Municipal de Saúde instalará Comissões Temáticas constituídas por membros dos Conselhos Municipal, Local ou Distrital, de caráter temporário ou permanente.

§ 1º - A essência das Comissões Temáticas será o assessoramento do Plenário, tendo seus objetivos, competência, composição e prazo de duração estabelecidos em resolução do Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º - A criação das Comissões Temáticas deverá obedecer o princípio de paridade das representações do Conselho e sua composição será definida em votação por maioria simples da plenária. As Comissões deverão indicar suplências, respeitando o princípio da paridade.

§ 3º - As Comissões Temáticas sempre serão coordenadas por um conselheiro e todos os membros não conselheiros serão indicados por conselheiros, assegurando-se a paridade das representações.

§ 4º - Para melhor organização e andamento dos trabalhos cada Comissão deverá designar, dentre os seus integrantes, as funções de coordenador, relator e secretário.

- a) O Coordenador terá a função de presidir os trabalhos, convocar as reuniões, dirigindo as discussões e definindo atividades pertinentes;
- b) O Relator fará a exposição das conclusões e sugestões em plenária do Conselho;
- c) O Secretário auxiliará o Coordenador na condução dos trabalhos nos aspectos administrativos, responsabilizando-se pelo registro das atividades.

§ 5º - As Comissões Temáticas poderão contar com integrantes não conselheiros, como técnicos convidados.

Artigo 22º - O Conselho poderá propor a criação de Comissões Temáticas Intersetoriais, a serem formadas por organismos governamentais e entidades representativas da sociedade civil, para fins de estudos e articulação de políticas e programas de interesse da saúde coletiva, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

CAPÍTULO V DOS TRABALHOS

Art. 23º - As sessões do Conselho constarão de 03 (três) partes:

- 1) Expediente
 - a) apresentação e aprovação da pauta da reunião;
 - b) leitura e aprovação da ata de reunião anterior;
 - c) comunicação dos conselheiros.
- 2) Ordem do dia: Destinada a discussão e votação de matéria constante da pauta.
- 3) Assuntos diversos: Discussão e aprovação dos demais assuntos inscritos e incluídos na pauta.

Art. 24º - Não havendo quem se manifeste sobre a ata, será ela considerada aprovada e subscrita pelo Presidente, Secretários e Conselheiros presentes.

Art. 25º - As matérias constantes na ordem do dia serão discutidas de acordo com a respectiva inscrição, podendo o plenário, a requerimento de um de seus membros, conceder preferência para qualquer delas, por motivo plenamente jus-

tificado, com a aprovação da maioria simples do plenário.

Parágrafo Único - As inscrições serão feitas durante a discussão para a Mesa Diretora dos trabalhos.

Art. 26º - O processo de discussão obedecerá os seguintes princípios:

- a) qualquer Conselheiro poderá requerer a interrupção da discussão pedindo vistas do processo com a aprovação da maioria simples do plenário, devendo o mesmo retornar à pauta na próxima sessão ou, no máximo, na sessão imediatamente posterior;
- b) cada discussão deverá ter um tempo pré-determinado na pauta e os conselheiros inscritos para a discussão terão individualmente 3 (três) minutos à disposição para manifestar-se sobre o assunto salvo o relator que poderá dar, de forma sucinta, tantas explicações quantas lhe forem solicitadas;
- c) encerrada a discussão, ninguém poderá fazer uso da palavra, exceto para encaminhar a votação, pelo prazo máximo de 02 (dois) minutos.

Art. 27º - Para a votação deverão ser observados os seguintes preceitos:

- a) a votação será a descoberto em todos os casos, aprovada pela maioria simples do plenário;
- b) qualquer Conselheiro poderá solicitar que seja consignado em ata, expressamente, seu voto;
- c) se algum Conselheiro requerer a votação poderá ser nominal com a aprovação da maioria simples;
- d) o Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá direito a voto de qualidade em caso de empate.

Art. 28º - É vedado ao Conselheiro envolver-se com propostas, moções, protestos ou requerimento de ordem pessoal ou coletiva que não se relacionem diretamente com os problemas de saúde ou que envolvam matérias político-partidárias ou religiosas, durante as sessões do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 29º - Do que se passar na sessão, funcionário da Secretaria Executiva do Conselho, sob supervisão do Secretário da Mesa Diretora, lavrará ata circunstanciada, fazendo nela constar:

- a) a natureza da sessão, o dia, a hora e o local de sua realização, o nome de quem a presidiu e os nomes dos conselheiros presentes, bem como aqueles que não compareceram, consignada a respeito a circunstância de haverem ou não justificado sua ausência;
- b) a discussão porventura havida a propósito da ata e votação desta;
- c) o expediente;
- d) o resumo da discussão havida na ordem do dia e os resultados das votações;
- e) na íntegra, as declarações de voto;
- f) por extenso, todas as propostas.

Art. 30º - As decisões do Conselho serão de conhecimento público.

Art. 31º - As deliberações do CMS serão operacionalizadas pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão responsável do poder executivo municipal.

Parágrafo Único - O CMS terá a responsabilidade de acompanhar, avaliar e fiscalizar a execução dessas deliberações.

Art. 32º - O documento competente para divulgar as decisões do Conselho, para todos os efeitos legais, será a resolução, assinada pelo Presidente e o Secretário do CMS.

Art. 33º - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo gestor do Sistema Municipal de Saúde, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho po-

derão buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 34º - O presente regimento poderá ser modificado por proposta de qualquer um dos seus membros, que deverá ser aprovada por maioria simples do CMS em reunião convocada especialmente para este fim, podendo ser modificado em seus artigos ou no seu todo.

Art. 35º - Os casos omissos, bem como as dúvidas suscitadas na execução deste regimento, serão decididos por 2/3 (dois terços) do CMS.

Art. 36º - Este regimento, aprovado pelo plenário do CMS, homologado pelo Prefeito Municipal, entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO III

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO DE CONSELHOS GESTORES DE UNIDADE

CAPÍTULO I DA INSTITUIÇÃO

Art. 1º - O presente Regimento Interno regula as atividades e atribuições dos Conselhos Gestores de Unidades (CGU's) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 2º - A organização e o funcionamento dos CGU's têm por fim possibilitar a participação organizada da população no controle dos serviços prestados pelas Unidades Públicas de Saúde e na luta pela melhoria da qualidade de vida e saúde da população, devendo ser garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços, bem como garantido o atendimento integral ao indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.

CAPÍTULO III DOS PRINCÍPIOS

Art. 3º - Para exercer sua finalidade, os CGU's reger-se-ão pelos princípios constitucionais e infraconstitucionais, destacando-se os seguintes:

- I** - saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas;
- II** - as condições de vida, incluindo salário, alimentação, moradia, transporte, saneamento básico, trabalho e acesso aos serviços de saúde, determinam as condições de saúde da população;

III - a participação popular no controle dos serviços de saúde e na elaboração das políticas de saúde é garantida pela Constituição Federal, Estadual e Lei Orgânica do Município.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - São atribuições dos CGU's:

I - tomar conhecimento dos problemas de saúde da população, principalmente, a do seu bairro e região;

II - organizar a população para reivindicar e garantir melhores condições de saúde;

III - despertar o interesse dos moradores, a fim de obter a sua participação ativa e consciente na solução dos problemas de saúde;

IV - proporcionar meios de informações para os usuários da Unidade de Saúde, de interesse da saúde coletiva, bem como, das atividades desenvolvidas pelo SUS;

V - representar a população perante as autoridades competentes;

VI - gerir, acompanhar, sugerir e avaliar as atividades das Unidades de Saúde e os serviços prestados à população, compondo junto às Chefias das Unidades de Saúde os Conselhos Gestores de Saúde.

CAPÍTULO V DA COMPOSIÇÃO DOS CGU'S

Art. 5º - Farão parte dos CGU's, os representantes da comunidade, da administração pública de saúde e dos servidores das Unidades de Saúde, sendo este tripartite e paritário entre usuários e o conjunto dos demais Conselheiros.

Art. 6º - Os CGU's compostos por sete membros efetivos, com seus respectivos suplentes; três da comunidade, dois representantes da chefia de unidade de saúde, um da administração central da Secretaria Municipal de Saúde (Supervisão, Divisão ou Departamento ou outro indicado pela Direção da

SMS) e um representante dos Servidores Públicos da Unidade de Saúde.

Art. 7º - Os membros representantes de usuários componentes do CGU's deverão residir na área de atuação da Unidade de Saúde e ter comprovação de moradia, através de conta de luz, água ou telefone e ter no mínimo 18 anos de idade.

Art. 8º - Poderá ser destituído do CGU, a critério dos demais membros, o membro infrator às normas do Regulamento Interno ou, que faltar por três reuniões consecutivas, ou cinco intercaladas.

Art. 9º - Quando impossibilitado de exercer, temporariamente, sua função, poderá o membro do CGU ausentar-se, devendo assumir o suplente.

CAPÍTULO VI DAS ELEIÇÕES DOS MEMBROS REPRESENTANTES DE USUÁRIOS DOS CGU'S

Art. 10 - Os membros representantes de usuários dos CGU's serão escolhidos pelos moradores da área de atuação da Unidade de Saúde, através de eleição direta, na qual poderão votar todos os moradores maiores de dezesseis anos, mediante comprovação de moradia, através de conta de luz, água ou telefone.

Parágrafo Único - Servidores da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal não poderão votar e nem serem votados na representação dos usuários dos serviços de saúde.

Art. 11 - É obrigatório à Chefia das Unidades de Saúde, divulgar, pelos meios mais amplos possíveis, em sua área de atuação, com, pelo menos, dois meses de antecedência dos prazos para as inscrições e data de eleição.

Parágrafo Único - As inscrições e as funções de representação deverão ocorrer até quinze dias antes da data prevista para as eleições.

Art. 12 - As urnas e as cédulas serão providenciadas pela administração e as eleições, realizadas em Plenária, deven-

do haver um Livro de Registro para os votantes.

Art. 13 - A composição dos Membros dos CGU's deverá obedecer ao disposto no Artigo Sexto, deste Estatuto e, será registrada na Secretaria de Saúde.

Art. 14 - A apuração será realizada por membros do COMUS, em dia e local determinado pela Secretaria de Saúde e em comum acordo com o membros da Unidade e, na presença de fiscais determinados por estes.

Art. 15 - Serão vencedores os representantes de usuários que obtiverem maioria simples de votos, sendo suplentes, por ordem, os seguintes mais votados.

Art. 16 - O prazo de gestão dos Conselhos será de dois anos, permitida uma reeleição.

Art. 17 - Vencido o mandato, excepcionalmente, enquanto não ocorrer nova eleição, os membros dos CGU's poderão solicitar prorrogação do mesmo até a solução definitiva da situação.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 18 - Os CGU's reunir-se-ão, ordinariamente, com frequência mensal e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, por convocação do Coordenador ou pela metade mais um dos seus membros.

Art. 19 - As reuniões dos CGU's serão realizadas nas Unidades de Saúde a que se referenciam, em dias determinados por cronograma anual.

Art. 20 - As reuniões dos CGU's serão abertas a toda comunidade local e aos funcionários da respectiva Unidade, com direito a voz, sendo reservado, apenas, aos seus membros, o direito a voto.

Art. 21 - Na primeira reunião dos CGU's deverá ser eleito, entre os membros, o Secretário, o Coordenador nato do CGU é o representante Chefe da Unidade de Saúde, ou seu substituto.

Art. 22 - Será iniciada a reunião pela leitura, discussão e votação da ata anterior, registrada em livro próprio. Após a aprovação, ela será assinada pelos membros presentes e permanecerá aos cuidados do Secretário.

Art. 23 - No exercício de suas funções, os membros dos CGU's possuem os seguintes direitos:

- a) audiência com o Secretário Municipal de Saúde, ou seu Assessor, sempre que as reivindicações e reclamações do Conselho não estiverem sendo atendidas pelo Chefe da Unidade de Saúde;
- b) recorrer ao COMUS sempre que, sem nenhuma explicação julgada suficiente, o Conselho não tiver suas reivindicações e reclamações atendidas em seus CGU's;
- c) obter, na própria Unidade, vista de documentos, desde que o requeira por escrito, com fundamento em legítimo interesse social e desde que não sejam documentos sujeitos ao sigilo de ética profissional;
- d) obter informação sobre o desempenho da Unidade de Saúde;
- e) acesso ao registro;
- f) divulgar aos usuários da Unidade as atividades de Saúde, organizadas pelo Conselho;
- g) obter informação junto aos usuários da Unidade referente ao atendimento e o funcionamento da mesma.

Art. 24 - O CGU deliberará por consenso e quando não se conseguir o consenso mediante votação por maioria absoluta (50% mais um). Só em caso de empate após uma segunda discussão e votação caberá o desempate mediante a votação do Presidente nato do CGU que normalmente só tem direito a voz ou de seu representante legal na seguinte ordem: 2o chefe da unidade, suplente da 1a chefia, suplente da 2a chefia, representante da administração central ou seu suplente e representante dos servidores.

Art. 25 - No final da reunião, atendendo a sugestão dos presentes, o Coordenador organizará a pauta da reunião seguinte.

§ 1º - Os Conselhos Gestores já formados nas Unidades Básicas de Saúde serão legitimados.

§ 2º - Os Conselhos Gestores das Unidades de Referência serão representados através de membros ou suplentes eleitos entre os seus pares quando as unidades forem de âmbito regional, pelos CGU's da região; quando Unidades de Referência Municipal, por membros ou suplentes do COMUS ou por entidades relacionados à finalidade da unidade indicado pelo COMUS, cujo representante será escolhido pela entidade.

Art. 26 - Cabe aos representantes de usuários do CGU's:

- a) assistir a todas as Reuniões do CGU;
- b) convocar funcionários quando assim for necessário e o assunto pertinente;
- c) assessorar a Unidade de Saúde nas questões de ordem técnica;
- d) prestar informações da comunidade ao CGU;
- e) tomar providências necessárias para encaminhamento e cumprimento das resoluções do CGU.

Art. 27 - É proibido aos membros da comunidade dos CGU's:

- a) obter junto à Unidade de Saúde, privilégios para si ou para terceiros;
- b) fazer tarefas que sejam funções rotineiras dos funcionários da Unidade;
- c) entrar nas dependências da Unidade de Saúde que não sejam as de trabalho;
- d) desrespeitar os funcionários das Unidades de Saúde;
- e) receber qualquer tipo de remuneração pelo seu trabalho;
- f) criar obstáculos ao exercício das atividades das Unidades de Saúde.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente, através de proposta expressa de qual-

quer um dos membros dos CGU's encaminhada, por escrito, com antecedência mínima de dez dias, a uma reunião do COMUS.

Art. 29 - Os casos omissos deste Regimento Interno serão resolvidos pelo COMUS Pleno e/ou sua Diretoria Executiva.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. *Constituição (1988)*. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 26 out. 2007.

_____. Decreto nº 1232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo nacional de Saúde, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 ago. 1994.

_____. *Decreto nº 1651 de 28 de setembro de 1995*. Regula o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em 26 out. 2007.

_____. *Lei nº 8080 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em 26 out. 2007.

_____. *Lei nº 8142 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em 26 out. 2007.

_____. *Lei nº 8689 de 27 de julho de 1993*. Dispõe sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social-INAMPS, e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 26 out. 2007.

_____. *Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde*. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 out. 2007.

CARVALHO, Gilson de C. M. *Financiamento federal para a saúde – 1988-2001*. São José dos Campos, 2002.

CARVALHO, Guido. de; SANTOS, L. *Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90): sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____, 9., 1993, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

GONÇALVES, M. *Comentários à Constituição brasileira*. São Paulo: Saraiva, 1999.

MEIRELES, H L. *Direito municipal brasileiro*. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

SANTOS, L. *Coletânea leis e julgados da saúde*. Campinas: IDISA, 2003.

TEMER, M. *Elementos de direito constitucional*. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

SITES E BIBLIOTECAS VIRTUAIS

Sites de interesse para a saúde

<www.saude.gov.br>

<www.datasus.gov.br>

<www.idisa.org.br>

<www.conasems.saude.gov.br>

<www.conass.saude.gov.br>

<www.abrasco.org.br>

<www.redeunida.org.br>

<www.ceap-rs.org.br>

Bibliotecas virtuais

BIREME <<http://www.bireme.br>>

BVS Saúde Pública <<http://www.saudepublica.bvs.br>>

Biblioteca Cochrane <<http://www.bireme.br/cochrane>>

Observação:

Se tiver interesse em receber, sem ônus, textos e análises de conjuntura feitas por Gilson Carvalho, solicite sua inclusão na lista de e-mails: <carvalhogilson@uol.com.br>.

Estes textos e análises podem ser acessados pelo site <www.idisa.org.br> entrar em COLABORADORES e a seguir acessar Gilson Carvalho.

1ª Edição [2007]
Esta obra foi composta em Times New Roman, em corpo 9/9,5/11. Para
títulos foi utilizada a fonte Garamond. Impressão pela Gráfica e Editora
Berthier em papel Off-Set 75 g/m² sulfite branco alvura, em cor
monocromática 1x1 preta para a Editora IFIBE.

